

Primärvårdsrapport 2025

Regionalt programområde primärvård,
sjukvårdsregion Stockholm-Gotland



Kunskapsstyrning och primärvårdsperspektivet

Landets regioner driver ett nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård tillsammans. Här utvecklas nationella kunskapsstöd för att införas och användas i regionernas hälso- och sjukvård. Syftet är att alla invånare ska erbjudas en mer jämlik och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Visionen för detta nationella samarbete är "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi oss framgångsrika".

Kunskapsstöden tas fram av nationella programområden (NPO) med ansvar för olika sjukdomsområden och som består av experter från alla regioner. I systemet för kunskapsstyrning i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland finns regionala programområden (RPO) med ansvar för sjukdomsområden som motsvarar NPO. De arbetar för att kunskapsstöden ska vara tillgängliga och användas i mötet mellan vårdens medarbetare och patienter. RPO arbetar också med att följa upp och analysera behandlingsresultat samt stödjer verksamhetsutveckling. Arbetet bygger på nära samverkan med vårdens verksamheter där patientmedverkan och erfarenhetsutbyte är viktiga delar.

Primärvården och dess patientgrupper är centrala i såväl den nationella som den sjukvårdsregionala kunskapsstyrningen. Nationella primärvårdsrådet (NPR) bidrar med kompetens, helhetssyn och bredd i samverkan med NPO. I sjukvårdsregion Stockholm-Gotland samverkar RPO primärvård på liknande vis med övriga RPO, utöver det uppdrag som särskilt rör primärvården.

Information om kunskapsstyrning i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland och RPO primärvård: vardgivarguiden.se/kunskapsstod/kunskapsstyrning
Information om nationell kunskapsstyrning: kunskapstyrningvard.se

Primärvårdsrapport 2025

Regionalt programområde primärvård,
sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Foto: jann@lipka.se (sidan 1), Plattform (sidan 4, 12, 22),
Freepik (sidan 6, 11, 25), Denny Lorentzen (sidan 8),
Anna Molander (sidan 9), Maskot Bildbyrå (sidan 12)

Design och produktion: Luxlucid

Innehåll

Ordförande har ordet	4
Om regionalt programområde (RPO) primärvård.....	5
Fokusområden för RPO primärvårds arbete	7
Psykisk hälsa	7
Sköra äldre.....	8
Hjärt- och kärlprevention	10
Över- och underdiagnostik	11
Strukturerat införande i primärvården	13
Identifierad lågvärdevård	14
Överföring av vård och horisontella prioriteringar.....	15
Appendix	18
Bilaga 1. Ledamöter/roller i RPO primärvård.	18
Bilaga 2. Vårdöverskjutningar till primärvården.	19
Bilaga 3. Frågebibliotek för stöd till bedömning av planerade vårdflyttningar	23
Referenser.....	26

Ordförande har ordet

Hur kan vi ge bästa möjliga vård i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland? Hur kan vi fasa ut vård som inte ger nytta för patienten? Hur kan vi förbereda omställningen till god och nära vård? Under det gångna året har regionalt programområde (RPO) primärvård försökt ställa frågor och finna svar på hur förutsättningarna ser ut för framtidens vård och vilka prioriteringar som behöver göras.

RPO primärvård har en unik position inom systemet för kunskapsstyrning eftersom vi är representerade i nästan alla övriga RPO och bedriver samarbete med flera RPO. På så vis har vi överblick kring möjligheter och utmaningar inom vården som helhet. Vi har under året som gått skapat nya samarbeten och förstärkt flera som redan pågår inom våra fyra fokusområden psykisk hälsa, sköra äldre, hjärt- och kärlprevention samt över- och underdiagnostik. Detta finns att läsa om längre fram i rapporten. Primärvårdsrapporten utgör både verksamhetsberättelse för föregående år och verksamhetsplan för det kommande året.

Årets primärvårdsrapport lägger extra tyngd vid horisontella prioriteringar och lågvårdevård. Liksom tidigare år har vi sammanställt planerade och oplanerade överföringar av vård till primärvård, för att belysa behovet av ett systematiskt arbete kring flytt av vård (se bilaga 2). En nyhet

för i år är att vi även samlat in frågor att ställa när vi diskuterar vårdöverföringar och vårdnivåer. Det underlättar möjligheten att förstå helheten och därigenom göra prioriteringar mellan olika vårdområden och vårdfrågor. I ett vårdlandskap som är alltmer kunskapsintensiv är den stora frågan ofta inte vad vi ska göra utan hur vi i praktiken åstadkommer den bästa vården.

Primärvården står inför en unik möjlighet att växa och utvecklas på ett hållbart sätt. Denna rapport belyser både de utmaningar vi möter och de initiativ som gör skillnad. Vi i RPO primärvård vill bidra till att bygga en vård som är robust, flexibel och framgångsrik – en verklighetsbaserad vård med patienten i centrum. Det vill vi åstadkomma genom att stärka samverkan, fokusera på kunskapsbaserade effektiva arbetsmetoder och försöka förstå verkligheten.

Vi hoppas den här rapporten kan ge dig inspiration, framtidstro och vilja att bidra till en god och nära vård inom primärvården i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland.

*Viveca Gyberg, ordförande RPO primärvård,
SPESAK allmänmedicin*

*Peter Hallin, vice ordförande RPO primärvård,
SPESAK allmänmedicin*



Om regionalt programområde (RPO) primärvård

Regionala programområden (RPO) hanterar aktuella och strategiska frågor inom sina respektive områden i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. De anpassar och omsätter den kunskap som tas fram nationellt, av nationella programområden (NPO), så att kunskapen når fram till mötet mellan vårdgivare och patient. För primärvården i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland sker detta främst genom viss.nu, ett välanvänt verktyg som vårdgivare använder i mötet med patienten (faktaruta 1). Det sker även genom samarbeten mellan olika RPO samt via Akademiskt primärvårdscentrums fortbildning av primärvårdens medarbetare (se faktaruta 2).

Faktaruta 1.

Viss.nu

- Ett medicinskt och administrativt webbaserat kunskapsstöd som primärt riktar sig till sjukvårdspersonal i primärvården i Region Stockholm med ca 230 000 besök per månad.
- Syftet är att bidra till en god och jämlik vård och erbjuda bästa möjliga kunskap i patientmötet.
- Olika RPO samarbetar kontinuerligt med redaktionen kring att uppdatera och anpassa kunskapsstöden.

RPO primärvård utgörs av en bred representation av företrädare för primärvården som samverkar inom systemet för kunskapsstyrning och med hälso- och sjukvårdens verksamheter (bilaga 1). Utöver detta återfinns primärvårds-sakkunniga i 24 andra RPO. Det finns också ett tjugotal primärvårdsrepresentanter i läkemedelskommitténs olika expertgrupper.

Samtliga ledamöter i RPO primärvård jävsprövas. De representerar offentliga och privata utförare av regional vård och primärvårdsrehabilitering samt distriktssköterskor, specialister i allmänmedicin, psykologer, kommun och akademi. RPO primärvård har en unik position inom kunskapsstyrningen genom att vara representerat i nästan alla övriga RPO, företråda olika vårdgivare och vårdprofessioner samt bedriva samarbete med flera RPO. På så vis har RPO primärvård överblick av möjligheter och utmaningar inom vården som helhet.

Faktaruta 2.

Akademiskt Primärvårdscentrum (APC)

- Bedriver omfattande utbildningsverksamhet för de flesta av primärvårdens professioner.
- Fångar upp uppdateringar av vårdförlopp och förändringar av vårdnivåer samt belyser behov av att fasa ut vård som inte är till nytta för patienten.
- APC:s utbud varierar från korta föreläsningar till kurser på flera dagar:
 - *Updates* är återkommande korta, digitala föreläsningar om uppdateringar och förändringar av olika vårdområden.
 - *Allmänläkardagen* äger rum en gång per termin och berör olika aktuella allmänmedicinska ämnen.
 - *Kvalitetsdialoger* där informationsläkare och informationsapotekare regelbundet besöker vårdcentralerna och genomför utbildningar.
 - *Fördjupande kurser* erbjuds årligen inom ett flertal för primärvården högprioriterade diagnoser, såsom diabetes, våld i nära relationer och cancer.
 - *Webbaserade kurser* finns också att ta del av i stor omfattning via akademisktprimarvardscentrum.se.



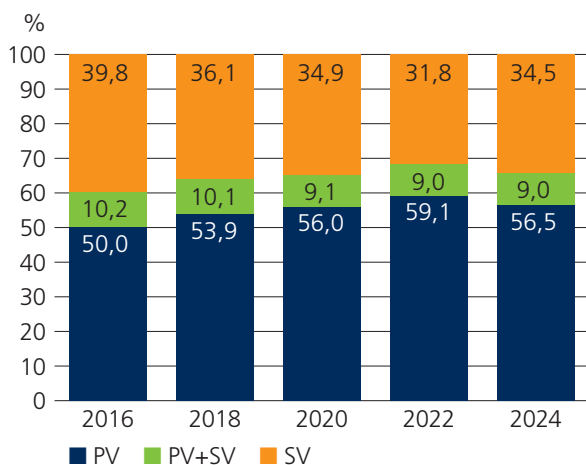
Fokusområden för RPO primärvårds arbete

RPO primärvård arbetar primärt med fyra fokusområden: psykisk hälsa, sköra äldre, hjärt- och kärlprevention samt över- och underdiagnostik. Områdena har valts på grund av att de omfattar patientgrupper och ingår i primärvårdens huvuduppdrag. De bedöms också rymma möjligheter till förbättringar och effektivare resursanvändning. En uppföljning av utvalda indikatorer inom de prioriterade fokusområdena redovisas sedan flera år tillbaka på Vårdgivarguiden [1]. Så långt det är möjligt redovisas i denna rapport data i bilder och diagram för både Region Stockholm och Region Gotland. Där enbart data för Region Stockholm finns att tillgå är slutsatserna i de flesta fall lika gällande för Region Gotland.

Psykisk hälsa

Primärvården behöver vara rustad för att arbeta med befolkningens psykiska ohälsa i samverkan med andra aktörer och tar idag ett stort ansvar för de vanligaste psykiska sjukdomarna. Till exempel återfinns mer än hälften av alla patienter med depression i primärvården (figur 1). Detta ställer höga krav på att rätt insatser används.

Figur 1. Andel patienter med nedstämdhet fördelat på vårdform i Region Stockholm. Baseras på diagnosregistrering årsvis (2016–2024). PV = Primärvård, SV = Specialiserad vård.



Källa: VAL, januari 2025.

Under 2024 har en arbetsgrupp inom RPO primärvård arbetat för att det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för vuxna med depression ska implementeras i Region Stockholm under 2025. Målsättningen med vårdförloppet är att patienter med depression ska bli återställda genom att få snabb tillgång till strukturerad medicinsk bedömning, diagnostik och behandling. I målsättningen ingår också att patienterna ska få information om sjukdomen och behandlingsalternativen, i vilket fasta kontakter inom primärvården spelar en nyckelroll [2].

Under många år har antalet adhd-diagnoser ökat [3] och det finns ett fortsatt stort önskemål bland patienter om att få adhd-utredning. Det finns en samsyn kring att överdiagnostik förekommer [4], därför är det av största vikt att kunna erbjuda utredningar till de personer som har störst behov. Liksom för all psykiatrisk diagnostik är funktionsnedsättningen mycket avgörande för om en utredning ska initieras eller inte. Tyvärr saknas standardisering för hur funktionsbedömning ska göras och samsyn kring vilka patienter som har störst nytta av en utredning. RPO primärvård och RPO psykisk hälsa har diskuterat denna problematik och arbetar nu för att ta fram stöd för funktionsbedömning samt stöd för hur tidiga insatser kan se ut även utan diagnos.

Ett annat arbete som pågår är att slå fast hur kända biverkningar av behandling med centralstimulantia, såsom förhöjd puls och stegrat blodtryck, ska hanteras. Principiellt ska en läkare som ordinerar en behandling även initialt kunna hantera vanligt förekommande biverkningar av densamma – en första linjens somatik utförd av psykiatrin. Att det ska finnas en gemensam lösning för hur och vem som ska hantera detta är alla överens om. Arbetet kring primärvårdens roll i adhd-behandlingen kommer att fortsätta under 2025, bland annat genom fortsatt dialog med RPO psykisk hälsa.

Under 2024 medverkade RPO primärvård i utformningen av beslutsstöd på viss.nu för patienter med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och tvångssyndrom (OCD) där primärvården fortsätter vara första linjens psykiatri.

Även i detta fall har RPO primärvård framfört önskemål om tydligare instrument kring funktionsbedömningar, för att kunna avgöra korrekt vårdnivå så att patienterna får bästa vård.

Patienter med utmattningssymtom är en grupp som i större utsträckning än tidigare förväntas handläggas inom primärvården. Anledningen till detta är att vårdvalet för långvarig smärta och utmattningssymtom (MMR2) har avvecklats i Region Stockholm [5]. Det finns stor erfarenhet av patientgruppen i primärvården. Det finns dock ett behov av fortbildning kring effektiva arbetssätt för medicinsk bedömning och rehabiliterande behandling av patienterna. Samverkan såväl mellan primärvård och psykiatri som mellan vårdcentral och primärvårdsrehab kommer vara centralt för att utföra uppdraget på bästa sätt.

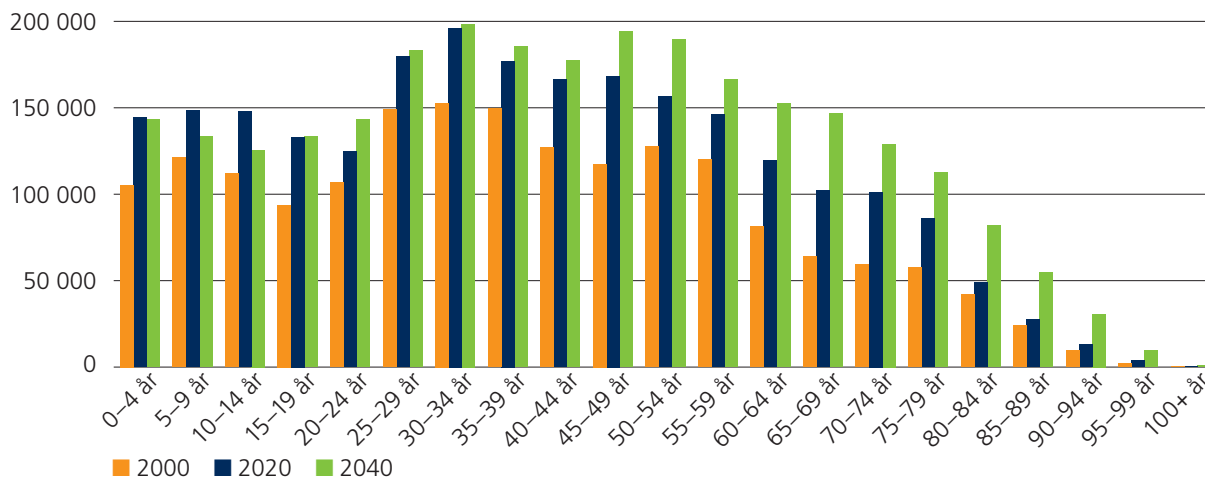
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har under 2024 släppt en rapport som följer upp strukturförändringen av det förstärkta uppdraget inom psykisk hälsa för barn och ungdomar i Region Stockholm. Rapporten visar på variationer i tillgång till vård och brister i jämlikhet samt lämnar flera förslag till hur detta skall åtgärdas. Bland annat att barn i områden med högre utbildningsnivå och fler svenskfödda invånare oftare får vård än i områden där utbildningsnivån är lägre och färre invånare är svenskfödda. Det framgår också att barn med psykisk ohälsa i kombination med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan falla mellan stolarna. Troligen beror detta på att det saknas samsyn om vem som tar hand om barnen bäst [6].

Sköra äldre

Befolkningen i Region Stockholm har vuxit påtagligt de senaste decennierna, och befolkningstillväxten förväntas fortsätta, men i lägre takt än tidigare. De äldre åldersgrupperna ökar mer i storlek än de yngre. Den största relativa förändringen beräknas ske inom grupperna över 80 år där antalet personer nästan kommer att fördubblas fram till år 2040 (figur 2) [7].



Figur 2. Stockholms befolkning i 5-årsklasser 2000, 2020 och framskrivning till 2040.



Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen januari 2025.



En så stor ökning av en grupp med behov av mycket vård och omvårdnad blir en utmaning för en hälso- och sjukvård med begränsade resurser. Det gäller därför att i förväg planera och ta fram arbets sätt för att kunna ge god vård till denna patientgrupp och samtidigt bibehålla kvaliteten i resten av vården. Ansvar för äldre personer med mångsjuklighet delas ofta mellan flera kommunala och regionala aktörer. De befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun behöver dock stärkas. Den kommunala hälso- och sjukvården har utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen och enligt tillgängliga prognoser kommer detta att bestå en längre tid. När det gäller legitimerade yrkesgrupper har den kommunala hälso- och sjukvården i dag störst brist på grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Därefter följer brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen på allmänläkare är ytterligare en begränsande faktor [8].

Primärvården har ett fortsatt stort ansvar för att säkerställa att äldre personer med mångsjuklighet får en god och trygg vård samt en fungerande vardag med stöd till bevarad självständighet. Många äldre använder ett stort antal läkemedel och ofta är flera olika förskrivare inblandade. Det är väl känt att undvikbara läkemedelsbiverkningar är en vanlig orsak till sjukhusinläggningar bland äldre. Därmed är även säker läkemedelsbehandling en betydande

utmaning, särskilt för patienter med kognitiv svikt och med flera olika vårdgivare involverade [9]. I Region Östergötland har äldrevårdsforskning bedrivits sedan 2016. Den visar att ett proaktivt och hälsofrämjande arbetssätt kring målgruppens hälsa kan minska antalet vård dagar i slutenvården [10]. Fasta kontakter och personcentrerat arbete i primärvården skapar förutsättningar för att upptäcka risk för skörhet, kunna erbjuda insatser tidigt och undvika onödiga sjukhusinläggningar.

RPO primärvård driver tillsammans med RPO äldres hälsa en arbetsgrupp som följer den nationella, regionala och lokala utvecklingen av vården för sköra personer. Arbetsgruppen har bland annat sammanställt en lista över faktorer som är särskilt betydande för sköra äldre (faktaruta 3) och deltar i samtal kring hur palliativ vård ska bedrivas på bästa sätt i sjukvårdsregionen.

Under 2024 inledde RPO primärvård och RPO endokrina sjukdomar en dialog kring hanteringen av en ny sjukdomsgrupp hos äldre. Det gäller hemmaboende patienter med diabetes typ 1 som utvecklar kognitiv svikt eller av annat skäl inte kan sköta sin insulinbehandling själva längre. Här finns det stora utmaningar för att säkra en god vård.

Faktaruta 3.

Faktorer av särskild betydelse för sköra äldre

- Fasta kontakter i vård och omsorg: fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt.
- Hög tillgänglighet till fasta kontakter som är lätta att nå och som har hög kompetens inom respektive yrkesroll för bedömning av skiftningar i hälsotillstånd.
- God kontinuitet med fasta kontakter i vården för personcentrerade proaktiva och hälsofrämjande åtgärder, med fokus på delaktighet och medskapande för både patienter och anhöriga.
- God samordning med hög närbarhet mellan vårdnivåer och vårdorganisationer som har geografisk förankring.
- En aktuell vårdplan som alla berörda inklusive patienten kan ta del av.
- Digitalisering som understödjer kontinuitet och fasta kontakter och som innebär att alla berörda enkelt kan se uppdaterad information om vem som är fast kontakt.

Hjärt- och kärlprevention

Att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar är en av primärvårdens huvuduppgifter. Det förebyggande arbetet i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland har varit framgångsrikt och för varje år som går minskar insjuknande i allvarlig kardiovaskulär sjukdom. Hjärt- och kärlprevention innefattar råd och stöd till förändring av levnadsvanor samt medicinsk behandling av högt blodtryck, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt och perifer artärsjukdom. Med tanke på att kardiovaskulär prevention spänner över många olika områden har berörda RPO (RPO primärvård, RPO levnadsvanor, RPO endokrina sjukdomar, RPO hjärt- och kärlsjukdomar, RPO nervsystemets sjukdomar och RPO njursjukdomar) enats om gemensamma mål för kardiovaskulär prevention [11] (faktaruta 4).

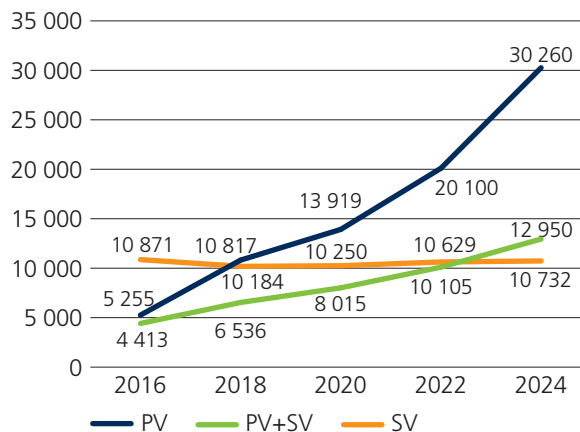
Faktaruta 4.

Gemensamma mål för hjärt- och kärlprevention

- Ökad andel patienter som har namngiven fast läkare på vårdcentralerna.
- Distriktssköterskor med ett brett uppdrag för kardiovaskulär prevention, snarare än fler diagnosspecifika spår.
- Proaktiv, digital informationsinhämtning som standard för alla patienter som kan använda sig av det, snarare än reaktiva arbetsätt eller manuella kallelselistor.
- Integrerade, primärvårdsanpassade beslutsstöd i journalen som baseras på gällande kunskapsstöd.
- Tillgänglig, obunden fortbildning inom området via Akademiskt primärvårdscentrum (APC) kombinerat med uppsökande verksamhet.

Gemensam uppföljning av prioriterade indikatorer inom området hjärt- och kärlprevention redovisas sedan flera år tillbaka [1]. Samarbetet har också bland annat resulterat i riktade kvalitetsdialoger på Region Stockholms vårdcentraler, där APC:s informationsläkarteam under 2023 hade fokus på hjärt- och kärlprevention. Under 2024 var fokus på kronisk njursjukdom, en ofta bortglömd riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom som dessutom påverkar möjligheterna till behandling. Här har diagnossättningsgraden för kronisk njursjukdom ökat med 476 procent sedan 2016 (figur 3).

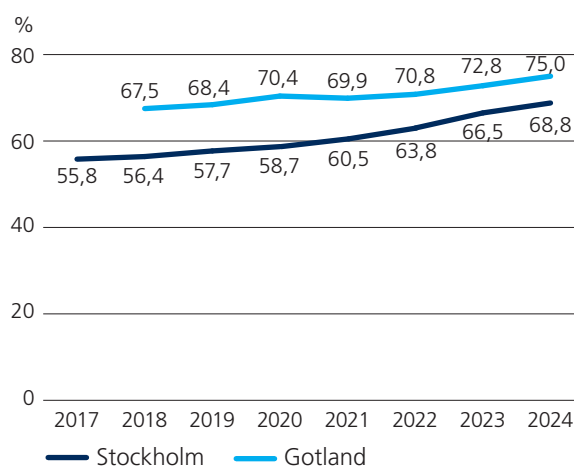
Figur 3. Antal patienter med kronisk njursjukdom fördelat på vårdform i Region Stockholm. Baseras på diagnosregistrering årsvis (2016–2024). PV = Primärvård, SV = Specialiserad vård.



Källa: VAL, januari 2025.

Även behandling av blodfetter med statiner är en viktig faktor för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom. Här har Region Stockholm länge legat efter övriga landet, framför allt vid typ 2-diabetes. Glädjande är ändå att statinbehandling vid typ-2 diabetes fortsätter att gradvis öka (figur 4). Här finns det dock fortsatt stora skillnader mellan olika vårdcentraler i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland varför området även fortsättningsvis behöver bevakas.

Figur 4. Statinbehandling av patienter med typ-2 och ospecificerad diabetes mellitus Region Stockholm (2017–2024) respektive Region Gotland (2018–2024).



Källa: LUD (Stockholm) och Primärvårdskvalitet (Gotland), januari 2025.

Under 2023 riktades en fortbildningsatsning direkt till distriktssköterskor kring benischema och svårläkta sår, med anledning av att nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp tagits fram. Ett samarbete med RPO hud- och könssjukdomar, RPO hjärt- och kärlsjukdomar och RPO endokrina sjukdomar fortgår alltjämt kring svårläkta sår då bedömningen är att området fortsatt behöver utvecklas.

Samarbetet med olika RPO har även skett inför det kommande nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för hypertoni, som berör primärvårdens enskilt största patientgrupp. I Sverige behandlas idag så många som 2,3 miljoner människor för högt blodtryck. Trots detta finns det en betydande underdiagnostik och underbehandling [12]. Nya nationella riktlinjer för hypertoni är under utveckling. Om dessa skärps kommer det ställa mycket stora krav på primärvården och då är det viktigt med ett strukturerat införande av vårdförloppet. RPO primärvård har skickat ett remissvar om förslaget till de nya riktlinjerna. Där lyfts risken för undanträngningseffekter fram om personer med låg risk ska prioriteras. RPO pekar också på att rekommendationerna behöver anpassas efter hur vården fungerar idag.

Över- och underdiagnostik

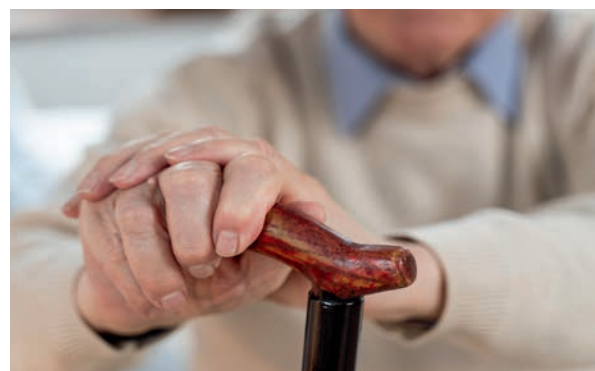
I en vård med begränsade resurser är det viktigt med precision, att varken missa patienter eller identifiera för många. Med exempelvis alltmer avancerade röntgenundersökningar kan betydligt fler cancerfall hittas i ett tidigare skede där tillgången till botande behandling är större. Det medför dock även att allt fler bifynd upptäcks. De flesta är godartade men kräver kontroller i form av ytterligare röntgenundersökningar under flera år. Detta innebär ökad exponering för strålning, vilket i sig kan medföra ökad risk för cancer och skapa en långvarig oro bland patienter. Bifynden medför också ett kraftigt ökat antal remisser från primärvården till specialistvården, vilket bidrar till undanträngningseffekter för övrig verksamhet. Detta gör att förhållandet mellan risk och nytta behöver beaktas när nya arbetssätt införs. RPO primärvård har under 2024 deltagit i flera projekt som rör över- och underdiagnostik och kommer fortsätta med det under 2025.

Under 2024 har ett samarbete med RPO medicinsk diagnostik inletts kring en standardiserad process för att arbeta med över- och

underdiagnostik i primärvården. Ett första pilotprojekt har initierats i samarbete mellan RPO primärvård och RPO hjärt- och kärlsjukdomar. Det kommer att handla om överdiagnostik i samband med ultraljudsundersökningar av hjärtat (EKO) med speciellt fokus på klaffar. Det pågår ett nationellt arbete kring detta och planen är att anpassa det regionala arbetssättet till kommande nationella riktlinjer. EKO är en allt vanligare undersökning som ofta leder till att allt fler mindre insufficienser (läckage) och förträngningar på klaffar identifieras samt att uppföljande undersökningar rekommenderas. Det finns en samsyn om att överdiagnostik förekommer.

RPO primärvård har också deltagit i inledande diskussioner inom kunskapsstyrningen kring hur datortomografi (DT) av hjärtats kranskärl kan införas för att diagnostisera kranskärlsjukdom. Nya internationella riktlinjer rekommenderar detta och kan därmed komma att påverka primärvårdens arbetssituation.

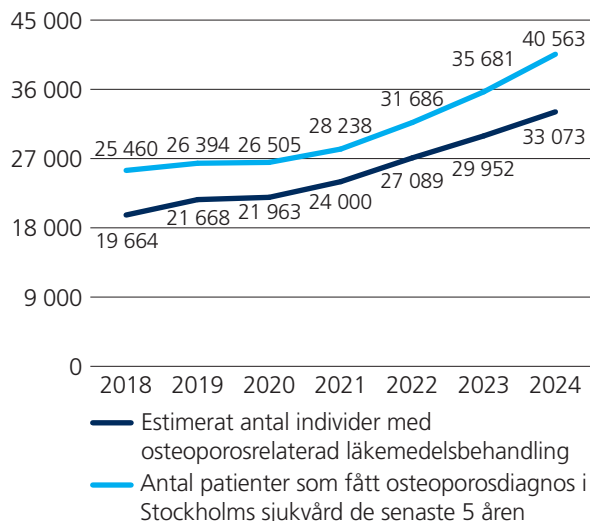
Ett pilotprojekt genomfördes för några år sedan i syfte att förbättra lungcancerdiagnostiken. Detta resulterade i förslag på ett nytt arbetssätt som implementerades i Region Stockholms radiologiska verksamhet under 2024. Det innebar att patienter över 50 år som remitterats för lungröntgen med tumörfrågeställning, givet patientens samtycke, i stället ändrades till siktröntgen (DT Thorax) med ultralåg stråldosteknik. Arbetssättet implementerades utan strukturerat införande via kunskapsstyrningen, vilket RPO primärvård uppmärksammades på 2024. Detta innebar att man inte i förväg tagit ställning till de positiva och negativa konsekvenser som ett nytt arbetssätt kan medföra och hur de ska hanteras. Ett strukturerat arbete är av stor vikt när liknande implementeringar ska genomföras, därför har nu en HTA-analys (Health Technology Assessment) och en resursinventering av arbetssättet påbörjats.



RPO primärvård har under 2024 även varit delaktig i diskussioner inom kunskapsstyrningen kring hur uppföljning av patienter med pancreascystor ska bedrivas. Det är en så stor andel patienter som inkluderas i uppföljningsprogrammet idag att riskerna för undanträngningseffekter är stora. Samtidigt är pancreascancer en mycket allvarlig diagnos som om den upptäckt i tid har en bättre prognos.

Osteoporos är fortsatt en prioriterad diagnos där underdiagnostisering och underbehandling är ett stort problem i Region Stockholm [13]. I Region Gotland finns sedan mer än tio år en fungerande frakturkedja med en osteoporoskoordinator som fångar alla nya fragilitetsfrakturer och sköter utredning. Ett systematiskt arbete som gett goda resultat [14]. Dialog pågår med RPO endokrina sjukdomar och RPO rörelseorganens sjukdomar i frågan. En utmaning är kapaciteten för att kunna ge den rekommenderade osteoporosbehandlingen då den ges som en infusion (se bilaga 2, punkt 6). Antalet patienter som får osteoporosdiagnos och behandling i Region Stockholm ökar fortsatt stadigt vilket är positivt (figur 5).

Figur 5. Antal patienter med osteoporosdiagnos (2018–2024) samt estimerat antal patienter med osteoporosrelaterad läkemedelsbehandling, Region Stockholm (2018–2024).



Källa: GUPS respektive VAL, januari 2025.



Strukturerat införande i primärvården

Många av de initiativ som tas i samband med nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och vårdprogram handlar om att ändra vårdnivåer för att följa BEON-principen (Bästa Effektiva Omhändertagande Nivå). Det är därför viktigt att alla berörda delar av vården har en möjlighet att leva upp till förväntningarna och är rätt rustade för att inte patientsäkerheten ska bli lidande. RPO primärvård har deltagit i dialoger och samarbeten med en rad andra RPO om olika områden som berörs. Här följer några exempel.

Samarbete med RPO barns och ungdomars hälsa, om vården och vårdnivån för barn och ungdomar med långvarig smärta samt för barn och ungdomar med obesitas. RPO primärvård önskar att dessa barn fortsatt har möjlighet att gå på en barn- och ungdomsmedicinsk mottagning för att få den bästa vården. RPO primärvård bedömer även att skolhälsovården har en central roll för barn med obesitas och långvarig smärta. RPO primärvård är positivt till att vårdcentralen fortsatt remitterar dessa barn.

Samarbete med RPO lung- och allergi-sjukdomar om vårdnivåer och vårdförlopp som rör IgE-medierad matallergi. RPO primärvård anser att det är av största vikt att möjligheten till en allergologbedömning finns kvar, framför allt för nydebuterade vuxna. Tillgången på allergologer är en utmaning eftersom de är så få i antal. Det är svårt att upprätthålla kompetens och rutin för en patientgrupp som är liten eller en händelse som är ovanlig inom primärvården, vilket är fallet med IgE-medierad matallergi hos vuxna. För individer som fått diagnos, utbildning och initiering av behandling som barn handlar det oftast enbart om att överta en förskrivning vilket fungerar bra.

Samarbete med RPO hud- och könssjukdomar om vårdnivåer vid bland annat aktiniska keratoser och behovet av konsultationsstöd. RPO primärvård har påtalat att primärvården uppskattar samarbete med god tillgång till

hudläkare och möjlighet att få hjälp med bedömning.

Samarbete med RPO mag- och tarmsjukdomar om ett eventuellt införande av elastografi i primärvården, en metod för att uppskatta hur mycket bindväv det finns i levern. Diskussionen landade i att det inte är genomförbart i dagsläget på grund av hur undersökningen ska bedömas och den bristande tillgången till undersökningen i öppenvård.

Samarbete med RPO kvinnosjukdomar och förlossning och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) om klimakterievård. Ett samarbete har inletts kring klimakteriet som differentialdiagnos vid vårdkontakter i primärvården. Samarbetet har också handlat om möjligheten att ta fram en egenvårdsutbildning som både kan användas inom primärvård och gynekologisk vård. RPO primärvård ser en stor risk för undanträngningseffekter om peroral läkemedelsbehandling överflyttas till primärvården från öppenvårdsgynekologin i dagsläget. Däremot är RPO primärvård positiva till att primärvården identifierar patienter, ger egenvårdsråd och förskriver lokal behandling med östrogen. Kontakt är inledd för att även diskutera endometriosis och hur primärvården kan verka för att förbättra identifiering av denna diagnos.

Samarbete med RPO reumatologiska sjukdomar om vaccination av riskpatienter, hantering av biverkningar vid kortisonbehandling i hög dos samt behovet av utökad infusions- och injektionskapacitet. Vaccination av riskpatienter sker på vårdcentral, dit remiss med indikation och ordination företrädesvis skickas. Dialog kring biverkningar, såsom högt blodtryck och diabetes till följd av kortisonbehandling, och patientsäkerhetsrisker om flera vårdgivare är inblandade pågår fortsatt. Arbetet med hantering av injektioner och infusioner pågår i ett projekt vid Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning. Mer information om det finns längre fram i rapporten under rubriken Överföring av vård och horisontella prioriteringar.

Samarbete med RPO levnadsvanor har under året bestått av dialog kring att identifiera gemensamma behov och prioriteringar samt hur sjukvårdsregion Stockholm-Gotland ska kunna arbeta strategiskt och långsiktigt kring levnadsvanor. Detta är ett omfattande och viktigt område som berör många patienter och som är uppmärksammat av såväl myndigheter som politiken. Socialstyrelsens nationella riktlinjer Vård vid ohälsosamma levnadsvanor som publicerades 2024 [15] medför potentiellt risker för undanträngningar av andra patientgrupper och värdet av evidensgraden av insatserna har debatterats under hösten [16]. RPO primärvård har för avsikt att fokusera mer på detta område under kommande år.

Identifierad lågvärdevård

I Sverige och internationellt pågår ett arbete med Kloka Kliniska Val [17] och utfasning av så kallad lågvärdevård [18] (faktaruta 5).

Faktaruta 5.

Lågvärdevård är vårdåtgärder som till exempel:

- ger tveksam eller ingen patientnytta
- inte har effekt
- är skadliga
- är orimligt kostsamma i förhållande till patientnyttan
- inte är nödvändiga
- inte är värdeskapande för patienten

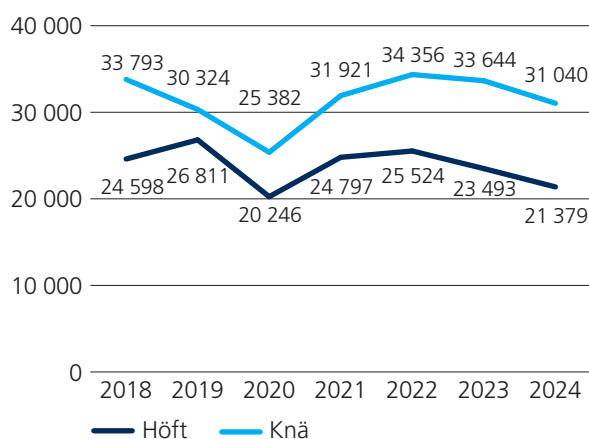
Lågvärdevård kan också bidra till överdiagnostik eller överbehandling (se avsnittet Över- och underdiagnostik) vilket kan medföra undanträngning av patienter med större behov. Socialstyrelsen beskriver i sin rapport Utmönstring av vårdåtgärder som saknar patientnytta hur arbetet sväller om alla vårdåtgärder enbart prioriteras upp oavsett nytta eller effekt [19].

Uppskattningsvis består 20–30 procent av vårdens kostnader av insatser som ger liten, tveksam eller ingen nytta för patienten [20]. Eftersom resurserna är begränsade behöver hela hälso- och sjukvården aktivt fasa ut lågvärdevård för att göra plats för vård som verkligen gör nytta. RPO primärvård arbetar därför aktivt inom kunskapsstyrningen via Stockholm-Gotlands medicinska råd och genom egna projekt för att

fasa ut lågvärdevård [21]. Under 2024 har RPO primärvård arbetat inom nedanstående initiativ.

Fortsatt minskat antal röntgenundersökningar vid tidigt upptäckt av höftledsartros och knäledsartros, i enlighet med tidigare publicerade vårdförlopp (figur 6). Ytterligare insatser behövs dock för att få önskvärt resultat. Detta kommer att belysas ytterligare under 2025 inom ramen för Akademiskt primärvårdscentrums fortbildningsverksamhet, genom såväl informationsapotekarteamet som på Update Allmänmedicin. Dialog pågår även med viss.nu kring förstärkta budskap i riktlinjer för höft- och knäledsartros.

Figur 6. Antal genomförda röntgenundersökningar (slätröntgen höft eller knä) på remiss från primärvården i Region Stockholm (2018–2024).



Källa: VAL, januari 2025.

Minskat antal omotiverade cystoskopier vid upprepade urinvägsinfektioner. Här planeras ytterligare fortbildning via Akademiskt primärvårdscentrums Update Allmänmedicin i samarbete med RPO urinvägssjukdomar och expertgrupp urinvägssjukdomar.

Fortsatt fasa ut olämplig läkemedelsbehandling till äldre. Under 2024 har förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre långsamt fortsatt att sjunka i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. Fortfarande förekommer dock stora skillnader mellan olika vårdcentraler [1]. Akademiskt primärvårdscentrums informationsapotekarteam berör återkommande frågan och lyfter den särskilt på de vårdcentraler där problematiken är som störst.

Fortsatt fasa ut beroendeframkallande och icke evidensbaserade behandlingar

till patienter med långvariga smärt- och utmattningstillstånd. Informationsapotekar- och informationsläkarteamet berör återkommande frågan. RPO primärvård fortsätter följa trenden som är fortsatt positiv [1].

Onödiga urinvägskatetrar. Om en patient får en urinvägskateter på ett sjukhus eller specialistvårdsmottagning och sedan remitteras till primärvården för uppföljning är det ofta utan indikation för katetern och utan plan för hur den ska avvecklas. Ett vårdskunnig-samarbete har därför inletts med RPO urinvägssjukdomar, RPO äldres hälsa och RPO akut vård. Detta leds av RPO primärvårds vårdskunnig-samarbete tillika distriktsköterska tillsammans med Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Samarbetet ska skapa en struktur för att utvärdera insatser kring utfasning av katetrar i primärvården. Genom att tydligt dokumentera indikation för varför en urinvägskateter sätts och bifoga en tydlig avvecklingsplan kan onödig kateterbehandling undvikas och patientsäkerheten ökas.

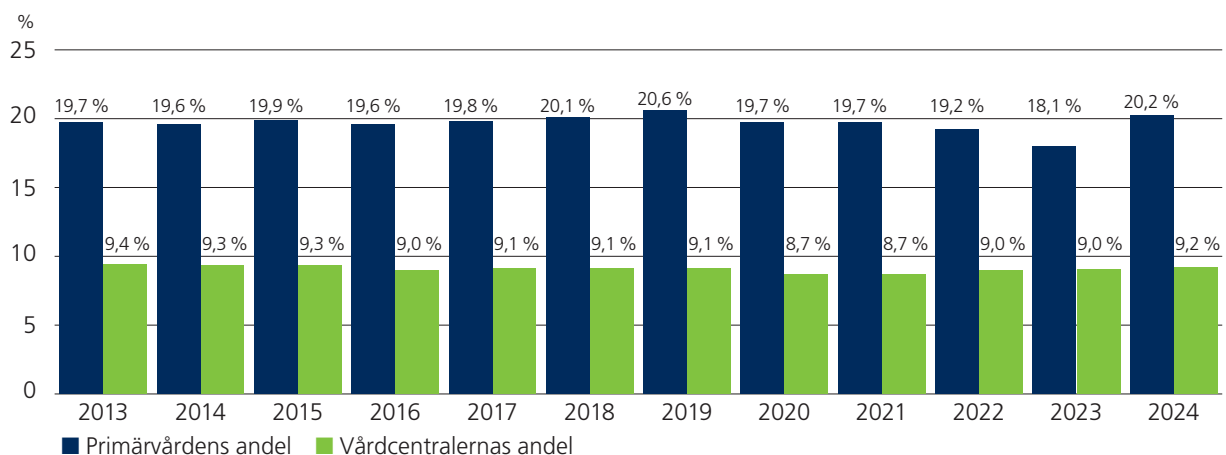
Överföring av vård och horisontella prioriteringar

Primärvården ska fungera som navet i svensk hälso- och sjukvård, där strävan är att erbjuda nära, kontinuerlig och personcentrerad vård till alla. Samtidigt står primärvården inför stora utmaningar och möjligheter som formar verksamheten för framtiden.

En av de främsta utmaningarna är att nå målet om 1 100 listade invånare per allmänläkare, ett mål som Socialstyrelsen tagit fram och som bedöms nödvändigt för att kunna ge vård enligt bästa evidens [22]. Region Stockholm har tagit fram en handlingsplan med strävan om en fördubbling av antalet specialister i allmänmedicin. Någon märkbar förändring i andelen patienter med fast läkarkontakt har dock inte gått att uppmäta under det senaste året [23]. I nuvarande förändringstakt kommer det enligt en rapport från Svenska Distriktsläkarföreningen ta över 200 år innan Region Stockholm når det regionala målet. För Region Gotland ser det något bättre ut, enligt samma rapport. Om Region Gotland håller samma tempo som idag gällande utbildningsplatser kommer det ta 16–20 år innan regionen är fullbemannad [24].

Inte heller ses ännu några resultat av Region Stockholms politiska mål att primärvårdens andel av sjukvårdsbudgeten ska uppgå till 25 procent senast 2030 [13] (figur 7).

Figur 7. Andel av det totala sjukvårdsanslaget i Region Stockholm som gått till vårdcentralernas uppdrag respektive till den breda primärvården 2012–2024 (Vårdcentralsuppdraget omfattar somatisk vård, psykosociala insatser samt basal hemsjukvård. Från dec 2021 även psykisk hälsa barn och unga samt från jan 2022 fotsjukvård).



Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholm, februari 2025.

Även om resurserna inte ökas möter primärvården en ökande efterfrågan från sekundärvården att ta över fler uppgifter, allt medan det redan idag är svårt att hinna med kärnuppdraget. En utmaning är att begreppen ”god och nära vård” och ”vårdcentralen som nav” förekommit ofta och etablerats som målbilder för vård med god kvalitet och kostnadseffektivitet [25]. Då resurserna till primärvården inte ökat i andel går den fulla inbörden av begreppen inte att införa i nuläget. Detta har skapat situationen att sekundärvården upplever sig manade att flytta vård till primärvården, utan att det finns utökade resurser att ta emot större vårdflyttningar där. RPO primärvård menar att om vård ska flyttas till primärvården behöver resurser flyttas före. Annars finns det risk för vårdkvalitetssänkning, undanträngningseffekter och svårigheter att behålla personal. Det behövs långsiktiga och strategiska satsningar med stor förståelse för olika förutsättningar. På så vis kan primärvården stärkas och bli mer attraktiv för både patienter och medarbetare.

RPO primärvård har systematiskt kartlagt vilka vårdöverskjutningar som är aktuella (bilaga 2). Kartläggningen visar att överflyttningar av patientgrupper och åtgärder sker på ett osystematiskt sätt, ofta utan att kunskapsstöd, avtal och resurser följer med. Detta medför ofta en ojämlig vård, patientsäkerhetsrisker och att genomtänkta prioriteringar inte är möjliga. Genom att kartlägga såväl aktuella som planerade överflyttningar har RPO primärvård velat belysa omfattningen och effekter på primärvården.

Under 2024 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm startat ett projekt för att dessa överflyttningar framöver ska ske mer strukturerat utifrån de problem som beskrivits av RPO primärvård. Arbetet sker i samverkan med RPO primärvård och ett flertal andra aktörer, även patientrepresentanter. Ett första fokus har riktats mot frågan om ett utökat behov av infusions- och injektionsbehandlingar inom hela vården. Dessa behandlingar har i stor utsträckning organiskt överförts till primärvården utan vare sig resurser eller plan. Flera RPO är involverade i översynen av behovet och det finns en gemensam vilja att hitta en lösning, varför arbetet fortsätter under 2025.

För att bättre bedöma överflyttningar, vårdnivåer och skärpningar av riktlinjer har RPO primärvård under 2024 arbetat med en lista på frågor som är användbara då en förflyttning föreslås (bilaga 3). Genom samverkan med flera andra RPO har det konstaterats att det är centralt med samsyn kring den aktuella situationen och problembeskrivningen för att fatta rätt beslut kring kunskapsstöd, vårdnivåer och prioriteringar. Det är ofta svårt för enskild del av vården att förstå situationen i sin helhet men tillsammans kan alla olika delar fångas in. Listan är tänkt att utgöra ett frågebibliotek, där alla frågor inte behöver användas. Tanken är att de ska skapa dialog och fungera som stöd för en initial bedömning då förflyttningar föreslås. För att underlätta den initiala diskussionen redovisas de fem viktigaste grundläggande frågorna att besvaras även separat (faktaruta 6). RPO primärvård kommer fortsätta verka för en strukturerad och systematisk bedömning av vårdflyttningar under 2025.

Faktaruta 6.

Fem snabba frågor vid föreslagen vårdflyttning

- Hur ser evidensläget ut?
- Hur stor är patientgruppen?
- Är primärvården bästa effektiva omhändertagandenivå?
- Vilka effektmått finns det (NNT, TNT, CNT)?
- Finns det risk för jäv?

RPO primärvård välkomnar ett fortsatt konstruktivt samarbete med övriga RPO. Det behövs en gemensam kartläggning av vården utifrån ny kunskap, nya behandlingar och patientperspektivet för att säkra att patienten tas om hand på bästa sätt. Insatserna på respektive vårdnivå behöver kontinuerligt effektiviseras och samspelet mellan vårdnivåerna behöver fungera bättre. Kopplingen till vårdavtalens/vårduppdragens utformning behöver stärkas för att uppgiftsfördelningen ska fungera i praktiken. I takt med den medicinska och tekniska utvecklingen blir det successivt

möjligt att vårda och bota allt svårare sjuka patienter där möjligheterna tidigare varit begränsade. Detta ökar den totala arbetsbördan för vården, såväl i primärvården som i den specialiserade vården. Ett ökat tillflöde av patientgrupper sker därför även från primärvården till den specialiserade vården när nya diagnosmetoder och behandlingar tillkommer.

Det blir allt tydligare att prioriteringar behöver göras för en hållbar framtida hälso- och sjukvård, och det blir sannolikt bäst om detta prioriteringsarbete görs gemensamt och på ett organiserat sätt. Kunskapsstyrningen har därför en viktig roll i att bidra med jävsprövat sakkunnigstöd för horisontella prioriteringar och en jämlik hälso- och sjukvård ur ett helhetsperspektiv.



Appendix

Bilaga 1. Ledamöter/roller i RPO primärvård.

Ledamöter i RPO primärvård
Spesak, två personer som även är ordförande och vice ordförande
Vårdsak
Programansvariga Region Gotland, två personer
Sakkunniga från ett flertal primärvårdsvårdgivare i sjukvårdsregion Stockholm-Gotland
Primärvårdsrehab
Primärvårdspsykolog
Nationella primärvårdsrådet
Akademiskt primärvårdscentrum (APC)
Karolinska Institutet
Avtalshandläggare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm
Medicinsk rådgivare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm
Processledare
Kommunrepresentant från StorStockholm

Bilaga 2. Vårdöverskjutningar till primärvården.

Oplanerad vårdöverskjutning till primärvård	Estimerad påverkansgrad. Markeras som hög (röd), medel (orange) eller låg (grön)
<p>1 Bistå sekundärvården med utredningar (lab/röntgen/fysiologiska undersökningar): Utredningar som led i specialistmottagningars bedömning, i syfte att spara tid eller på grund av att vårdgivaren inte har tillgång till eller får ersättning för undersökningsmetoden inom sitt uppdrag. Ofta saknas kompetens att bedöma svaren på beställd utredning.</p>	Behov av kompetensutveckling, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid
<p>2 Överföring av behandlingsansvar från sekundärvården för komplicerade sjukdomar hos äldre som i huvudsak behöver sin vård i hemmet: Allt större behandlingsmöjligheter högt upp i åldrarna innebär att patientgruppen i snabb takt blir allt större. Berör särskilt basal hemsjukvård, SÄBO samt hemrehab. Gäller exempelvis avancerad njursvikt, typ1 diabetes, intravenös antibiotikabehandling, avancerad men ännu inte terminal cancer, nefrostomier, suprapubiskatetrar, portar in i blodet, sondmatning, total parenteral nutrition (TPN) etc. Gränsdragning mot ASIH otydlig.</p>	Behov av kompetensutveckling, patientsäkerhetsrisk, många patienter i gruppen, mycket personaltid
<p>3 Kraftig ökning av omhändertagande av patienter (både vuxna och barn) med misstanke om mer avancerad underliggande psykiatrisk sjukdom: Patientgrupp där primärvården får bristande stöd av psykiatrin. Ökande krav på strukturerad psykoterapi i primärvården för potentiellt stora patientgrupper. Patienter med svår ångest/depressionsproblematik utremitteras i högre grad till primärvård när specialistpsykiatrin inte anser sig kunna hjälpa patienten vidare. Kraftigt ökande krav på primärvårdsutredning av funktionsnedsättning för att psykiatrin ska ta emot för neuropsykiatrisk utredning. Patientsäkerhetsrisk att man delar upp ansvaret för patientens psykiatriska diagnoser mellan olika vårdgivare, exempelvis remittering för psykologisk behandling på vårdcentral eller insatser av primärvårdsrehab men övrig psykiatrisk behandling av patienten sker fortsatt inom psykiatrin.</p>	Behov av kompetensutveckling, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid
<p>4 Patienter med klimakteriebesvär: Pågående diskussioner inom Region Stockholm om vårdnivå för patientgruppen. Stor patientgrupp som har behov av vård inom flera specialistområden, där läkemedelsförskrivningen idag primärt sker hos öppenvårdsgynekologin och där kompetensen i primärvården idag är varierande.</p>	Behov av kompetensutveckling, många patienter i gruppen, mycket personaltid
<p>5 Patienter med endometriosis: Pågående diskussioner inom Region Stockholm om vårdnivå för patientgruppen. Stor patientgrupp som har behov av vård inom flera specialistområden och där kompetensen i primärvården idag är bristfällig.</p>	Behov av kompetensutveckling, patientsäkerhetsrisk, många patienter i gruppen
<p>6 Intravenösa injektioner och infusioner: Ökat antal patienter i primärvården samt ökat antal remisser från slutenvård och specialistmottagningar för olika injektions- och infusionsbehandlingar. Stora patientgrupper inom osteoporos, järnbrist, testosteron med mera. Kompetens kring behandlingar på remiss från annan vårdgivare saknas ofta. Stor tidsåtgång.</p>	Behov av kompetensutveckling, patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid
<p>7 Bistå specialistvården med kontroller av tumörer eller premaligna förändringar: Omfattar årskontroller av förstadier till cancer i 3–10 år vilket kan inkludera upprepade radiologiska undersökningar (DT/MR) och kontroll av cancermarkörer. Det kan gälla pankreascystor, lungnoduli, benigna hjärntumörer, kolonpolyper, njurcystor, gallbläsepolyper med viss risk för malignitetsutveckling men där beslut om tills vidare konservativ behandling tagits samt JAK2-prover vid uppföljning av myeloproliferativ sjukdom. Ofta behöver specialist konsulteras för att bedöma provsvaren.</p>	Patientsäkerhetsrisk, potentiellt många patienter i gruppen, mycket personaltid

Oplanerad vårdöverskjutning till primärvård	Estimerad påverkansgrad. Markeras som hög (röd), medel (orange) eller låg (grön)
8 Kontroller med EKO och DT för att följa klaffvitier och aortadilatation: Ofta följs patienterna under flera år. Ofta behöver specialist konsulteras för att bedöma provsvaren.	Patientsäkerhetsrisk, potentiellt många patienter i gruppen, mycket personaltid
9 Uppföljning av subduralhematom (hjärnblödning) med röntgen: Uppföljning med röntgen (DT-hjärna) på remiss från neurokirurgen både avseende klinisk kontroll samt återinsättning blodförtunnande läkemedel (ASA/DOAK). Leder ofta till flera frågeremisser/konsultationer med sekundärvården.	Patientsäkerhetsrisk
10 Uppföljning och omhändertagande av patient i väntan på vidare hantering pga långa väntetider (exvis till operation, till neurolog, till BUP, till Centrum för ätstörningar): Här omfattas exempelvis extra röntgenkontroller, hjärnaktivitetsundersökningar, intygsskrivande och förskrivning av läkemedel.	Patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid
11 Remiss för remiss: Den specialiserade vården har bedömt att en undersökning behöver genomföras men kan inte beställa den själva och behöver därför skicka en remiss till primärvården för en remiss.	Patientsäkerhetsrisk, mycket personaltid
12 Sjukskrivningsärenden hänvisas från sekundär- till primärvården: Sjukskrivning (intyg och bedömning) hänvisas ofta till primärvården (vårdcentral och primärvårdsrehab) även om huvudkontakten finns i sekundärvården. Leder ofta till omfattande utredningsarbete. Sjukskrivning är en del av behandlingen och ansvarig läkare skall ta hand om även denna del.	Mycket personaltid
13 Ökande krav från myndigheter såsom Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF) avseende utredning och underlag för sjukskrivningar för mer svårbedömda tillstånd: Här omfattas exempelvis diagnoser som utmattningssyndrom, ångest, depression i yrken med höga kognitiva/intellektuella/sociala krav. Ökad förfrågan till primärvårdsrehab angående arbetsförmågebedömningar, funktions- och aktivitetsbedömningar.	Mycket personaltid
14 Utredning av patienter med adhd-behandling: Den specialiserade vården bör kunna hantera första linjens somatik, dvs uppföljning av biverkningar orsakade av de läkemedel som sätts in. Ex förfrågningar om utförande av standardiserad somatisk utredning såsom EKG och blodtryck på patienter som satts in på adhd-mediciner. Utredning bör beställas och utföras av fyslab om psykiatrin inte kan utföra detta.	Mycket personaltid
15 Utreda inför narkos och operationsplanering hos sekundärvården: Önskemål från sekundärvården om utredning av patienter med en eller flera allvarliga systemsjukdomar (ASA-klass 3) inför operation. Kompetens kring risker vid narkos saknas. Än så länge få patienter.	Patientsäkerhetsrisk
16 Liotyronin mot hypothyreos: Behandling med liotyronin mot hypothyreos kan inte följas upp på enkelt sätt med ett blodprov. Stor risk för översubstitution. Få patienter där samlad kompetens och behandlingsansvar bör ligga inom sekundärvården.	Patientsäkerhetsrisk

Ambitionshöjning i befintligt uppdrag: Planerad eller genomförd vårdöverskjutning till primärvård		Estimerad påverkansgrad. Markeras som hög (röd), medel (orange) eller låg (grön)
1	Överflytt av ansvar för patienter med ME/CFS, utmattningssyndrom och kronisk smärta från annat vårdval: Vårdval MMR2 nedlagt och dessa patientgrupper hänvisas nu till primärvården, stor risk för undanträngning då resurser inte flyttas med. Kommer att kräva förnyade och tydliga remitteringsvägar till bl a psykiatri och smärtmottagning. Saknas delvis evidens för tidigare erbjuden behandling	Patientsäkerhetsrisk, många patienter i gruppen, potentiellt mycket personaltid
2	Identifiera och behandla ohälsosamma levnadsvanor: Ökande förväntan och nationell ambitionshöjning om att identifiera, kontinuerligt följa upp och behandla ohälsosamma levnadsvanor, både på vårdcentral, BVC och inom primärvårdsrehab. Stora undanträngningrisker då dessa samtal tar lång tid och kräver uppföljning. Familjestödsprogram och rutinmässiga hälsosamtal i specifika åldersgrupper kommer medföra ytterligare tidsåtgång.	Många patienter i gruppen, mycket personaltid
3	Vårdförlopp hypertoni: Vårdförlopp med stor ambitionshöjning för en redan stor patientgrupp som om det ska införas innebär ökad belastning och undanträngningseffekter på vårdcentralerna.	Många patienter i gruppen, mycket personaltid
4	Utmanande hemsjukvård med svårt sjuka patienter: Logistiskt mycket utmanande hemsjukvård med många dagliga hembesök till de mest sjuka, sköra patienterna, varav en stor andel med avancerad kognitiv svikt/demens. Antal besök, svårighetsgrad och antalet individer ökar kontinuerligt.	Mycket personaltid
5	Omhändertagande av barn och unga med psykiska besvär i primärvården: Patientgruppen ökat framför allt i första linjens psykiatri och i primärvårdsrehab. Stor variation i omhändertagande mellan olika aktörer med olika ambitionsnivå.	Många patienter i gruppen, mycket personaltid
6	Snabba förändringar/förskjutningar till primärvård i behandlingsriktlinjer vårdkedja osteoporos: Förhöjd ambitionsnivå i vårdförloppet för förebyggande av benskörhet (osteoporos) efter misstänkt benskörhetsfraktur innebär ökad arbetsbelastning om utremitteringen från sjukhusen börjar fungera optimalt.	Många patienter i gruppen, mycket personaltid
7	Utökat vaccinationsuppdrag för riskgrupper: Fortsatt behov av olika typer av vaccination av stora patientgrupper kommande år leder till fortsatt stort behov av personal. Förstärkta rekommendationer från Folkhälsomyndigheten avseende bältros och RSV ökar kraven från patienterna.	Mycket personaltid
8	Snabba förändringar/förskjutningar till primärvård i nya behandlingsriktlinjer och vårdförlopp som omfattar stora patientgrupper: Leder till omfattande ändringar i behandling för stora patientgrupper som redan tas om hand i primärvården, exempelvis justeringar i LDL-mål, blodtryck och hjärtsviktsbehandling. Ökande krav på fysiologiska utredningar på vårdcentral till följd av ambitionshöjning i flera av de nu beslutade vårdförloppen: spirometrier som screening vid KOL, 24h-blodtrycksmätning, ankelindex (åderförkalkning i benen), sömnapné med mera. Leder till många besök och mycket tillkommande provtagning på vårdcentralerna. Inom primärvårdsrehab ökad förfrågan kring till exempel sviktskola, hjärtträning och gångtester när patienter diagnostiseras tidigare. Risk för undanträngningseffekter med potentiella patientsäkerhetsrisker som följd.	Mycket personaltid, potentiell patientsäkerhetsrisk

Ambitionshöjning i befintligt uppdrag: Planerad eller genomförd vårdöverskjutning till primärvård		Estimerad påverkans- grad. Markeras som hög (röd), medel (orange) eller låg (grön)
9	Omhändertagande av barn och unga med smärta och barn och unga med obesitas på vårdcentral: Patienter som sällan kommer till primärvården, bör identifieras av Elevhälsan/BVC och hanteras av BUMM och primärvårdsrehab.	Potentiell patientsäkerhetsrisk
10	Omhändertagande av patienter med IgE-medierad matallergi på vårdcentral: Patienter som sällan kommer till primärvården, bör få möjlighet till initial bedömning och behandling av specialist.	Potentiell patientsäkerhetsrisk
11	Omhändertagande ögonbesvär på vårdcentral: Remisstväng till ögonspecialist diskuteras, vilket skulle orsaka ett ökat inflöde av patienter som tidigare gått direkt till ögonmottagning.	Mycket personaltid



Bilaga 3. Frågebibliotek för stöd till bedömning av planerade vårdflyttningar

Frågebibliotek

Fem snabba:

- Hur ser evidensläget ut?
- Hur stor är patientgruppen?
- Är primärvården bästa effektiva omhändertagandenivå?
- Vilka effektmått finns det (NNT, TNT, CNT)?
- Finns det risk för jäv?

Allmänt	
1	Ge en kort bakgrund till varför överföringen föreslås.
Vetenskap	
2	Evidensläge?
3	Vad händer om vi slutar göra detta? Är det lågvårdevård?
4	Finns risk för jäv i gruppen som föreslår flytten? Varifrån kommer förslaget ursprungligen?
Volymer	
5	Hur stor är gruppen? Hur stor/vanlig är gruppen i primärvården? Hur många patienter blir det per vårdcentral?
6	Hur bedömer man att gruppen kommer utvecklas? Öka, minska, stabil?
Verksamhet	
7	Hur många patienter och patientbesök inklusive längd på besök förväntas per berörd personal? Dela gärna upp på exempelvis läkare och sköterska.
8	Hur ser standardbehandlingen ut? Hur många återbesök? Förekommer onödiga återbesök?
9	Vanliga biverkningar? Hur stor andel av patienterna kan förväntas få biverkningar? Hur hanteras de?
10	Remisskvalitet från primärvården? Gör primärvården sitt grunduppdrag enligt viss.nu?
11	Hur kommer förändringen mottas av berörd vårdpersonal?
12	Finns relevanta resurser (tid, personal, kunskap, utrustning, budget mm) i primärvården?
13	Hur stora resurser i form av personal och pengar läggs idag inom den specialiserade vården i den aktuell frågan?
14	Är den specialiserade vården som förflyttningen önskas göras ifrån en bristspecialitet? Finns resursmarginal att fortsätta bedriva den aktuella vården? Skulle man kunna ta ett större ansvar för patientgruppen om till exempel avtal ändras?
15	Finns andra vårdgivare som kan vara aktuella att hantera frågan? Om det rör sig om "superspecialiserad vård" kanske det är en annan del av den specialiserade vården den ska flyttas till, istället för till en vårdcentral. Glöm ej bort till exempel rehab, psykosociala team, BUMM och MVC.
16	Vad vill den specialiserade vården kunna göra i stället för att hantera denna patientgrupp?
17	Krävs det att resurser överförs eller förstärks från specialiserad vård till primärvård?
18	Om primärvården tar över den föreslagna uppgiften; ge gärna förslag på vad som kan prioriteras ned inom primärvården för att frigöra tid för den nya uppgiften, helst från den utflyttande specialiteten. Förekommer lågvårdevård som kan fasa ut?

Fortbildning

- 19 Finns tillgängliga kunskapsstöd på viss.nu?
- 20 Förekommer skillnader mellan nationella kunskapsstöd och regional praxis?
- 21 Behövs utbildning av personal i primärvården?
- 22 Finns konsultstöd/möjlighet till bedömningsbesök lättillgängligt?
Bör fler patienter remitteras tillbaka till primärvården efter en första bedömning?

Risker

- 23 Finns risker för undanträngning? Hur kan de i så fall hanteras?
- 24 Finns risk för överutredning, överförskrivning/diagnosglidning i primärvården?
Viktigt att beakta att detta även kan leda till mer jobb för den specialiserade vården.
- 25 Har primärvården kompetens att ordinera, administrera, utvärdera och följa behandlingen och dess eventuella biverkningar. Ingår behandlingen i primärvårdens uppdrag?
- 26 Kan det förekomma andra patientsäkerhetsrisker?

Hälsoekonomi och avtal

- 27 Har en hälsoekonomisk analys genomförts? Finns det ett behov av det?
- 28 Hur ser avtalen ut?
Finns gruppen/uppgiften i den specialiserade vårdens/primärvårdens avtal?
- 29 Har BEON-principen beaktats? BEON (Bästa Effektiva OmhändertagandeNivå) betyder att den yrkeskategori/vårdnivå som är bäst lämpad att ta hand om ett visst tillstånd gör detta.

Prioriteringar och jämförelser

- 30 Hur prioriteras frågan gentemot andra föreslagna överflyttningar, behandlingsintensifieringar, ökade behandlingar etc.
- 31 Finns relevanta effektmått som till exempel Time Needed to Treat (TNT), Numbers Needed to Treat (NNT), Cost Needed to Treat (CNT)?
- 32 När regionala data presenteras, hur jämför de sig nationellt?
- 33 När data för ett vårdval presenteras, hur står de sig i förhållande till andra vårdval?



Referenser

1. RPO primärvård. Nulägesbild utvalda indikatorer 2024–2025 [Primärvård - Regionalt programområde | Vårdgivarguiden](#)
2. Vårdförlopp depression [Depression hos vuxna – 1177 för vårdpersonal](#)
3. Fortsatt kraftig ökning av adhd-diagnoser. [Fortsatt kraftig ökning av adhd-diagnoser – Socialstyrelsen](#)
4. Forte.se [Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst – Forte](#)
5. Avveckling av vårdval MMR2 [Rehabilitering vid långvarig smärta och... | Vårdgivarguiden](#)
6. Utökad uppdrag för barn och unga med psykisk ohälsa. CES Rapport 2024:4 [Det utökade uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa i Region Stockholm](#)
7. Långtidsutredningen 2040 [Hälsa och vård 2040 – slutrapport från långtidsutredningen](#)
8. Statens offentliga utredningar, SOU [Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård, SOU 2024:72](#)
9. Äldre och läkemedel [Äldre och läkemedel – Janusinfo.se](#)
10. SKR, omställningen Nära vård [Proaktiv vård av sköra äldre | SKR](#)
11. Mål och insatsområden RPO primärvård 2024–2025 [Översikt av mål för Regionalt programområde primärvårds samtliga insatsområden.pdf | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#)
12. Rekommendationer för blodtrycksbehandling [Inled behandling av hypertoni med två läkemedel direkt. Detta för att uppnå målblodtryck inom tre månader vilket räddar liv – Janusinfo.se](#)
13. Region Stockholm Budget 2025 [Budget 2025 för Region Stockholm – Region Stockholm](#)
14. Socialstyrelsen 2023-12-8849 [Nationella riktlinjer – Rörelseorganens sjukdomar utvärdering av vården vid osteoporos](#)
15. Socialstyrelsen 2024-11-9272 [Vård vid ohälsosamma levnadsvanor – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling](#)
16. Läkartidningen 241128 [Socialstyrelsen förordar samtal om levnadsvanor till fler – får kritik](#)
17. Kloka kliniska val [rapport_sls_kkv-20230823.pdf](#)
18. Lågvärdesvård [Regionerna ska få stöd i att fasa ut vård som inte skapar värde för patienterna – Regeringen.se](#)
19. Socialstyrelsen S2024/01266 [Utmönstring av vårdåtgärder som saknar patientnytta](#)
20. OECD (2017) [Tackling Wasteful Spending on Health](#)
21. Stockholm Gotland Medicinska Råd [Lågvärdevård – åtgärder som RPO tillsammans med vårdens verksamheter verkar för att fasa ut.pdf | Vårdgivarguiden](#)
22. Socialstyrelsen 2022-4-7896 [Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården](#)
23. Vård och omsorgsanalys PM 2024:5 [Fast läkarkontakt i primärvården 2024 | Vård- och omsorgsanalys](#)
24. Svenska Distriktsläkarföreningen [Rapport-bemanningsenkaten.pdf](#)
25. Nära vård i Region Stockholm [Nära vård i Region Stockholm | Vårdgivarguiden](#)

Primärvårdsrapport 2025 presenterar insatser och samarbeten kring primärvårdens roll i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på fyra områden som berör stora patientgrupper. Rapporten lyfter också fram initiativ för att minska lågvärdevård. Dessutom innehåller den stöd för hur överföringar från specialistvård till primärvård kan hanteras.