

Vårdöverskjutning till primärvården

Lokalt Primärvårdsråd Region Skåne, mars 2025

Jenny Andersson, författare, specialist i allmänmedicin, Lokalt Primärvårdsråd

Johanna Cederholm, granskare, specialist i allmänmedicin, Lokalt Primärvårdsråd

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Bakgrund.....	3
Syfte	4
Metod.....	4
Resultat	5
Ambitionshöjning i befintligt uppdrag – genomförd vårdöverskjutning till primärvård	5
Oorganiserad vårdöverskjutning till primärvård	7
Diskussion	11

Sammanfattning

Primärvården utgör basen i hälso- och sjukvården. En stor del av patienternas vårdbehov sköts inom primärvården redan idag. Primärvården har också en viktig roll i samordningen av patienternas behov av vård inom specialistvården samt inom kommunal hälso- och sjukvård.

Denna rapport visar hur primärvårdens uppdrag utökats de senare åren genom överflyttning av ansvar eller uppgifter, ambitionshöjning av vårdinsatser utifrån nytt kunskapsläge eller införande av nya kliniska kontroller eller behandlingar. En del förflyttning sker planerat och är i vissa fall kopplade till resurser, kunskapsstöd och fortbildning. Överskjutning sker dock ofta mer oorganiserat och utan överenskommelse, säkerställd kompetens för övertagande eller resursfördelning.

Bakgrund

Primärvården ska vara navet och basen i den svenska sjukvården. Att kunna tillgodose det behov av vård som befolkningen har medför flera utmaningar i så väl den regionala som den kommunala primärvården.

Som en del i omställningen till en nära vård kan viss vård behöva flyttas från specialiserad vård ut till primärvården.

Kunskapsstyrningen i Sverige har som ambition att höja kvaliteten på den vård som erbjuds. Många kunskapsstöd berör tillstånd där en stor del av vården ges i primärvården. En ambitionshöjning innebär ofta fler vårdinsatser, utökad patientgrupp, krav på ökad kompetens hos personal och/eller ökad tillgång på andra resurser.

I Region Stockholm-Gotlands [Primärvårdsrapport 2024.pdf](#) | [Vårdgivarguiden](#) beskriver Bilaga 4 den överskjutning som skett från specialiserad vård till primärvården. Lokalt primärvårdsråd (LPR) Skåne har tagit inspiration av denna och gjort en liknande inventering som utgör grunden i denna rapport. Det är viktigt att beakta att det finns flera likheter

men också flera skillnader mellan Region Skåne och Region Stockholm. I sammanhanget kan nämnas att i Stockholm bedriver regionen sjuksköterskornas arbete i hemsjukvård, medan kommunerna sköter motsvarande uppdrag i Skåne.

Syfte

Syftet med denna rapport är att synliggöra att primärvårdens uppdrag successivt utökats de senaste åren, ibland på ett planerat sätt men oftare på ett oorganiserat sätt som påverkar såväl den enskilde patienten som primärvården som helhet.

Metod

Rapporten från Stockholm-Gotland granskades och värderades i LPR. En genomgång av vårdöverskjutningen i Region Stockholm gjordes och de områden där överskjutning också skett i Region Skåne dokumenterades. Samtidigt inventerades vilka andra arbetsuppgifter eller patientgrupper som förflyttats från specialiserad vård till primärvården de senaste åren. Detta gjordes via LPR:s representanter genom olika yrkesgruppers nätverk.

Resultat

Resultaten presenteras i två tabeller. Grå bakgrund i tabellen visar att liknande överflyttning gjorts även i Region Stockholm.

Röd bakgrund visar påverkan för primärvården genom ökad personaltid, ökade övriga kostnader, krav på kompetenshöjning hos personal eller identifiering av patientsäkerhetsrisk.

Ambitionshöjning i befintligt uppdrag – genomförd vårdöverskjutning till primärvård

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetenshöjning	Patient-säkerhetsrisk
Koordinering av patientens vård. Primärvårdens samordningsansvar tolkas olika och kan i praktiken innebära allt från att vårdcentralen ska vara mellanhand och meddela specialistvården när de ska förnya recept i pascal eller att patienten inte får kontakt med berörd specialistmottagning, till att göra omfattande dokumenterade överenskommelser, SIP:ar, medicinska vårdplaner och kontaktkartor för patienten.				
Snabba förändringar/förskjutningar till primärvården i nya behandlingsriktlinjer och vårdförlopp som omfattar stora patientgrupper. Det leder till mer omfattande arbete för stora patientgrupper som tas om hand i primärvården, exempelvis fler utredningar, nya behandlingsrekommendationer, tätare uppföljning och justerade målvärden.				
Ökade krav på att primärvården ska ringa sjukhuset innan en patient skickas in akut. Rutiner för akuta vårdflöden har införts. Det innebär ett nytt tidskrävande moment då primärvården bör ringa om varje patient som ska skickas akut eller subakut.				
Utökat vaccinationsuppdrag. Fler vaccin har införts i olika vaccinationsprogram. Patientgruppen har vuxit och nya målgrupper (exempelvis gravida) har tillkommit.				
Ökat arbete med att identifiera och behandla ohälsosamma levnadsvanor. Hälsosamtal är ett relativt nytt uppdrag som kräver insatser med exempelvis rådgivande samtal. Nya vårdförlopp ger primärvården i uppdrag att innan remiss för bedömning av eventuell kirurgi identifiera och behandla ohälsosamma levnadsvanor.				

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetens- höjning	Patient- säkerhets- risk
Ambitionshöjning i vården vid osteoporos. Fler individer hittas genom mer aktiva frakturkoordinatorer på sjukhusen. Dessa behöver insatser i form av rehabilitering, läkemedelsbehandling och uppföljning. Samtidigt har det skett en förflyttning där vissa läkemedel nu ska ges i primärvården. Rekommendationerna har ändrats från peroralt i första hand till att jämställa peroral behandling med infusion vilket ger fler tidskrävande infusioner.				
Teledermatoskopi. Ny teknik som medför att patienten i primärvården bedöms av hudspecialist på distans via vårdcentralen. Då det är en asynkron teknik medför det ökade administrativa uppgifter för primärvården som även ska meddela patienten resultatet av undersökningen vid ett annat tillfälle. Det kan också innebära att specialiserad vård bedömer att hudförändringen ska excideras i primärvården, vilket ger ytterligare ett besök på primärvårdsnivå i stället för specialistnivå.				
Basal rehabilitering för cancerpatienter. Fler patienter överlever längre med sin cancerdiagnos. Både behandling och sjukdom kan kräva rehabiliterande insatser. Det pågår arbete inom specialiserad vård att identifiera och remittera över dessa patienter till primärvårdsrehabilitering i större utsträckning än tidigare, både under och efter aktiv behandling. Vissa hälsotillstånd är nya för primärvården, som fatigue, och kräver kompetenshöjning.				
Utredning, behandling och uppföljning utförs alltmer i primärvården. Exempelvis utredning av kranskärslssjukdom, profylaxbehandling vid migrän, tidigare uppföljning efter hjärtinfarkt, ökat ansvar vid palliativ vård.				

Oorganiserad vårdöverskjutning till primärvård

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetens- höjning	Patient- säkerhets- risk
Ökat ansvar att vårdcentralerna ska göra akuta hembesök dagtid vardagar. Gäller framförallt individer med hemsjukvård, boende på SÄBO och i vissa fall även korttidsboende.				
Ökat behov att bistå specialiserad vård med utredningar (lab/röntgen/fysiologiska undersökningar). Grundprincipen är att den läkare som har behov av en undersökning för fortsatt handläggning ska beställa den, och värdera svaret. Ofta måste primärvården idag beställa exempelvis en röntgen (som specialiserad vård önskar) inför remiss till specialiserad vård. Ibland behövs upprepade undersökningar då den första ha hunnit bli för gammal.				
Överföring av behandlingsansvar från specialiserad vård till primärvården, för äldre med komplicerade sjukdomar. Fler patienter med avancerade komplexa sjukdomar och med betydande funktionsnedsättningar behandlas högre upp i åldrarna. De har svårt att ta sig till sjukhuset varför specialiserad vård vill att primärvården tar över behandlingsansvaret. Till exempel avancerad njursvikt, TPN, viss cancerbehandling.				
Ökat behov att bistå specialiserad vård med omvårdnadsåtgärder och behandlingar. Specialiserad vård ber hemsjukvårdens och vårdcentralens sjuksköterskor att vara behjälpliga med insatser som primärvårdens läkare inte har kompetens att hjälpa till med, vid behov. Specialiserad vård är ofta svår att nå för vägledning. Exempel är intravenösa infusioner, läkemedelsimplantat, avancerade omläggningar, skötsel av drän, katetrar, portar in i blodet, tarmsonder och stomier.				
Ökat behov att bistå specialiserad vård med enklare vårdåtgärder som led i specialiserad vårdens uppföljning. Till exempel kontroll av blodtryck som kan påverkas av pågående behandling. Ibland krävs täta kontroller, exempelvis månatligen. Ofta oklart ansvar vem som ska rapportera in till specialiserad vård.				
Ökning av rena administrativa uppgifter beställda av specialiserad vård. Exempel: Patienter som bedömts inom specialiserad vård och fått besked att de kan höra av sig igen vid behov inom ett år ombeds ändå kontakta vårdcentralen för ny remiss, vilket involverar flera personalgrupper.				

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetens- höjning	Patient- säkerhets- risk
Ökning av omhändertagande av vuxna patienter med psykiatrisk sjukdom. Primärvården får sköta fler patienter med varierande grad av psykiatriska besvär. Svårigheter då remisser inte accepteras, långa väntetider föreligger och vissa svårare tillstånd remitteras till vårdcentralen. Patienten förväntas skötas av primärvården i väntan på utredning och behandling inom psykiatrin, trots att remissen godkänts och patienten bedömts tillhöra specialiserad vård. Oklart ansvar för patienter med flera psykiatriska diagnoser då vissa faller inom ramen för specialiserad vård och andra inom primärvård. Patienten bollas mellan vårdnivåer. Psykiatrin remitterar ut till primärvården i stället för att avsluta patienten när de inte har mer att erbjuda.				
Ökning av barn med psykiatriska tillstånd i primärvården. På grund av långa köer till BUP och Första linjen får barn inte den hjälp de behöver. I primärvården saknas kompetens och erfarenhet att ta hand om barn med psykiatriska tillstånd såsom stressreaktioner, ångest och utåtagerande beteende. Specialiserad vår vill remittera ut barn som utretts inom BUP och endast får behandling med sömnläkemedel, i primärvården saknas dock kompetens att omhänderta denna grupp, patienter kommer i kläm.				
Psykiatrin remitterar till primärvården för att använda psykoterapiresurser inom vårdval psykoterapi. Specialiserad vård (som har patientansvaret för en viss patient) vill gärna använda sig av vårdval psykoterapi som tillhör primärvården. Motiveringen är ofta att just den terapiformen inte erbjuds inom specialiserad vård. Detta medför att en begränsad primärvårdsresurs felanvänds och inte räcker till primärvårdens patienter.				
Ökad förfrågan om att bistå specialiserad vård vid cancer. Med exempelvis uppföljande kontroller av tumörer eller premaligna förändringar inklusive utredning och kontroller av individer med förhöjd risk för cancer.				
Specialiserad vård remitterar ut patienter innan de är färdigbehandlade. Exempelvis när specialiserad vård sätter in ett läkemedel och remitterar patienten utan att ha utvärderat effekten. Eller när en patient har varit inom specialiserad vård där uppföljning ska fortsätta inom specialiserad vård men man begär att primärvården ska exempelvis bevaka undersökningen samt återinsätta temporärt utsatt läkemedel.				

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetens- höjning	Patient- säkerhets- risk
Primärvården förväntas ringa konsulter istället för att skicka remisser. Det blir allt svårare att få bedömningar och uppföljningar inom specialiserad vård. Primärvården förväntas sköta patienterna via konsulter. Vilket tar mycket tid i anspråk och riskerar att bli patientosäkert.				
Otydligt ansvar för uppföljning och omhändertagande av patient vid långa väntetider till operation. Patient som bedömts vara i behov av behandling inom specialiserad vård ska skötas där. Ofta hänvisas patienterna till primärvården för olika insatser som läkemedelsförskrivning, intygsskrivande och rehabiliterande insatser trots att ansvaret ligger hos specialiserad vård.				
Ökat behov av att skriva intyg till patienter som tillhör vuxenhabiliteringen. Då det saknas läkare inom vuxenhabiliteringen hänvisas dessa patienter till primärvårdens läkare för intygsskrivande. Det kräver mycket tid i anspråk att samla underlag från flera olika instanser för att skriva ett intyg av läkare som saknar specifik kompetens. Patientgruppen ökar då fler diagnostiseras med neuropsykiatriska funktionshinder och fler med flerfunktionshinder lever längre.				
Ökade krav från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen avseende utredning och underlag för sjukskrivningar för mer svårbedömda tillstånd. Här omfattas exempelvis diagnoser som utmattningsyndrom, ångest, depression i yrken med höga kognitiva/intellektuella/sociala krav. Ändrade sjukförsäkringsregler medför ytterligare ökad belastning.				
Ökad förfrågan om kardiovaskulär riskvärdering av patienter med kronisk sjukdom eller specifik behandling. Önskan om att primärvården gör en standardiserad somatisk utredning och riskvärdering för stora patientgrupper med en kronisk sjukdom eller behandling som kan medföra ökad risk. Primärvården har inte uppdrag att screena individer och bedömningen av kardiovaskulära risker är ofta otydlig vid dessa tillstånd.				
Önskemål om utredning inför narkos och operationsplanering inom specialiserad vård. Specialiserad vård ansvarar för bedömning om en patient kan genomgå en viss behandling. Ökade önskemål från specialiserad vård om utredning av patienter med en eller flera allvarliga systemsjukdomar inför operation eller tandvård i narkos. Primärvården saknar kompetens kring risker vid narkos samt påverkan av olika ingrepp.				

	Ökad personaltid	Ökade övriga kostnader	Kompetens- höjning	Patient- säkerhets- risk
Bistå kommunal primärvård med rehabiliterande insatser och utredningar. Patient som inte kan ta sig till vårdcentral bör få insatser via hemsjukvården (ordinärt och särskilt boende). Istället efterfrågas att vårdcentralens personal gör hembesök för exempelvis utredning av kognitiv svikt eller rehabilitering efter operation.				
Bistå specialiserad vård med rehabiliterande insatser. Specialiserad vård som rehabiliterar patienten önskar kompletterande likvärdig behandling på vårdcentralen. Exempelvis 1 gång i veckan hos ortopedisk mottagning och samtidigt 1-2 gånger i veckan i primärvården. Vissa privata aktörer remitterar över hela ansvaret för rehabilitering då de saknar egen personal.				
Vård på specialistnivå är inte anpassad för vissa för patienter. Kan gälla att behandling huvudsakligen ges i grupp och då inte fungerar för patienter som har tolkbehov, eller att vården ges som kurs digitalt men att patienten inte behärskar detta sätt att lära sig. Det innebär att patienten återremitteras utan behandling.				
Ökad administration vid remiss till specialiserad vård. Specifika kriterier i avtal eller ansvar gör att primärvården behöver hålla reda på vart remisser ska skickas utifrån på specifika kriterier. Vid vårdval kan dessutom sjukhusets enhet inte samordna remissen (exempelvis ortoptist i ögonsjukvården som är ett tilläggsuppdrag). Remisser skickas i retur för att kompletteras med någon uppgift, för att specialistenhet ska kunna samordna remissen.				
Ökat antal remisser på patienter med svårare grad av somatisk sjukdom. Exempelvis uppföljning och rehabilitering efter stroke hos patienter med väldigt stort rehabiliteringsbehov.				

Diskussion

Primärvårdens uppdrag är att ta hand om stora patientgrupper, så som vanliga kroniska sjukdomar. Dessa tillstånd kan professionen ofta handlägga på ett patientsäkert och kompetent sätt.

För varje överskjutning från specialiserad vård till primärvård, utan att resurser samtidigt tillförs primärvården, riskerar tillgängligheten inom primärvården att minska.

När små patientgrupper med specifika tillstånd flyttas till primärvården finns risk för sämre vårdkvalitet och varje patientmöte riskerar att ta längre tid att handlägga då professionen behöver sätta sig in i tillståndet, och ofta konsultera specialiserad vård.

Ökad personaltid kan dels medföra en ökad kostnad, dels ökat personalbehov. Om behov av ökad personal inte kan täckas, riskerar personalbristen också att medföra minskad tillgänglighet för andra patientgrupper.

Många överskjutningar som beskrivs i tabellerna berör ofta olika yrkesgrupper där påverkansgraden kan variera mellan yrkesgrupperna. Behandling eller uppföljning av ett tillstånd kan innefatta läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator eller psykolog.

Påverkansgraden kan också variera beroende på om vården ges i regional eller kommunal primärvård. Ett exempel är att ett utökat vaccinationsuppdrag kan påverka så väl regional som kommunal primärvård.

LPR:s rapport [var-tas-patienter-med-vanliga-kroniska-sjukdomar-om-hand-i-skane.pdf](#) beskriver att förändrad demografi och fler individer med kroniska sjukdomar som ska följas gör att omfattningen av primärvårdens uppdrag ökar. När överskjutning dessutom sker parallellt finns risk för undanträngningseffekter av patientgrupper.

Under arbetet med rapporten har det framkommit att det råder en betydande otydlighet i gränssnitt mellan:

- regional och kommunal primärvård
 - specialiserad vård och primärvård avseende rehabilitering
 - specialiserad vård och primärvård avseende vårdansvar för ett hälsotillstånd i förhållande till utförande av specifika uppgifter.
- Vårdansvaret blir otydligt när specialiserad vård ansvarar för patienten men primärvården ska vara behjälplig med specifika åtgärder.

Detta behöver belysas ytterligare, men ryms inte inom omfattningen av denna rapport.