



FÖRSTUDIE TILL KONCEPTPROGRAM

LOKALER FÖR PRIMÄRVÅRD MED FOKUS PÅ VÅRD- OCH HÄLSOCENTRALER

2022-05-20



FoU-fonden för
regionernas fastighetsfrågor

Förord

Denna rapport, Förstudie konceptprogram primärvårdslokaler, är en förstudie till ett arbete med konceptprogram för vårdcentraler. Rapporten är dels en genomgång av aktuella frågor kring vårdcentraler, dels innehåller den genomgång av forskningsläget som brukar finnas i själva konceptprogramsrapporten.

Rapporten har tagits fram under pandemins år 2021 och under en del av 2022, det har satt sin prägel på arbetet och hur vi kunnat samla kunskap och data. Mycket av möten och samtal har förts med hjälp av digitalt stöd.

Arbetet har genomförts av CVA. Medverkande i arbetet har varit, i olika omfattning, Abderisak Adam, Johanna Eriksson, Göran Lindahl och Jens Widmark. Finansieringen av förstudien har gjorts av FoU-fonden för regionernas fastighetsfrågor (Fastighetsrådet), Forum Vårdbyggnad, PTS och CVA.

Projektet har haft en styrgrupp bestående av Hans Sandqvist, VGR (Fastighetsrådet), Marie Larsson, Forum vårdbyggnad, Pierre Håkansson, Region Halland (PTS), Stefan Fredriksson, Region Östergötland (PTS) och Göran Lindahl, CVA.

Ett stort tack riktas till alla som på något sätt och i olika utsträckning bidragit med kunskap, inspel och diskussioner, inte minst alla som deltagit i intervjuer och svarat på enkät. Ett speciellt tack riktas till styrgruppen som följt arbetet och till projektgruppen som bidragit i arbetet med själva konceptprogrammet.

CVA, Chalmers
Göran Lindahl

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Startpunkt.....	1
1.2 Syfte och mål	2
1.3 Relation till tidigare konceptprogram Lokaler för öppenvård	2
1.4 Metod	2
Kartläggning, vårdens webbplatser	2
Forskningsöversikt, metod.....	3
Material från närliggande rapporter.....	4
Intervjuer	4
Enkät.....	5
1.5 Läsanvisning	6
2. Litteraturstudie, forskningsöversikt	6
2.1 Betydelse av utformning av vårdmiljöer.....	7
2.2 Karaktärisering av vårdmiljö	8
2.3 Forskning om vårdmiljöer på sjukhus.....	8
2.4 Primärvårdens miljöer.....	9
2.5 Säkerhet.....	9
2.6 Interprofessionellt samarbete	9
2.7 Lokalutformning, arbetssätt och kommunikation	10
2.8 Barnvårdscentraler	11
2.9 Ramverk för en integrerad primärvårdsdesign/process	12
3. Kartläggning av regionernas primärvård.....	14
Beskrivningar av primärvården	14
3.1 Primärvård – dess roll och Nära vård	15
Integrerad primärvård	16
Samverkan och samordning kommun och region	16
Valfrihet och flexibilitet.	17
3.2 Strategisk inriktning primärvården	17
3.3 Organisering av primärvården	18
3.4 Privata vårdcentraler/Privata primärvårdsaktörers webbplatser	19
3.5 Primärvårdsförvaltningar/organisering	21

3.6 Samverkansavtal	22
3.7 Vårdsystemets struktur.....	22
3.8 Hemsjukvård/Digitalisering/Distansvård.....	26
3.9 Fastigheter; geografisk lokalisering och lokalutformning	27
Lokalisering	28
Lokalutformning	29
3.10 Intressanta exempel att studera	31
Samarbete med forskning/utbildning.....	31
Hyroberoende vård – egna resurser som utgångspunkt.....	31
Samverkanslösningar	32
Samlokalisering	33
Digitalisering	34
Förändrade öppettider.....	36
4. Intervjuer och enkät	36
4.1 Nuläge och aktuella förutsättningar	36
Lokaler som stödjer verksamhetens behov	37
Behov av renovering och ombyggnad	38
Nära vårds påverkan på primärvårdens lokalbehov	39
Covid-19, erfarenheter kopplat till lokaler	41
Att hantera geografiska och demografiska förutsättningar.....	42
4.2 Planering av primärvårdslokaler	43
Beställa och planera.....	44
Lokalisera och dimensionera	45
PTS och typrum	46
Samlokalisera.....	47
Närvårdsplatser	48
Rehab/sjukgymnastik.....	49
4.3 Regi, förvaltning och inhyrning av lokaler	49
Förvaltning.....	51
Samlokalisering	52
Privata aktörer.....	52
4.4 Primärvårdsverksamheter utan fysisk placering på vårdcentral	53
Hemsjukvård.....	54

Digifysiska vårdlokaler/e-hälsa	54
4.5 Drivande av förändring/utvecklingen inom primärvården	56
Utmaningar	57
Demografiska utmaningar	58
Politiska utmaningar	59
Nära vård	60
Säkerhet	60
Framtida planering.....	62
4.6 Behov av stöd genom och från ”konceptprogram”	63
4.7 Förebilder och exempel att ta med sig	67
5. Några inspel	68
5.1 Nära vård som drivkraft	69
5.2 SKR, Den robusta vårdcentralen.....	69
5.3 Närsjukhus, är det samma sak som utökad primärvård?.....	70
5.4 Nordisk utblick.....	71
5.5 En kort europeisk utblick	72
6. Sammanfattning	72
7. Referenser	74
8. Referenser från litteratursökning	80

1. Introduktion

1.1 Startpunkt

I flera regioner pågår idag en utveckling och översyn av vårdlokaler. Den är inte minst påverkad av demografiska förändringar, det pågående arbetet med omställning till Nära vård och sedan våren 2020 också starkt påverkad av covid-19 pandemin.

Det diskuteras också alltmer att vårdens resurser behöver flyttas från akutsjukhusen till primärvården, vilket lyftes fram i utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) från 2016. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* är ytterligare ett steg i denna riktning. Delbetänkandet: *God och nära vård. En primärvårdsreform* (2018:39) lyfter även denna fram att Svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv har dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård snarare än primärvård. Utredningen pekar på att primärvårdens centrala roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen, samt att primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov.¹

En viktig utgångspunkt är därför att ge primärvården ökad betydelse och att detta påverkar de krav och förutsättningar som vårdverksamheten kommer att ha på sina lokaler i framtiden. Även en bred tolkning och förståelse för vad Nära vård-reformen kommer att innebära är viktigt att beakta i detta arbete. Olika regioner har olika förutsättningar och därför kommer denna reform, eller denna avsikt, att få olika resultat och effekter i olika regioner.

Ett antal regioner har gjort enskilda utredningar om hur framtida vårdlokaler för primärvården skulle kunna se ut. Dessa tar sin utgångspunkt i för de olika regionerna specifika förhållanden.

Regionernas begrepp för att beskriva primärvårdens verksamhet varierar. Ofta är detta kopplat till hur det är organiserat, var primärvården är lokaliserad etcetera. Exempel på begrepp är vårdcentraler, familjecentral, vårdcentrum, hälsocentraler, närsjukhus och liknande. Inte minst frågan om nivåstrukturering, dvs vad som ska vara lokaliserat var någonstans och i vilken omfattning, väcker frågor, ex: närsjukhus med specialistfunktioner utlokaliserat från de större sjukhusen eller vårdcentraler med kompletterande specialistfunktioner och kvällsöppet eller någon annan form av lösning.

¹ Se till exempel Starfield, 2009, samt flertalet de utredningar och studier som finns som underlag kopplat till Nära vård.

1.2 Syfte och mål

Denna rapport är en förstudie till ett arbete med konceptprogram för primärvårdens lokaler, i dagligt tal det vi benämner vårdcentraler. Rapporten är dels en genomgång av frågor kring dessa lokaler som är aktuella, dels innehåller den en genomgång av forskningsläget som brukar finnas i själva konceptprogramsrapporten. Skälet till en separat förstudie i samband med ett konceptprogram står att finna i det faktum att primärvårdens lokaler dels är av en stor mängd varianter, dels är förutsättningarna olika i olika delar av landet. Denna komplexitet föranledde denna separata förstudie.

Det konceptprogram som denna förstudie understödjer avser att ge regionerna vägledning i hur man kan skapa lokaler för primärvården. Konceptprogrammet skall även belysa hur omställningen till Nära Vård kan komma att relateras till och påverka dessa byggnader samt vilka eventuella förändringar i krav och funktioner som kan komma, för att möta framtida verksamhetskrav. Mer specifikt ska konceptprogrammet fokusera den funktion inom vården som i dagligt tal benämns vårdcentral, eller exempelvis vårdcentrum eller hälsocentral.

1.3 Relation till tidigare konceptprogram Lokaler för öppenvård

År 2016 tog PTS Forum, tillsammans med CVA, fram ett konceptprogram för Lokaler för öppenvård. Detta är en del av den sedan tidigare sammanställda kunskap som finns om dessa vårdmiljöer. Sedan dess har primärvårdens roll utvecklats, kraven på samverkan mellan kommun och region ökat och verksamhetskrav utvecklas kontinuerligt. Inte minst Nära vård driver också förändringar.

Detta material, förstudie och konceptprogram, är dock inte en direkt uppdatering av tidigare konceptprogram om öppenvård, snarare är detta ett nytt konceptprogram med större fokus på regionernas frågor i samband med lokaler för primärvård i form av vårdcentraler och motsvarande verksamhetslokaler.

1.4 Metod

Ett arbete som detta använder sig av flera olika sätt att samla in data. Data som kommer både från offentlig statistik, webbplatser, litteratur och andra källor. Inte minst viktigt är intervjuer med aktörer inom fältet. Insamling av data har skett genom:

- Kartläggning, vårdens webbplatser
- Forskningsöversikt
- Material från närliggande rapporter
- Intervjuer
- Enkät

Kartläggning, vårdens webbplatser

Det grundmaterial som presenteras i kapitel 3 har haft följande utgångspunkter;

- Hur landets regioner beskriver primärvård på sina respektive webbplatser
- I vilken mån det framkommer hur regionerna organiserar sin primärvård
- Ifall intressanta exempel lyfts fram som kan vara värda att studera ytterligare
- Om och vad som beskrivs på webbplatserna som går att relateras till fastigheter, lokalisering och/eller lokalutformning

Samma punkter gäller som utgångspunkt för kartläggningen av landets privata primärvårdsaktörer som driver vårdcentraler.

Forskningsöversikt, metod

En forskningsöversikt vad gäller primärvårdslokaler har gjorts genom bland annat sökning i FoU (Forskning och Utveckling) i Sverige.² Detta är en projektdatabas som samlar projekt inom forskning och utveckling i hela Sverige. Det är en öppen projektdatabas som är tillgänglig via ett forskningsadministrationssystem kallat Researchweb, där projektbeskrivningar hämtas in från andra databaser, samt läggs till av personer med bakgrund inom forskning och utveckling. Som komplement till detta användes även Web of Science,³ samt Statens Offentliga Utredningar [SOU] via Linköpings Universitets sökfunktion,⁴ som databasunderlag för forskningsöversikten.

De utförda sökningarna begränsades med hjälp av inkluderings- och exkluderingskriterier (Ressing et al., 2009). Inkluderingskriterierna bestod utav att de skulle vara kollegialt granskade, s.k. peer review, journalartiklar eller konferensartiklar, utgivna forskningsrapporter, och utredningar från statliga organ eller branschorganisationer. Vi sökte även efter tidigare utförda litteraturstudier inom ämnet och inkluderade deras sammanställningar i vår litteraturstudie. Sökningarna utfördes på engelska och svenska.

² <https://www.researchweb.org/is/sverige>

³ <https://clarivate.com/webofsciencegroup/solutions/web-of-science/>

⁴ <https://ep.liu.se/databases/sou/>

Tabell 1: Nyckelord i sökprocessen.

Nyckelord	Kopplat till
Vårdcentraler	
Familjecentral	Utformning
Hälsocentral	Fysisk tillgänglighet
Vårdcentrum	Design
Primärvård	Lokaler
Legevakt	Faciliteter Arkitektur
Primary care	Design
Health centers	Accessibility
Healthcare clinics	Space Planning Architecture

Utöver den sökmetodik som beskrivits ovan så användes en variant av ett så kallat snöbollsurval där referenslistan till en utvald studie användes för att identifiera andra relevanta studier.

Material från närliggande rapporter

Utöver ovanstående har även information och data använts från material insamlat för tidigare rapporter framtagna av CVA. Framst avses här rapporterna *Framtidens vårdbyggnadsstruktur: Hälsa- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen* (Thodelius et al., 2021) och *Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära Vård* (Lindahl et al., 2021).

Då representanter från Sveriges regioner under semistrukturerade gruppintervjuer i föregående studier i flera avseenden belyst information relevant för detta arbete används därmed uppgifterna även för denna rapport. Hänvisningar till dessa synpunkter kommer framöver återspegla den region deltagaren representerat, även om hänsyn måste tas till att detta är den deltagandes ord och syn på frågan/ämnet och inte en officiell beskrivning utifrån den benämnda regionens offentliga kanaler.

Intervjuer

Intervjuerna som genomfördes var semi-strukturerade gruppintervjuer, vilket innebar att de hade en samtalslik karaktär och underlättade arbetet med att fokusera studiens fråga. Samtidigt fanns en öppenhet och flexibilitet i samtalen för att kunna fånga upp och reflektera över närbesläktade samtalsämnen utöver de direkta intervjufrågorna. Detta ihop med att flera representanter från olika regioner deltog i samma intervju, möjliggjorde för intervjudeltagarna att utbyta information och belysa gemensamma hjärtefrågor.

Intervjufrågorna strukturerades kring nedan teman.

- Aktuellt läge
 - Primärvårdens organisering och lokalförsörjning
 - Påverkan av Nära vård, pandemi, demografi
 - Aktuella frågor som driver utveckling
 - Kommande lokalbehov/förändringar
 - Vad pågår just nu, vad finns planerat på medellång och lång sikt
- Lokaler
 - Behovsplanering, hur beställs, planeras och dimensioneras lokaler för primärvård

Totalt genomfördes 11 intervjuer med 42 deltagare representerande 18 av landets 21 regioner (85,7%). Det var även av intresse att inkludera intervjupersoner från både fastighetsverksamhet och vårdverksamhet, vilket resulterade i en ungefärlig representation på 70% för fastighetsverksamhet och 30% för vårdverksamhet.

Intervjuerna genomfördes med två till tre deltagare från CVA närvarande. Arbetsuppgifterna var fördelade genom att en representant förde samtalen och introducerade syftet med intervjun, en representant flikade in frågor och förtydliganden, beroende på hur samtalen flöt och en representant ansvarade för inspelning av intervju samt förande av anteckningar. Stödpunkter och framträdande kommentarer antecknades av samtliga CVA-representanter vilka sedan sammanställdes som grund till det som presenteras nedan.

Enkät

Genomförandet av enkätundersökningen gjordes genom en allmän förfrågan via PTS nätverk med en uppmaning om att dela enkäten vidare till passande representanter från regionerna. Eftersom detta gjordes via PTS skickades förfrågan ut till de 20 regioner som är en del av detta nätverk.⁵ Enkäten skickades också ut via medverkande i arbetet med konceptprogrammet, projektgruppen.

Enkäten var tillgänglig att svara på mellan den 18:e augusti och 27:e september 2021 och totalt inkom 42 svar från 19 regioner (alla utom Region Örebro län och Region Värmland). Eftersom en del av frågorna eftersökte information som det var tänkbart att informanterna inte hade tillgängligt var det inte obligatoriskt att svara på alla frågor. Detta innebar att en del frågor hade avsevärt lägre antal svar än det totala antalet svarande representanter.

Gällande representationen av de svarande i enkäten återfanns en överrepresentation från ett par regioner, vilket kan medföra en snedfördelning i svaren. Effekten blir att enkäten inte riktigt uppfyller en forskningsmässig standard och används därmed med försiktighet och mer som en riktlinje och stöd till vad som återspeglats i intervjuer.

⁵ Se <https://www.ptsforum.se>

En andra omgång av enkäten skickades även ut för att komplettera med nya frågor efter respons från CVA:s styrgrupp och enkätdeltagare, och kompletterade det tidigare utfallet.

1.5 Läsanvisning

De båda rapporterna, förstudie respektive konceptprogram bör samläsas då de avseende data och information är starkt förknippade.

Förstudiens struktur börjar med en introduktion som informerar om materialet och hur det är framtaget. Detta avsnitt följs av en bakgrund och utblick där en genomgång av forskning där just primärvårdslokaler är i fokus. Därefter redovisas data från regionernas webbsidor som beskriver primärvården och frågor kring deras lokalisering och lokaler. Efter detta avsnitt följer data och information från enkätstudie och intervjuer. Därefter ges en utblick till kompletterade områden varefter rapporten avslutas med en sammanfattning.

2. Litteraturstudie, forskningsöversikt

I detta avsnitt redogörs för vad som finns skrivet på forskningsgrund om primärvårdslokaler, vårdcentraler, dess utformning, planering och lokalisering. Ämnet behandlas ur ett internationellt perspektiv och inkluderar således forskning utanför Sverige i den mån den kan anses vara relevant för en svensk kontext. Någon omfattande svensk forskning kring just primärvårdslokaler har inte identifierats. Dock berörs lokaler indirekt emellanåt, exempelvis i en rapport om behovet av att också kunna bedriva klinisk forskning inom primärvården där lokalisering och möjliga studier i patienters hem omnämns, men lokalfrågan är som sagt en bisak i sammanhanget (Lönn et al., 2021)

Syftet med litteraturstudien var att i publicerade forskningsarbeten söka information och data avseende primärvårdens lokal- och fastighetsbestånd kopplat till dess utformning och andra faktorer som berör lokalernas funktion och planering. För att få tillgång till ett större urval användes flera forskningsdatabaser där fokus låg på att i första hand identifiera granskade forskningsartiklar som kunde kopplas till förstudiens tema. Inga begränsningar gjordes med avseende på geografiskt sammanhang eftersom studier från andra länder och de insikter som erhållits, kopplat till studiens frågeställningar, var av intresse.

Det är här viktigt att påpeka att en betydande del av forskningslitteraturen fokuserade på vårdcentraler utifrån ett ekonomiskt eller politiskt perspektiv vilket inte var syftet med denna studie. Artiklar som berörde dessa aspekter av vårdcentralbyggandet inkluderades enbart om de även belyste rumsliga faktorer så som design och tillgänglighet. Detsamma gällde studier som berörde rumsliga aspekter av vårdbyggnader som inte fokuserade på primärvårdens lokaler. Det finns betydligt mer skrivet om sjukhus och dess utformning, men dessa studier togs inte med annat än i fall där resultaten ansågs vara applicerbara även för vårdcentraler.

2.1 Betydelse av utformning av vårdmiljöer

Den fysiska utformningen av en vårdcentral avgör hur ytan fördelas i dess lokaler. Utformningen påverkar även hur arbetsflöden och samspel mellan patienter, vårdpersonal, besökare, medicinering, förnödenheter, utrustning och information kan fungera. Mot denna bakgrund kräver ett planeringsarbete för vårdmiljöer att man tar till hänsyn till patientupplevelsen såväl som vårdens kvalitet och effektivitet (Hicks et al., 2015). Processen innebär att flera avvägningar behöver göras för att nå en tillfredsställande utformning. En utgångspunkt i detta arbete är att det finns vissa utformningslösningar som är mer ändamålsenliga än andra med avseende på den vård som levereras, och hur den levereras. Detta, i sin tur, baseras bland annat på tidigare forskning som kunnat påvisa samband mellan byggnadsutformning, och påverkan på vården i form av bl.a. patientupplevelse och vårdkvalitén (Berry & Parish, 2008; Ulrich, 2008; Zhang et al., 2019).

Tidigare studier av vårdmiljöer har, som noterades ovan, framförallt fokuserat på utformning av sjukhus, där man visat på att utformningen av dessa kan ha inverkan på vårdens effektivitet och resultat. En amerikansk studie som studerade 36 sjukhus fann t.ex. att sjuksköterskor spenderade 19,3% av sin tid på patientvårdaktiviteter samtidigt som det genomsnittliga distansen som en sjuksköterska gick under ett dagskift motsvarade tre amerikanska mil [4,83km] (Hendrich et al., 2008). En omfattande studie av PWC (2004) granskade forskning med fokus på potentiella förbättringar som kan uppnås genom utformning av vårdmiljöer. Studien visade på att utformningen av lokalerna påverkade antalet förvärvade infektioner; medicineringsfel; vistelsens längd; smärtnivåer; patientkomfort; patientfall; sömnproblem; personalfrånvaro; stressnivåer; och verbala utbrott. Den fysiska arbetsmiljön kunde dessutom påvisas bidra till att förebygga antalet medicinska fel samt förbättra patientsäkerheten (Stock et al., 2007; Ulrich et al., 2019). Tidigare forskning har påvisat att den fysiska miljön har en påtaglig påverkan med avseende på den grad av hälsofrämjande resultat som den genererat hos patienter (Cooper et al., 2010; Ulrich et al., 2008). Hur patienten förhåller sig till en obekant miljö formas dessutom av de känslor som den fysiska miljön ger upphov till. En ny obekant vårdmiljö har förmågan att ge utrymme för utvecklandet av både positiva och negativa känslor, trygghet eller otrygghet (Ylikangas, 2017).

På grund av de komplexa samband som finns mellan vårdkvalitén och utformningsval är det därför viktigt att utforma lokaler med hänsyn till faktorer som kan kopplas till eftersträvad kvalitet och effekt. Begreppet kvalitet i detta sammanhang avser hur väl den fysiska utformningen möter slutanvändarens behov och förväntningar (Nelson, 2006). Kvalité ska således tolkas som ett effektmått på själva den fysiska miljön.

Ett annat begrepp som är relevant i det här sammanhanget är prestanda, som vissa forskare menar fångar en kombination av kvalitén på byggnadens utformning och resultat/effekt av dess användning (Preiser & Vischer, 2006), dock är begreppet mindre väldefinierat än det förra (Samah et al., 2013).

2.2 Karaktärisering av vårdmiljö

För att förstå termen vårdmiljö kan det vara en poäng att tydligare definiera begreppet miljö. Den fysiska miljön kan beskrivas på flera sätt, Ylikangas (2017) gör det utifrån fem dimensioner: omgivning, omvärld, atmosfär, förhållande och medelpunkt. Omgivning fångar den helhet som brukaren befinner sig i medan omvärld beskriver den specifika verklighet som råder i omgivningens kontext. Termen atmosfär har en mer esoterisk karaktär och beskriver den "anda" som upplevs och som exempelvis kan främja känslan av trivsel och relationsbyggande. Det är framför allt relationer som involverar närhet, hänsyn och beteende som fångas i det fjärde begreppet, förhållande. Medelpunkt definieras som det sista steget när brukaren har formats av sina förhållanden och blivit kärnan i miljön (Ylikangas, 2017).

Ett annat sätt att karaktärisera vårdmiljön är utifrån dess direktitet: som en direkt eller indirekt miljö. Den direkta miljön består av rummets fysiska utformning, dess belysning och värmeegenskaper medan den indirekta miljön istället beskriver den utrustning, möblering och liknande som en vårdavdelning använder sig av (Meriläinen et al., 2010). Andra dimensioner som är viktiga för den fysiska vårdmiljön berör ljud, färg, form, natur, och symbolik (Edvardsson & Wijk, 2014). Beroende på hur den fysiska miljön utformats kan den bidra till ett bättre vårdresultat, med avseende på olika mått såsom stress, trygghet och flera andra faktorer (CVA, 2021; Rechel et al., 2009). Givet ovan har vi dock inte funnit någon forskning utifrån dessa vårdmiljöbegrepp som på ett fördjupat sätt studerat just primärvårdens lokaler.

2.3 Forskning om vårdmiljöer på sjukhus

Sambandet mellan sjukvårdens lokaler och dess effekt på patienters välmående, tillgänglighet och andra liknande faktorer har diskuterats uttömmande i forskningslitteraturen (Herriott, 2018; Jovanović et al., 2019; Liddicoat et al., 2020 m.fl.). Dessa samband har studerats i framväxten av arbetssättet evidensbaserad design, där fokus har legat på att förstå vårdmiljöer utifrån aspekter i utformningen som påvisats ha positiva effekter på patienter och/eller personalens välmående (Alfonsi et al., 2014; Brambilla et al., 2019). Sådana studier tenderar dock att fokusera på sjukhusbyggnader i större utsträckning än primärvårdens lokaler, vårdcentraler och familjecentraler. Trots detta så kan det, likt Ulrich et al.'s (2018) studie av psykiatriska vårdlokaler, finnas gemensamma nämnare som går att tillämpa i utformningen också av primärvårdens lokaler.⁶ Graden av tillämpbarhet beror på huruvida de identifierade utformningsaspekter som omnämns i forskningslitteraturen för sjukhusbyggande eller andra vårdbyggnader inbegriper utformningsaspekter som förekommer även i byggande av vårdcentraler. Det kan röra sig om vanligt förekommande rumstyper som kan påträffas på både sjukhus och vårdcentraler exempelvis väntrum, receptioner, korridorer och behandlingsrum.

⁶ Se också *EBD 2020 – Evidensbaserad Design: Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön* (CVA, 2021).

2.4 Primärvårdens miljöer

När det kommer till forskning om utformningen av primärvårdens lokaler, och framförallt vårdcentraler, kan detta betraktas som ett område inom vilket till exempel lokalplanerare och arkitekter, specialiserat sig (Purves, 2007). Det är ett område som är mindre studerat än sjukhusmiljöer. I studier vi funnit påpekas att utformningen av primärvårdslokalerna bör beakta mer än enbart byggnadens funktionella behov med avseende på kapacitet och de behandlingsformer som erbjuds på plats, de bör även belysa andra relevanta faktorer, till exempel tillgänglighet, säkerhet, och flexibilitet.

2.5 Säkerhet

Vad gäller säkerhet handlar det ofta om att bygga en arbetsmiljö som främjar både vårdgivarnas säkerhet och patienternas sekretess. En av faktorer som lyfts fram i forskning är betydelsen av att utformningsarbetet bör se till att väntrummet kan observeras från receptionen, och att undvika användandet av barriärer och glasskärmar. Forskningen pekar på betydelsen av att definiera en nivå på säkerhetsanpassningar som är relevant för sammanhanget. När det kommer till att minimera risken för att vårdgivare skadas i behandlingsrummen kan till exempel panikalarm installeras samtidigt som man ser till att patienten inte placeras direkt mellan vårdgivaren och utgången. Dessa faktorer betraktas i forskningen bidra till en säker och effektiv primärvård. (Francis, 2001; Wright et al., 2003)

Relaterat till området psykiatri och välbefinnande finns också forskning som kan kopplas till frågor kring säkerhet. Vårdcentraler tar emot patienter med ett brett spektrum av mentala eller psykiska besvär vilket stundtals kan yttra sig i olika former av aggressivt beteende. Utöver detta kan patienter även uppvisa aggression som följd av drogmisbruk eller andra sociala problem vilket kan leda till konfrontation inne i vårdcentralen. Av den anledningen är det viktigt att utformningen av vårdcentralen bidrar till att minimera aggressivt beteende i så hög utsträckning som möjligt. I studier som undersökt mental ohälsa i samband med psykiatriska anläggningar har man kunnat påvisa flera faktorer som kan påverka nivån av aggressivt beteende (Ulrich et al., 2018). Vissa av de faktorer som Ulrich et al. identifierat för vårdbyggnader för psykiatri skulle kunna tillämpas även på vårdcentraler. Ulrich visar på att inredning som skapar en "hemma-miljö-känsla" med konst som illustrerar naturen, kan ha en positiv påverkan när det kommer till patienters aggression och upplevelse av säkerhet. Likaså visar Ulrichs studier på att det finns ett negativt samband mellan abstrakt konst och patienters välmående med avseende på aggression.

2.6 Interprofessionellt samarbete

Primärvårdens verksamhet kan stärkas ytterligare av ett tvärprofessionellt samarbete, framförallt kan detta få positiv effekt för dem med komplexa kroniska tillstånd (Ødegård, 2006; WHO, 2010). Detta har lett till att vissa länder nu utformar, och bygger om, befintliga primärvårdlokaler så att de lättare kan tillmötesgå de behov som ökat teamarbete och samverkan medför (Ryall, 2007). Detta inkluderar framför allt samspelet mellan allmänläkare, sjuksköterska och apotekare, men även andra yrkesgrupper som verkar inom primärvården.

Studier visar på att det inte räcker med att enbart samla de olika professionerna i samma lokaler (Lawn et al., 2014; Morgan et al., 2021), det krävs dessutom att man medvetet utformar lokalerna för att främja kollaborativt arbete mellan yrkesgrupperna. Genom att förbättra kommunikationen kan man även förbättra samarbetet bland personalen vilket även visat sig bidra till bättre vård för patienterna (Gharaveis et al., 2018; Rashid, 2009).

2.7 Lokalutformning, arbetsätt och kommunikation

Det framträder i litteraturen också att inredningen och utformningen av vårdmiljön inom primärvården spelar en väsentlig roll när det kommer till att påverka förutsättningarna för både vårdgivarna och patienternas användning av dem (Fadda, 2019; Ulrich et al., 2008). Exempel som redovisas avser administrativa ytor, andelen golvyta som tillägnas till delade utrymmen som främjar informellt kunskapsutbyte, personalens avstånd till varandra, graden av synlighet för kollegor, koppling mellan rörelsemönster och kunskapsdelning - alla utformningsrelaterade faktorer som inte sällan förknippas med olika former av kommunikation mellan arbetskollegor (Heerwagen et al., 2004; Morgan et al., 2021). Gharaveis et al. (2018) studerade ett dussintals studier som undersökte hur sjukvårdens lokaler, utifrån dess inredning, påverkar kommunikation och teamwork, och fann att layout, synlighet och tillgänglighet utgjorde de vanligaste faktorerna som påverkade kommunikationen hos de anställda. Dessa studier är också relevanta för primärvårdens lokaler.

Det är dock viktigt att påpeka att antalet studier som undersökt inredningen hos vårdcentraler med avseende på informell kommunikation är få i antal. De studier som finns tillgängliga har framförallt utförts i USA och visar på att en utformning av lokaler som underlättar för medarbetare att träffas spontant i delade utrymmen, b.l.a. genom öppna planlösningar, associeras till en högre grad av informell kommunikation hos vårdcentralens personal (Gunn et al., 2015; Karp et al., 2019). Det rör sig här om att öka tillfällena för informella fysiska möten där man spontant möter varandra i gemensamma ytor vilket i sin tur stödjer en typ av kommunikation som är sporadisk till sin natur, en kommunikation som varken är förplanerad eller påtvingad. Vikten av att möjliggöra för sådana ytor tas även upp av Morgan et al. (2021) i en studie där tre olika vårdcentraler studerades utifrån sin inredningsdesign och dess påverkan på personalens kommunikation. Studien fann, likt tidigare studier, att vårdcentralens planlösning hade en markant påverkan på graden av kommunikation. De föreslår att utformningsarbetet bör lägga stort fokus på att möjliggöra för ytor där informella träffor kan ske bland personalen. Framför allt ansåg Morgan et al. att allmänläkare gynnas av frekvent informell kommunikation. De fann även att vårdcentraler som skiljde mellan utrymmen för klinisk och icke-klinisk personal tenderade att begränsa kommunikationen mellan professionerna. Inte sällan minimeras gemensamma ytor till fördel för utrymmen som är ”viktigare” (t.ex. operationsrum och behandlingsrum). Dock går det att påvisa att dessa ”mindre viktiga ytor” starkt bidrar till att öka graden av informell kommunikation bland personalen och därför bör inkluderas i utformningsarbetet för framtida vårdcentraler. Forskarna föreslår att man placerar de behandlingsrum som allmänläkare använder dagligen i nära anslutning till utrymmen som fungerar som bryggor som länkar ihop olika rum, samtidigt som dessa ytor inte ska vara fritt tillgängliga för patienter. Avslutningsvis dras slutsatsen att större

vikt behöver läggas på att utforma utrymmen som ger möjlighet till kommunikation spontant och informellt, inte minst mellan olika professioner. Detta anses spela ännu större roll vid byggandet av större vårdcentraler, då det i slutändan bidrar till att öka kvalitén i verksamheten (Morgan et al., 2021).

2.8 Barnvårdscentraler

De rekommendationer som återges i forskningslitteraturen avseende utformning av primärvårdenslokaler, skiljer sig till viss del beroende på vårdcentralens storlek, och kategori. Exempelvis kan det påpekas att vad som anses vara god praxis i design för en allmän vårdcentral kan på vissa punkter skilja sig från vårdcentraler som specialiserar sig på ett segment av befolkningen, t.ex. barnvårdcentraler. I en av få studier som finns i denna fråga har Abdel-Maksoud (2017) funnit det som redovisas i tabell 2.

Tabell 2: Barnvårdcentraler särskiljande rekommendationer, exempel (Abdel-Maksoud 2017)

Element	Särskiljande designkaraktäristika
<i>Upplevelse</i>	Barnvårdcentraler bör ge utrymme för platser där barnen kan leka och engagera sig i aktiviteter som skapar lugn och glädje.
<i>Väntrum/patientrum</i>	Väntrum och patientrummen ska anpassas för att ge utrymme för familjer som kommer på besök.
<i>Social aspekt</i>	Med tanke på att teknik spelar en allt större roll för barn och ungdomar i deras dagliga liv är det bra att utrymmena i sig gör det möjligt för dem att kunna ha access till relevant teknik.
<i>Psykologiska och emotionella behov</i>	Eftersom det visat sig att sjukvårdsmiljöerna kan ha en stor påverkan på patienternas välmående är det viktigt att dessa miljöer bemöter deras psykologiska och emotionella behov. En lärdom som kan tas från forskning som fokuserar på psykiatrimottagningar är användandet av naturintryck (se Ulrich et al. 2018).
<i>Belysning</i>	Det är viktigt att ljusutrusningen också främjar en god miljö för barnen. Det går här även att utnyttja teknik så som RFID och anpassningsbar belysning där patienten själv kan anpassa ljuset med avseende på intensitet och färgtoning. Med LED-ljus kan man även styra ljusets intensitet så att den följer den dygnsrytm som kroppen följer naturligt.
<i>Inredning</i>	Val av inredning som lämpar sig för barn och ungdomar. En viktig aspekt är undertaket med tanke på att det är framförallt det som patienter ser när de är sängliggande.

De ovanstående avsnitten har gett en översikt över rådande forskning inom fysiska vårdmiljöer, med avseende på primärvårdens lokaler.⁷ Studien har visat på ett urval av faktorer som bör tas i beaktande i utformningsfasen av lokaler, dock är vårdmiljöforskning med fokus på vårdcentraler mycket liten i omfattning.

Forskning kring utformningsarbete, förstudie och projekteringsprocesser, av primärvårdslokaler är ett område som inte heller är särskilt omfattande. Nedan redovisas vad som funnits i förstudiearbetet.

2.9 Ramverk för en integrerad primärvårdsdesign/process

Den forskning som funnits kopplat till byggprocess och primärvård specifikt är inte baserad på svenska förhållanden, dock finns aspekter som kan vara relevant att ta del av. Nedan text avser att fånga det vi funnit och i rimlig utsträckning göra det kopplat till svenska byggprocess.

Byggprocessen följer normalt en linjär process där man går från idé/konceptstadie till en planerings- och utformningsfas som så småningom mynnar ut i en projekteringsfas, byggfas och ett överlämnande. I vissa byggprojekt inkluderas även en utvärderingsfas där byggnadens funktionalitet utvärderas med avseende på slutanvändarens input. Som ett resultat av dessa faser, och därmed ofta en uppdelning mellan organisationer, är det svårt att följa beslutsfattande och val som görs från början av ett projekt till dess avslut. Detta innebär att man ofta missar att överföra resultat och lärdomar från de olika stegen i byggprocessen och ta med dessa i den slutgiltiga bedömning som görs efter att byggnaden tagits i bruk. Om dessa steg vore länkade genom byggnadens livscykel skulle det underlätta kopplingen av projektmål och utformningsbeslut (insatsmätt) i förhållande till de resultat (utfallsmätt) som eftersträvas i ett projekt (Battisto and Franqui 2013).

Tabellen nedan baserar sig på Battisto och Franquis (2013) studie som delade upp utformningsarbetet i tre faser: en styrande fas (guiding), en implementeringsfas (implementing) och en utvärderande fas (measuring). Målet med detta är att länka ihop det designarbete som sker i den tidiga fasen med lärdomar som uppkommer under byggfasen, och den efterföljande utvärderingsfasen där slutanvändarnas feedback tas i beaktande.

Tabell 3: Processmodell för utformning och produktion av primärvårdlokaler (Battisto and Franqui 2013)

Steg	Aktivitet	Metod
Guidning (program- koncept- och förprojekteringsarbete)	- Identifiera kritiska faktorer som påverkar primärvårdslokalerna	- Litteraturstudie - Fallstudie

⁷ Se också EBD 2020 – Evidensbaserad Design: Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön (CVA, 2021).

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifiera designpraxis för primärvårdens fastigheter - Definiera rumsliga, funktionella och operativa behov - Klargör projektmål, designstrategier och koncept kopplas till effektmål 	
<i>Implementering</i> (Projektering och produktion)	<ul style="list-style-type: none"> - Utveckla utformningen, konstruktionsritningar och specifikationer - Förfina och tillämpa designkoncept och strategier till en schematisk design - Gemensamma samtal kring fördelning av utrymme- och driftsplaneringskriterier - Genomför projektbud och förhandlingar - Genomföra och avsluta byggprojektet 	<ul style="list-style-type: none"> - Samverkan med arkitekt, tekniska konsulter och specialister
<i>Mätning</i> (Utvärdering efter inflyttning)	<ul style="list-style-type: none"> - Sök godkännanden och begär anläggningsdata och planeringsdokument - Dokumentera den fysiska miljön med hjälp av uppmätta ritningar - Producera diagram som illustrerar designkoncepten för de olika prestandamåtten - Dokumentera faciliteternas miljöegenskaper i ett visuellt format - Undersök personals, patienters, och anhörigas uppfattning av lokalernas effektmål. - Undersök hur anläggningen presterar i praktiken med avseende på belysning, temperatur och akustik. - Dokumentera patienters och personalens rörelse- och flödesmönster 	<ul style="list-style-type: none"> - Observationer - Arkivforskning - Enkätstudie

Den enkla processmodellen ovan beskriver en flerstegsprocess som systematiskt kopplar utvärderingsarbetet till utformningsarbetet. Den visar ett exempel på hur ett ramverk kan användas för att styra utformningsprocessen. När genomförandet förankras i ett enhetligt ramverk möjliggör man för en integrerad och sömlös översättning av projektets delmål och övergripande mål under hela utformningsprocessen. Framför allt blir det viktigt att nyttja ett ramverk av sådant slag när flera organisationer och intressenter deltar i genomförandet av projektstegen.

Att ta fram en likartad process för alla vårdbyggnadsprojekt innebär en rad utmaningar och ter sig som en mycket stor uppgift. Samtidigt är det förslag i den riktningen som föreslås i den statliga utredningen *Riksstyrelsen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71). Detta är också en princip som guidar det arbete som Sykehusbygg driver i Norge (<https://sykehusbygg.no>). Dock avser båda dessa exempel stora projekt till skillnad från vårdcentraler/primärvårdslokaler som är både mindre investeringar och mindre komplexa.

Den poäng, och det som gör detta stycke relevant i denna rapport, och som Battisto och Franqui (2013) vill göra, går dock bortanför själva byggprojektet. Om man ska kunna bygga upp en beprövad praktik (best practice) behöver såväl arbetssätt som utfall dokumenteras och följas upp, i annat fall utvecklas inte en organisations (beställarorganisationer) eller professions (verksamma inom planering och utformning av vårdmiljö) kunskap. Detta är en utmaning för att kunna agera brett och kunskapsbaserat i vårdbyggnadsprojekt.

3. Kartläggning av regionernas primärvård

Detta avsnitt och följande beskrivningar är en summering av vad som finns att hitta på webbplatser för Sveriges regioner och de största privata primärvårdsaktörerna. Utöver det inkluderar sammanställningen en systematisk litteraturöversikt med syfte att återge hur *Primärvård* beskrivs av de olika aktörerna.

Olika regioners formuleringar och beskrivningar lyfts som exempel under respektive rubrik, antingen för att de representerar hur de flesta regioner presenterar primärvård eller för att de särskiljer sig på något sätt.

Beskrivningar av primärvården

Primärvården är den del av den regionala sjukvården som inte inbegriper specialiserad vård (SKR, 2020). Det innebär att all sjukvård, utan begränsningar gällande ålder, sjukdom eller patientgrupp, som klassas som grundläggande behandling som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser räknas som primärvård. Definitionen och ansvarsfördelningen är inte självklar i alla avseenden där huvudmannaskapet för vårdformerna regleras i ett flertal lagrum i enlighet med Ädelreformen (SKL, 2017). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service (LSS) är de lagrum som behandlar vem som är huvudman för de olika hälso- och sjukvårdsformerna.

Ansvar för primärvården ligger hos regionerna, men huvudmannskapet kan läggas över på kommuner och/eller privata aktörer.

3.1 Primärvård – dess roll och Nära vård

På regionernas webbplatser återges ofta beskrivningar av primärvården i kombination med den omställning till nära vård som det för närvarande arbetas med runtom i landet. Ett tydligt exempel på detta är exempelvis inom Region Stockholm som beskriver primärvården på följande vis;

”Stärkt primärvård 2019–2025; Regionfullmäktige har beslutat om mål och strategisk inriktning för primärvården i Region Stockholm 2019-2025 med det övergripande målet ’en tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna’. En fortsatt utvecklad primärvård är viktig för att möjliggöra en omställning till en nära vård och införa framtidens hälso- och sjukvård. En stärkt primärvård är en viktig förutsättning för att möta invånarnas behov och aktuella utmaningar.” (Region Stockholm, 2021c)

Strategin för den stärkta primärvården inom Region Stockholm ses som en del i omställningen till en nära vård där vårdcentraler ska utgöra ett nav för invånarnas hälso- och sjukvård, och då även inneha ett helhetsansvar för den somatiska vården samt psykisk hälsa (Region Stockholm, 2020).

Region Uppsala bygger vidare på beskrivningen av primärvårdens roll och den *nära vården* genom att inbegripa primärvården i samlingsnamnet ”Nära vård och hälsa” (Region Uppsala, 2021a). Inom detta koncept benämns mottagningar inom regionen som *närmottagningar* och som i sin tur knyts till hälsocentraler, med uppgiften att effektivisera och nå ut närmre individerna inom regionen (Region Uppsala, 2018, s. 41). Liknande benämningar av primärvård går att finna bland annat inom Region Kronobergs utvecklingsstrategi *Närmare Kronobergaren* (Region Kronoberg, 2020b), vilken utgår ifrån en tydligare individinriktning och flexibilitet genom en nära hälso- och sjukvård. I *Vårdval primärvård, Regelbok 2021* exemplifierar Region Västernorrland detta med att:

”En stärkt primärvård där en större del av vården ges nära patienten behövs. Vården ska planeras med fokus på kontinuitet. Primärvården och specialistvården behöver samarbeta kring nya lösningar som främjar utvecklingen mot en nära vård. (Region Västernorrland, 2021).

Nära vård beskrivs bland annat som att hälso- och vårdcentraler ska ges bättre förutsättningar att ta ett större vårdansvar för akutvård som inte kräver sjukhusens resurser. Vidare exemplifieras begreppet *närhet* utifrån flera dimensioner – geografisk närhet, närhet mellan patient och professionell, tillgänglighet och individens behov och upplevelse av närhet (Region Västernorrland, 2021).

Integrerad primärvård

Regionernas webbplatser beskriver hur primärvården spelar en viktig roll i att skapa en integrerad vårdkedja med en för patienten sömlös hantering, där flera olika vårdnivåer och kompetenser möter patientens vårdbehov. En samlokalisering av primärvårdsinstanser kan i vissa fall vara fördelaktiga genom exempelvis en kombination av närakuter och primärvårdsmottagningar såsom vid Rosenlunds sjukhus i Stockholm (Region Stockholm, 2014, s. 39), där även lokaler för andra verksamheter återfinns såsom labb, palliativ vård och geriatrik (Locum, 2021b).

Inom Region Kalmar län föreslås primärvården bära ett större samordningsansvar med andra av regionen ansvarstagande organisationer samt externa myndighetsorganisationer likt arbetsförmedling, försäkringskassa samt kommunala organisationer och i övrigt engagerande personer inom patienternas vård (Region Kalmar län, 2019a, s. 11). Målet med detta initiativ är att invånarna ska uppfatta sin vård som sömlös.

I en studie från 2019 undersöktes effekter av inkludering av personal från geriatrisk vård i primärvården, detta eftersom äldre patienter är en stor del av underlaget inom primärvården (Boman, Glasberg, Levy-Malmberg, & Fagerström, 2019). Slutsatsen var att det fanns goda indikationer för att en sådan lösning skulle kunna vara stödande för patientupplevelsen.

Samverkan och samordning kommun och region

En vidare del av den sömlösa och integrerade hälso- och sjukvården som ofta tas upp på regionernas webbplatser under beskrivningen av hur primärvården ser ut och vad som vidare krävs för att upprätthålla denna målbild, kan sammanfattas som en förbättrad kommunikation och samverkan mellan primärvårdsaktörer, kommuner och region. Region Västerbotten menar bland annat att primärvården ska vara det nav där vård och omsorg samspelar, för patientens bästa (Region Västerbotten, 2020a). Övriga aktörer i detta samspel är sjukhusvården, tandvården, kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Vårdsamverkan ingår även under vad Region (dåvarande landstinget) Blekinge menade är en del av närsjukvården, innefattande kommunal vård och omsorg (Landstinget Blekinge, 2016). Region Kalmar län arbetar, genom en länsgemensam ledning, för att få fart på denna samordnade och individanpassade vård där fyra fokusområden används; Barn och unga, missbruk och beroende, psykisk hälsa samt äldre (Region Kalmar län, 2019a, s. 11). Region Sörmland har även de uttryckt vikten av samordning av vården: ”För individer som har komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i sin vård är samordning av vården särskilt viktig.” (Region Sörmland, 2020b).

Under beskrivning av prioriterade områden för Region Skåne nämns det att primärvården ska utvecklas samt att primärvårdens samverkan med Skånes kommuner ska förbättras i samband med att fast vårdkontakt på vårdcentraler ska kunna erbjudas, samt att patienternas förtroende för primärvården ska öka (Region Skåne, 2020a). Detta påminner om en formulering från Region Stockholm, där samverkan mellan kommuner, landsting och olika myndigheter beskrivs vara väldigt viktigt eftersom de i många fall delar på vårdansvaret för flera olika patientgrupper (Region Stockholm, 2012). Kraven på samverkan förväntas öka, liksom krav

och förväntningar på medicinska bedömningar och utlåtanden. Jämte kommunernas ökande sjukvårdsåtagande anses primärvården vara den vårdinstans som påverkas mest utav denna utveckling.

Lyckade samverkanslösningar på kommunala eller regionala nivåer har visat sig ha god effekt för exempelvis kartläggningar av så kallade *Super-utilizers*, med andra ord vård och stöd-krävande individer (Bronsky et.al, 2017). En utökad samverkansmodell med snabba informationskanaler över professioner och samhällsfunktioner rekommenderades vara ett gott sätt att minska framtida vårdbehov för denna patienttyp.

Valfrihet och flexibilitet.

I och med samtliga regioners införande av det obligatoriska vårdvalet återkommer formuleringar om valfrihet och lika villkor oavsett var primärvården erbjuds, när flera av regionerna beskriver sin primärvårdsverksamhet. Region Skåne beskriver det på följande vis i dokumentet *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021*:

”Primärvården ska präglas av valfrihet för patienten och ett utbud av flera olika vårdgivare. Primärvården har ett särskilt ansvar att koordinera vården samt för sjukdomsförebyggande insatser. I den nära vården ska ingen utan ett tydligt behov behöva åka till, eller läggas in, på sjukhus.” (Region Skåne, 2020b)

Detta exemplifieras också i Region Stockholms primärvårdsstrategi där det tilläggs att det övergripande målet för primärvården är en ”tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna” (Region Stockholm, 2020). Samt i Region Sörmlands *Framtidens hälso- och sjukvård 2.0* från 2017 där primärvården beskrivs ska kunna ge ”en effektiv, bred och lättillgänglig hälso- och sjukvård för de flesta vårdbehoven” där det även läggs till att ”det förebyggande och hälsofrämjande arbetet ska prioriteras högt och utgöra en viktig del i primärvården” (Landstinget Sörmland, 2017).

En punkt som även kan ingå i primärvårdens beskrivning av valfrihet och flexibilitet är inkluderande av hemsjukvård under primärvårdens paraply, vilket bland annat exemplifieras av Region Skåne som menar att mer vård i hemmet ska vara utgångspunkten för den framtida primärvården, där vårdcentraler ska ha ett helhetsansvar där trygg och säker vård samt förebyggande av akuta sjukhusvistelser ingår (Region Skåne, 2020b). Specialister ska kunna följa upp patienter med särskilda sjukdomstillstånd som exempelvis diabetes, geriatrik eller hjärt-kärlsjukdom, på vårdcentralens uppdrag

3.2 Strategisk inriktning primärvården

På regionernas webbplatser framkommer även ett par exempel på hur de strategiskt har riktat in primärvården, bland annat beskriver Region Stockholm den strategiska inriktningen med följande punkter (Region Stockholm, 2020, ss. 8-9):

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

Liknande punkter återfinns i *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021* (Region Sörmland, 2020a, ss. 13-14):

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
 - Vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utformas för att bemöta patientens individuella behov.
- Säker hälso- och sjukvård
 - Vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
- Personcentrerad hälso- och sjukvård
 - Respekt och lyhördhet inför individens specifika behov, förväntningar och värderingar, vilka vägs in i de kliniska besluten.
- Jämlik hälso- och sjukvård
 - Vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
 - Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
 - Ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon behöver.
- Effektiv hälso- och sjukvård
 - Tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål.

3.3 Organisering av primärvården

Organiseringen av primärvården runtom i landet beskrivs på flera liknande sätt. Återigen är införandet av vårdvalet en återkommande faktor som påverkat hur primärvårdsförvaltningen utformats och samtliga regioner har i dagsläget privata primärvårdsaktörer verksamma (Holmström, 2020). Totalt skedde 44% av alla besök, såväl digitalt som fysiskt, inom primärvården hos privata vårdgivare under 2019 (se bild 1). Utöver det har regionerna egna varianter av primärvårdsförvaltningar som kan se olika ut beroende på regionens geografiska och demografiska förutsättningar.

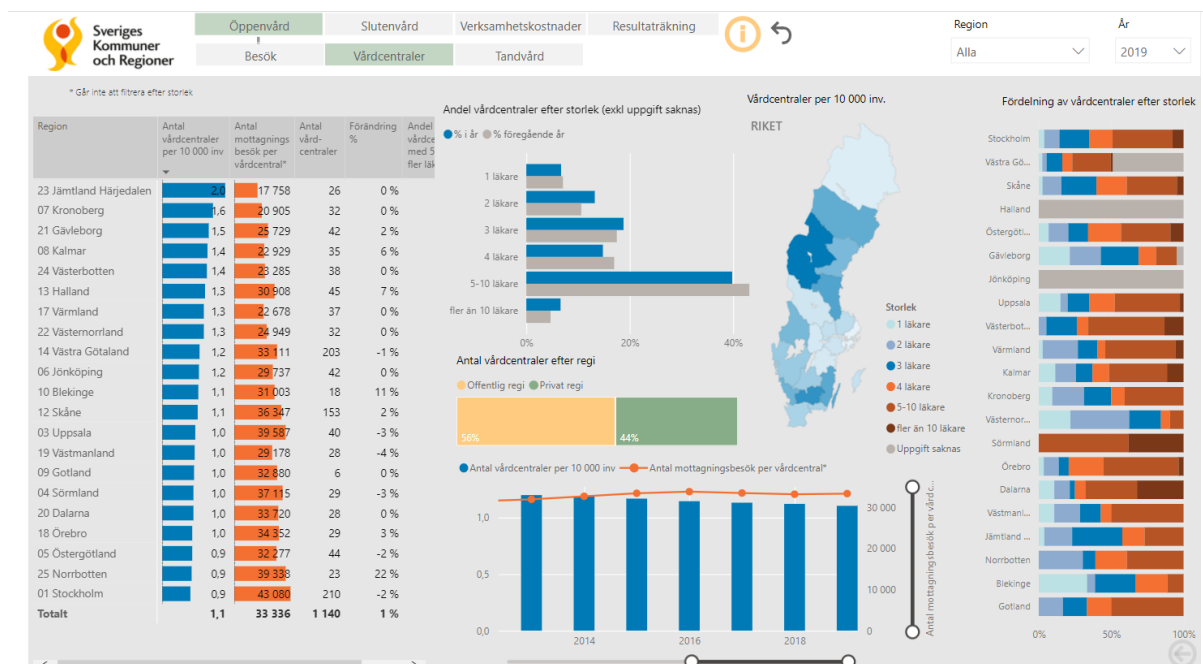


Bild 1. Fördelning vårdcentraler i Sveriges regioner 2019 (SKR, 2021).

När regionerna beskriver vad som ingår i organisering för primärvård används olika typer av definitioner och exempel – ofta under olika samlings-, eller projektnamn. Inom Region Uppsala ingår primärvården tillsammans med vårdcentraler och habiliteringsverksamhet i vad de kallar *Nära vård och hälsa*, vilket innefattar ytterligare organisationsnivåer i form av hjälpmedels- och tolkverksamhet, närvårdsavdelningar, mobila närvårdsteam och verksamheter för forskningsstöd och utbildning (Region Uppsala, 2021b). Allt detta inkluderas under målbilden *Effektiv och nära vård 2030*.

Under beskrivningen av hur Region Sörmland och dess vårdgivare ska hantera primärvård förklaras det att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet så att behov av hälso- och sjukvård hos äldre, patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning särskilt kan tillgodoses (Region Sörmland, 2020a, ss. 22-23). Personer med behov av sammansatta insatser, nedsatt autonomi, kronisk sjukdom och/eller om personen önskar, ska fast vårdkontakt erbjudas från vårdgivaren. I Region Jämtland Härjedalen sammansätts primärvården med ambulanssjukvården i ett gemensamt ansvar för den vård som sker utanför länets sjukhus (Region Jämtland Härjedalen, 2019a). Detta sägs även vara ett arbete där kommunerna i regionen ses vara de närmsta och viktigaste samarbetspartners för att få organisationen att fungera.

3.4 Privata vårdcentraler/Privata primärvårdsaktörers webbplatser

Andelen vårdcentraler i privat regi har ökat kraftigt de senaste åren, från 2007 till 2019 ökade andelen från 25 % till över 40 % där storstadsregionerna står för de större mängderna (Holmström, 2020). I Region Stockholm var det 68,1 % privata vårdcentraler 2019 i jämförelse med Region Västerbotten, som hade 13,8 % privata vårdcentraler 2019. Ser vi till det faktiska

antalet privata vårdcentraler har Stockholm 143 privata vårdcentraler, tvåa är Västra Götaland med 99 privata vårdcentraler. Lägst antal hade Gotland med två.

Antalet privatägda vårdcentraler har ökat framför allt i samband med att de olika regionerna infört *vårdval* för sina invånare, vilket region Halland var först ut med, under 2007 (Holmström, 2020).

Enligt *Vårdföretagarna* (2020) var följande företag de privata vårdgivarna med högst omsättning år 2020;

1. Capio
2. Attendo
3. Ambea
4. Humana
5. Team Olivia
6. Aleris
7. Frösunda
8. Förenade Care
9. Previa

(Vårdföretagarna, 2020)

En kort översikt via 1177 Vårdguiden visar att det även finns andra privata aktörer som driver vårdcentraler/hälsocentraler i landet men som inte finns med på ovan lista. Exempel på dessa är Unicare, Cityläkarna i Kalmar län, Achima Care (Växjö) och Praktikertjänst. Även Kry har ett antal fysiska vårdcentraler i Stockholms- och Malmöområdena. Dessa skiljer sig dock inte från beskrivningarna av bedrivande av primärvård i jämförelse med de större (främst Capio och Aleris).

Sökningarna på de privatägda primärvårdsaktörernas webbplatser gjordes på samma vis som sökningarna på regionwebbplatserna. Noterbart var att väldigt lite information gällande arbetssätt, organisation och beskrivning av primärvård fanns att finna på de besökta sidorna.

Med Gotland som den regionen med lägst antal vårdcentraler drivna i privat regi (2) och Stockholm med högst (143), är spridningen stor (Holmström, 2020). Största privata vårdaktören på marknaden är i skrivande stund Capio, med 6,2% av den totala vårdomsättningen år 2020 (Vårdföretagarna, 2020). De bedriver hälso- och sjukvård från Umeå i norr till Ystad i söder inom primärvård, kirurgi och psykiatri och använder sig av både digitala tjänster och verktyg tillsammans med fysisk vård när det behövs (Capio, u.å).

Av vad som återfunnits under webbgenomsökningen är det bland landets regioner Region Uppsala som tydligast behandlar ämnet privata vårdcentraler. Webbplatsens beskrivning av privata primärvårdsaktörer görs genom att hänvisa till de lagrum som styr produktionen inom dagens primärvård, både offentlig och privat; lagen om offentlig upphandling (2016:1145) och lagen om valfrihetssystem (2008:962) (Region Uppsala, 2018, s. 23). Utöver primärvård och specialiserad öppenvård och tandvård, användes även privata verksamheter för bedrivande av

vård i ytterligare sju områden: psykoterapi, gynekologi, katarakter, ögon, öron-näsa-hals, primär hörselrehabilitering och fotvård för diabetiker. Region Uppsala hade vid 2018 cirka 340 avtal med privata utförare inom hälso- och sjukvården samt tandvård – vilket motsvarade ungefär 34 procent av de registrerade vårdkontakter i regionen under 2017 (Region Uppsala, 2018, s. 29).

En konsekvens som noteras i relation till privatisering av vård är risken för snedfördelad etableringsgrad, där exempelvis geografiska områden med högre andel äldre och fler singelhushåll har visats sig ha en signifikant lägre attraktionskraft bland de privata aktörerna (Isaksson, Blomqvist, & Winblad, 2016). Däremot kunde en studie av Maun et al. (2015) inte finna någon signifikant skillnad mellan införandet av privata vårdcentraler utifrån socioekonomiska variabler såsom inkomst, utbildning eller arbetslöshet vilket enligt författarna kunde tyda på ett gott arbete av huvudmännen att till viss grad lyckats motverka en snedfördelning av privata primärvårdsaktörers etablering. Samma studie fann att privata primärvårdsenheter visat på högre grad av patientnöjdhet samtidigt som det inte gick att konstatera vilken typ av ägandeskap som visar på bäst resultat i en undersökning av patientnöjdhet.

3.5 Primärvårdsförvaltningar/organisering

I ett antal av landets regioner bedrivs primärvården i uttalade primärvårdsförvaltningar som delar upp regionen i mindre geografiska områden eller olika verksamhetsområden. I Region Stockholm är det Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) som erbjuder den hälso- och sjukvård som ligger under regionens regi, däribland områdena (Region Stockholm, 2021b);

- Primärvård
- Psykiatri
- Geriatrik
- Akut sjukvård i hemmet (ASIH)
- Somatisk specialistvård
- Rehabilitering
- Hjälpmedel

Mer konkret ingår i primärvårdsområdet ett ansvar för regionens vårdcentraler, husläkarjourer, barnvårdscentraler, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, mödrahälsovård samt ungdoms-, rehabiliterings-, gynekologiska specialist-, mans-, logopedmottagningar samt mottagning för sexuell hälsa.

Ett annat exempel på primärvårdsförvaltningar är uppdelningen i Region Östergötland, som organiserar primärvården genom att dela upp ansvarsområdena i tre delar, västra-, centrala- och östra Östergötland i närsjukvårdsenheter (Region Östergötland, 2020). Utifrån denna uppdelning består hälso- och sjukvården i regionen av primärvård, närsjukvård och specialistsjukvård där specialistsjukvården i de tre områdena är lokaliserade vid Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping samt Lasarettet i Motala. Även Region Norrbotten har en tydlig geografisk uppdelning inom vad de kallar för

närsjukvården (Region Norrbotten, 2020c). Regionen är uppdelad i två divisioner med gemensam ledning kallade *Division Närsjukvård Luleå-Boden* och *Division Närsjukvård Gällivare-Kiruna, Kalix och Piteå*, där den sistnämnda i sin tur är uppdelad i fyra geografiska närsjukvårdsområden (NO).

Även Region Gotland och Region Örebro län exemplifierar uppdelningen av hälso- och sjukvården i förvaltningar, där Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Gotland ansvarar för all finansierad hälso- och sjukvård på ön förutom inom elevhälsa, hemsjukvård samt särskilda boenden (Region Gotland, 2020d). På liknande vis beskriver Region Örebro län sin hälso- och sjukvårdsförvaltning med en inkludering av tre sjukhus och 29 vårdcentraler (Region Örebro län, 2020).

3.6 Samverkansavtal

I ett steg att underlätta huvudmannafördelningen och eventuell problematik med fastställande av ansvarsfördelning infördes ett länsöverskridande samverkansavtal i Region Blekinge, vilket startade som ett beslut av landstinget 2014 och gällde över 2018 till 2020 (Region Blekinge, 2017). Grunden till detta låg i den enskildes behov av vård genom en långtgående samverkan mellan kommunerna i regionen samt Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen tillsammans med primärvårdsförvaltningen. Syftet med avtalet var att bland annat;

- Identifiera de områden där det är viktigt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för målgruppen
- Fastställa ansvarsfördelning och ansvar mellan skola, socialtjänst, psykiatri, habilitering och primärvård i ett styrdokument samt hur samverkan mellan dessa ska utformas
- Klargöra grundförutsättningarna för en god vård i samverkan över huvudmannagränserna
- Vara utgångspunkt för lokala samarbetsavtal mellan huvudmännen

3.7 Vårdsystemets struktur

Vad gäller vårdstrukturens utformning [dvs vad som ska ske på vilken nivå och hur ansvar fördelas] är det främst Region Uppsala, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Värmland som beskrivit denna på sina respektive webbplatser. Som ett tydligt och konkret exempel föreslogs inom en utredning för en effektiv och nära vård 2030 för Region Uppsala följande nivåfördelning samt målbilder och struktur för regionen (Region Uppsala, 2018, s. 41).

1. Egenvård
 - a. Aktivt drivande av e-tjänster
 - b. Utveckla digitala kontaktvägar integrerat i ett kontinuitetsbaserat hälso- och sjukvårdssystem
 - c. Driva 1177 Vårdguiden och ambulansdirigering i egen regi.

2. Vård i hemmet samt mobila team
 - a. Hembesök inom ramen för primärvårdsuppdraget
 - b. Team med inriktning på specialiserad somatik och psykiatri
 - c. Mobila närvårdsteam som knyts till respektive vårdcentrum och utformas i samarbete med kommunerna
3. Närmottagningar
 - a. Tillfälliga och flexibla mottagningar på utvalda mindre tätorter alternativt mobila team
 - b. Knyts till en hälsocentral men är inte en utökning av hälsocentralens uppdrag utan ska ses som en möjlighet att öka effektivisering genom närhet och mindre patientförflyttning
 - c. Samverkansmöjligheter behöver här konkretiseras i dialog med bland annat primärvård, kommun samt patient- och brukarföreträdare
 - d. Se över behov av lokalisering av när- och mobilmottagningar för att ersätta vad som idag drivs i form av filialer till vissa vårdcentraler
4. Hälsocentraler
 - a. Vårdcentralerna i länet byter namn till Hälsocentraler och ska vara basen i den nära vården och verka inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem
 - b. Regionen ska även sikta på att införskaffa ett ersättningsystem för att uppmuntra till etablering av hälsocentraler i mindre attraktiva områden
 - c. Primärvårdsverksamheter som i dagsläget bedrivs vid Akademiska sjukhuset bör prövas för att organisatoriskt föras över till primärvård, hälsa och habilitering
5. Hälsocentraler med särskilda uppdrag
 - a. För varje kommun utses en hälsocentral som får ett ökat områdesansvar samt ett planerings- och samordningsansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet
6. Vårdcentrum med närvårdsplatser
 - a. Består av en eller flera hälsocentraler inom den aktuella ortens närområde
 - b. Planerings- och samordningsansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet
 - c. Till dessa centrum knyts vissa mottagningar för specialiserad vård och närvårdsplatser, ska även utgöra basen för de mobila närvårdsteamerna
 - d. Kan även gå under upphandling, förutsatt att den privata utföraren kan åta det utökade hälsouppdraget och sista handsansvaret
7. Närvårdsplatser/närvårdsavdelningar
 - a. Drivs i samverkan med kommunerna
 - b. Erbjuder basal laboratorieverksamhet samt röntgen och bedrivs i anslutning till vårdcentrum
8. Specialiserad vård utanför sjukhus
9. Länssjukhus
10. Riks- och regionsjukhus

Region Uppsala är samtidigt tydlig med att detta inte ska utläsas eller förstås som organisatoriska nivåer utan enbart vårdnivåer (Ibid).

Gällande de övriga regionerna har inte vårdstrukturen konkretiserats lika tydlig utefter vad som återfunnits från publika dokument och webbplatser. Region Skåne beskriver primärvårdens struktur kort och koncist med att berätta att den består av vårdcentraler, barnvårdscentraler, barnmorskemottagningar, familjecentraler, ungdomsmottagningar samt psykoterapi-mottagningar (Region Skåne, 2020b). Vården ska upplevas som sammanhållen och vårdcentralerna har ansvar för patienternas vårdprocess samt koordinering av den vård som patienterna erfar hos både den kommunala och den specialiserade hälso- och sjukvården.

Inom Västra Götalandsregionen har man valt att kalla den offentliga primärvården för *Närhälsan* sedan 1 januari 2019 (Närhälsan, 2021). Inom denna hälso- och sjukvårdsförvaltning inkluderas bland annat ansvar för barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, gynekologiska mottagningar, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, sjukvårdsrådgivning, forskning- och utveckling, smittskydd, sjukhusapotek samt sjukvårdens larmcentral.

Likt Region Uppsala återfanns en plan för vårdstruktur och vårdnivåer inom Region Värmland (dåvarande Landstinget Värmland) som planerade för följande nivåstrukturering 2015 (Landstinget Värmland, 2015);

Vårdnivå 1

- Finns nära medborgarna på flera ställen i länet
- Erbjuder uppföljningar för kroniska sjukdomar
- Vaccination, sårvård, viss receptföreskrivning etc.
- Virtuella vådrum
- Provtagningsutrustning som patienten själv kan sköta
- Möjlighet för fysiska vårdmöten
- Flexibel nivå där flera huvudmän med fördel kan dela lokaler, exempelvis vårdboenden eller andra samhällsliga aktörer
- Bemanning med exempelvis distriktssköterskor/fysioterapeuter
- Annan kompetens tillgängligt digitalt eller via mobila team
- Tillgänglig dagtid

Vårdnivå 2

- Allmänmedicinsk mottagning, samtalsmottagning, barnvårdscentral, barnmorskemottagning, ungdomsmottagning, primärvårdsrehabilitering
- Även andra specialistöppenvårdsmottagningar kan finnas i denna nivå
- Konsultation från andra kompetenser kan ske på plats eller på distans
- Distriktsläkare, distriktssköterskor, fotvårdsterapeuter, vårdadministratörer, undersköterskor, biomedicinska analytiker, barnmorskor, BVC-sköterskor, psykologer, kuratorer/psykoterapeuter och fysioterapeuter
- Tillgänglig dagar, kvällar och helger – efter befolkningens behov

Vårdnivå 3

- Basen är vårdnivå 2
- Allmänmedicinsk akutmottagning dagtid och kväll på vardagar och helger
- Vårdplatser för observation, utredning, och patienter som inte har behov av akutsjukhusets resurser
- Möjlighet till fortsatt vård med rehabilitering efter vistelse på akutsjukhus

Vårdnivå 4

- Akutmottagning öppet dygnet runt
- Medicinsk kompetens inom flera specialiteter
- Tillhörande vårdplatser samt medicinska servicefunktioner
- Möjlighet för öppenvårdsmottagningar inom andra specialiteter
- Nischning/nivåstrukturering med ansvar för alla länets patienter

Vårdnivå 5

- Innehåller länsresurser för specialiserad diagnostik och behandling, liksom förlossningsvård
- Vårdplatser för de som kräver tillgång till medicinsk kompetens inklusive akutberedskap inom andra specialiteter än vårdnivå 4
- Intensivvårdsavdelning

Sammantaget exemplifierades denna nivåstrukturering i kombination med den geografiska utplaceringen (mer om detta i följande kapitel) genom visualisering (Bild 2).

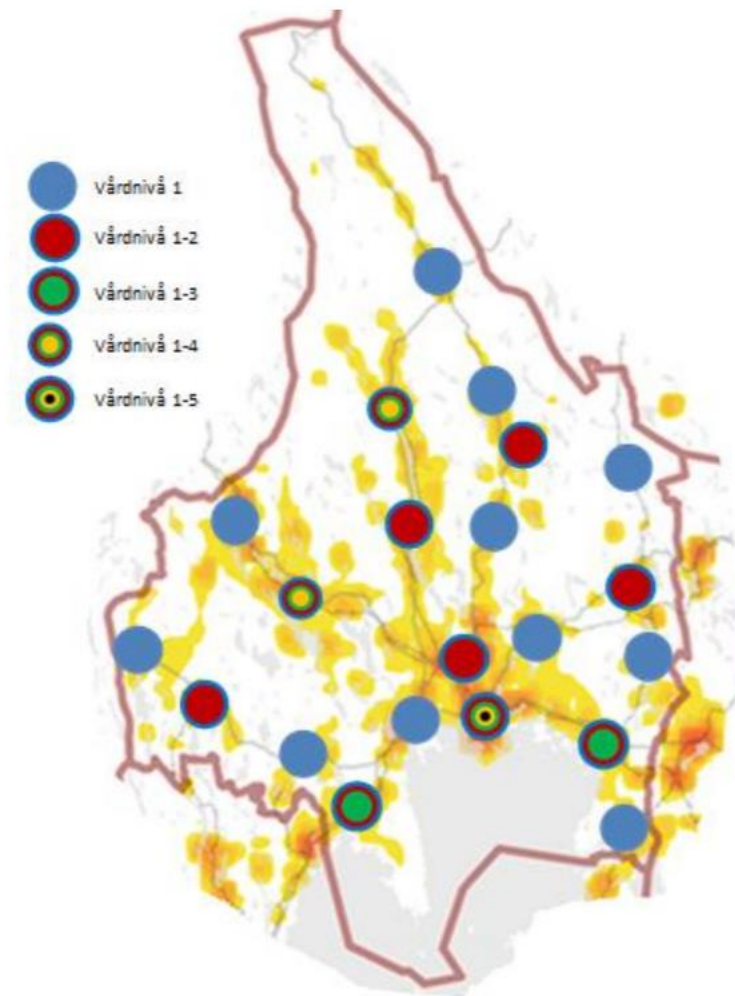


Bild 2. Utplacering av vårdpunkter Region Värmland (Landstinget Värmland, 2015).

3.8 Hemsjukvård/Digitalisering/Distansvård

I omställningen mot nära vård blir hemsjukvård i ökande grad en lokalfråga för primärvården, där även distansvård och digitala lösningar aktualiseras. Bland annat exemplifierar Region Skåne vikten av att, i samverkan mellan berörda aktörer inom primär-, specialiserad vård och de skånska kommunerna, genomföra förbättrade mobila läkarstöd till vissa prioriterade patientgrupper (Region Skåne, 2020b, s. 13). Ett steg i denna riktning är upprättande av samordnade individuella vårdplaner i samverkan med hemsjukvården. Teknik såsom distansmonitorering och annan teknisk utrustning är av vikt för att kunna erbjuda en tryggare och säkrare vård – för att kunna möjliggöra för patienter att stanna i sin hemmiljö.

Även Region Gävleborg uttrycker fokus på det digitala, och som stöd i flera olika sammanhang, som ett av flera sätt att utveckla regionens arbete med grund i en god och nära vård, där följande programområden lyfts fram för utvecklingsarbetet (Region Gävleborg, 2020):

- Digitalisering och medicinsk teknik
- Prevention och goda levnadsvanor
- Digitala vårdmöten
- Digitala vårdrum
- Hälsocentral
- Närvårdscenter
- Specialiserad sjukhusvård

Vad gäller de digitala vårdrummen uttrycker region Gävleborg att det planeras för regionöverskridande nätverk av digitala vårdrum som ska vara lokaler strategiskt lokaliserade i bygderna. Ett digitalt vårdrum i detta sammanhang är ett rum där en patient kan koppla upp sig mot vården på distans, ha viss utrustning för självmonitorering etcetera.⁸ Dessa ska sedan upprätthålla en adekvat utrustning och tillhandahålla en stabil internetuppkoppling samt personal. Här krävs enligt regionen en intensiv samverkan med länets kommuner för att finna och bemanna lämpliga lokaler. Dessa digitala vårdrum ska därefter samspela med länets hälsocentraler och andra digitala lösningar samt med närvårdscentra på närmsta större ort samt den specialiserade sjukhusvården (Ibid).

Bland landets mest glesbefolkade regioner går även att återfinna beskrivningar av digitalisering och virtuella vårdrum, där Region Jämtland Härjedalen får agera exempel utifrån inhämtad information från webbplatser. Här har det utvecklats virtuella akutrum i Härjedalen, samt de jämtländska orterna Kälarne, Hallen och Hammarstrand (Region Jämtland Härjedalen, 2018a). I dessa akutrum kan sköterskor och patienter koppla upp sig mot en läkare som befinner sig på annan geografisk plats och med hjälp av dessa rum kan de hantera de vanligaste förekommande besvären under jourtid i primärvården. Finns det behov av mer avancerad vård som kräver annan utrustning så går det att komplettera dessa rum – det är ett ständigt utvecklingsarbete som kommer drivas av de behov som uppstår. Fler akutrum var vid detta dokumentets utlåtande planerade i Föllinge och Strömsund.

En primärvårdsreform i Ontario, Kanada, där en mer tillgänglig, sammanlänkad och patientcentrerad vård i form av ett pilotprojekt med hälsocenter i mer avlägsna delar av provinsen och utökad hemsjukvård har visat på goda effekter i patientnöjdhet, kvalitetssäkerhet och finansiell systemeffektivitet (Newbery & Malette, 2021).

3.9 Fastigheter; geografisk lokalisering och lokalutformning

Landets regioner har skilda demografiska och geografiska förutsättningar, vilket har stor effekt på hur lokalisering av primärvård och hälso- och sjukvård blir. Hur dessa behandlas och kommuniceras utåt från respektive regions webbplats skiljer sig också, vilket gör att följande avsnitt enbart behandlar ett axplock av regioner utifrån tillgänglig information. Främst vad

⁸ Ett digitalt vårdrum är en term som kan ha flera betydelser, det kan vara ett faktiskt rum med utrustning som är uppkopplad, det kan också i överförd bemärkelse vara ett rum som skapas tillfälligt när man är uppkopplad mot vården.

gäller lokalisering är det därför svårt att kunna ge en entydig bild och bör därmed läsas igenom som exempel på hur vissa regioner valt att hantera eller förhålla sig till sin fysiska plats. Det finns även exempel på forskningsstudier som testat att systematisera den geografiska placeringen av primärvårdsservice med god framgång (se exempelvis Goodman, et al., 2003; Zhou, Bai, & Lou, 2018). Andra studier har funnit att det finns ett högt värde av att inte bara se till lokaliseringen geografiskt utan även se distribuerad lokalisering som ett sätt att hantera distribuerad kapacitet både avseende tid och plats. Även ett serviceperspektiv där vården betraktas som en integrerad i annan samhällelig service för att till exempel uppnå utökad vårdservice i form av tillgänglighet (såsom vårdenheter i anslutning till exempelvis köpcentra) kontra styrning bara baserat på geografisk täckning (Griffin, Scherrer, & Swann, 2008).

Lokalisering

I ett förstärkt geografiskt hälsouppdrag, i vilket då ingår en bred ansats avseende hälsovård, i Region Uppsala uttryckte man att särskilda hälsosamordnare tillsammans med andra aktörer i området ska jobba uppsökande med insatser för invånare som riskerar framtida ohälsa (Region Uppsala, 2021f). Detta är ett exempel på hur regionerna behandlar geografisk lokalisering av sitt primärvårdsuppdrag och liknar det sätt som exempelvis även Region Östergötland behandlar frågan;

”Utifrån medborgarnas behov ska Region Östergötland säkra att tillgång till hälso- och sjukvård tillgodoses på ett geografiskt tillfredsställande sätt. För att uppnå detta är utgångspunkten att det ska finnas vårdcentralverksamhet/ primärvård inom varje kommun. Detta gäller särskilt i de fall då vårdcentralen är den enda vårdgivaren i en kommun. Om det av någon anledning inte är möjligt eller lämpligt att få till stånd eller upprätthålla en etablering enligt ’Regelboken för Auktorisation’ eller av ekonomiska skäl, åvilar det Region Östergötland att tillse att ett tillfredsställande utbud av primärvård, trots detta kan etableras och därvid pröva de olika möjligheter som kan stå till buds, inklusive egenregidrift, upphandling med mera.” (Region Östergötland, 2019, s. 35).

Region Östergötland fortsätter beskrivningen av lokalisering genom att ta upp att inom större kommuner bör befolkningens tillgång till vård vara balanserad utifrån invånarnas behov, vilket kan innebära behov av fler vårdcentraler inom områden. De menar att risken för att kommunerna tilldelas för få vårdcentraler utifrån detta synsätt är liten, samtidigt som det också uttrycks ur ett verksamhetsperspektiv att det vore önskvärt med ett mer geografiskt balanserat utbud.

Inom Region Blekinge koncentreras den vård som av kompetens-, kvalitets- och ekonomiska skäl inte kan bedrivas som närsjukvård till färre utbudspunkter – med andra ord koncentreras viss typ av vård till en utbudspunkt inom Blekinge, men kan även koncentreras i annan region inom ramen för vårdssamverkan (Landstinget Blekinge, 2016). Det används även en princip inom regionens närsjukvård för att kunna skapa centrum på ett urval av platser och kunna erbjuda en samlad hälso- och sjukvård utformad efter de behov som finns lokalt (Region Blekinge, 2020). Exempel på detta kan vara familjecentraler med samlad verksamhet från

exempelvis barnhälsovård och mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst inom områden med särskilt socialt och ekonomiskt utsatta områden.

Den tydligaste planen för lokalisering återfanns på Region Värmlands webbplats, där en *Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård i Landstinget i Värmland* beskrev en plan för hur olika vårdnivåer och geografisk tillhörighet utifrån ett antal principer, skulle styra och påverka placeringen av fasta vårdutbudspunkter inom länet (Landstinget Värmland, 2015).

- Utbudspunkten ska finnas inom ett visst avstånd vilket är en kombination av kilometer och tid. Ju mer avancerad vård det gäller desto längre transporter kan försvaras. Beräkningen av detta är baserad på befolkningsfördelning och befintligt vägnät inom regionen.
- Hänsyn tas till nuvarande utbudsplaceringar, där det inte är kostnadsmässigt försvarbart att flytta på exempelvis sjukhus.
- Ett visst befolkningsunderlag krävs för att ha tillräckligt hög frekvens och därmed kvalitet – det går inte att erbjuda all form av vård överallt inom regionen. Samtidigt ska placeringen av utbudspunkterna inte enbart utgå ifrån befolkningensmängd då det skulle resultera i att de södra delarna av regionen blir överrepresenterad och de norra delarna av regionen får alldeles för långt till sin vård

De olika vårdnivåerna som skulle erbjudas av regionen var enligt följande: ”Förslaget presenterar ett antal flexibla vårdnivåer med olika tjänsteinnehåll. Dessa vårdnivåer ska inte förväxlas med en fysisk byggnad eller organisatorisk enhet utan vilken vård som behöver finnas i ett område” (Landstinget Värmland, 2015, s. 23).

Till detta tillades att det digitala utbudet ska finnas överallt, vilket ska vara en självklarhet. Det ska vara nåbart från både bostad och fysiska utbudspunkter. Samtidigt behöver inte dessa utbudspunkter vara detsamma som fysiska byggnader utan kan rent praktiskt fördelas på flera fysiska platser. Administrativa gränser är borttagna från denna utvecklingsplan, där utbudsplacering inte är baserad på kommunindelning. Även regiongränser kan överskridas där värmlänningar erbjuds vård tillhandahållen av Karlskoga/Örebro ifall så önskas. Dessa vårdpunkter kan bedrivas i såväl regional som privat regi.

I egenskap av region med hög turismnäring finns även särskilda sommarmottagningar i Visby inom egenregi som finansieras av utomlänsintäkter för att klara tillströmningen av besökande (Region Gotland, 2020c, s. 15).

Lokalutformning

När det kommer till utformningen på lokaler samt anpassningar av den fysiska lokalen för exempelvis tillgänglighet har Region Sörmland och Region Gotland delgivit information på sina respektive webbplatser. Bland annat beskrevs Region Sörmlands krav på lokaler för hälso- och sjukvård för vårdgivare på följande sätt:

”Vårdgivaren ska ha för vårdcentralen säkra, ändamålsenliga och verksamhetsanpassade lokaler, enligt ”Checklista för lokaler och fysisk tillgänglighet” (bilaga 1.2). Lokaler ska vara utformade så att vården av

patienterna kan ske med full respekt för individens integritet och ostördhet samt vara tillgängliga för personer med alla typer av funktionsnedsättningar. Lokalerna ska även vara anpassade för barn. Hälsovalsstaben kan vid behov anlita extern expertis för att säkerställa att lokaler uppfyller ovanstående krav. Vid betydande lokalförändringar ska Hälsovalsstaben kontaktas för godkännande. Om vårdgivaren byter adress på mottagning ansvarar vårdgivaren för kostnader som uppstår till exempel nätdragning, konfigurationer i datasystem etc.” (Region Sörmland, 2020a, ss. 13-14).

Vidare finns tillgängligt den checklista regionen använder sig av för lokalanpassning och tillgänglighet kallad *Bilaga 1.2 Checklista för lokaler och fysisk tillgänglighet* (Region Sörmland, 2021). Häri beskrivs de krav regionen har på sina primärvårdslokaler och som utgår från Boverkets byggregler, föreskrifter och allmänna råd. Checklistan innefattar både riktlinjer gällande utformning av RWC (handikapptoaletter) samt inre och yttre miljö.

Kring den yttre miljön ingår följande fysiska lokalpunkter i checklistan:

- Handikapparkering
- Av- och påstigningsplats
- Gångstråk
- Ramp

Entrén ska utformas enligt följande punkter:

- Skyltning
- Dörr
- Manöverdon för dörröppning
- Kontrastmarkering
- Tröskel

Och slutligen den inre miljön, som innefattar dessa punkter;

- Reception
- RWC – tillgänglig toalett
- Vänttrum
- Trappor
- Hiss
- Brandskydd

Dessa punkter skiljer sig sannolikt inte speciellt från andra regioners krav på lokalutformning och tillgänglighetsanpassning och kan ses representera en generell utgångspunkt. Region Gotland beskrev sina krav på lokalutformning genom att notera att ”vårdenhetens lokaler ska vara anpassade för den typ av verksamhet som uppdraget avser och vara utrustade så att medicinska och andra krav för att tillgodose barns och vuxnas behov av en god och säker miljö, integritet och ostördhet, samt ha god tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning”

(Region Gotland, 2020c, s. 13). Därtill beskrivs det att enheten ska vara tillgänglig genom allmänna kommunikationsmedel samt ha tillgång till närliggande parkering.

3.10 Intressanta exempel att studera

Nedan redovisas ett antal exempel som illustrerar olika aktiviteter och projekt relevanta för denna förstudie. De är regionala exempel som sammantaget visar på en stor bredd i hur regionerna prövar olika lösningar.

Samarbete med forskning/utbildning

Utifrån kartläggningen av regionernas webbplatser har det framkommit att åtminstone två regioner har uttalade samarbeten mellan primärvård och akademi, där Region Stockholm bedriver något som de kallar för *Akademiska vårdcentraler*, vilket är ett nätverk där framtidens primärvård byggs genom en kombination av utbildning, forskning och utvecklingsarbete inom primärvården i en vardaglig basis på vårdcentralerna (Region Stockholm, 2021a). Bakom detta initiativ står, förutom regionen, Karolinska institutet, högskolorna Ersta Sköndal, Röda Korsen och Sophiahemmet. Sedan januari 2015 gick *Akademiska vårdcentraler* in i det då nybildade *Akademiskt primärvårdcentrum* tillsammans med delar av Centrum för Allmänmedicin (CeFAM).

Även region Kalmar län har uttalat samarbete med akademien, i detta fall handlar det om vetenskapligt stöd i omställningen till nära vård där regionens vård utvecklas i nära samarbete med Linnéuniversitetet och Karolinska Institutet (Region Kalmar län, 2019a, s. 6). Ett av syftena med detta samarbete är att nå både lång- och kortsiktig kvalitetssäkring av omställningen och oberoende granskning av resultatet.

Hyroberoende vård – egna resurser som utgångspunkt

En punkt som återkommer inom de olika regionerna är en vilja att bedriva en hyroberoende vård, en vård som inte är beroende av inhyrd personal och som baserar sin verksamhet på tillgängliga resurser. Tydligaste uttalade projekt som finns att tillgå via webbplatser finns i region Kronoberg och Region Gotland. *Hyroberoende vård* är ett initiativ som bedrivs i samarbete med andra regioner samt med SKR och görs med avsikten att alla inom regionen ska kunna få en god hälso- och sjukvård både i dagsläget och i framtiden (Region Kronoberg, 2020a). Initiativet handlar även om att stärka arbetsförhållanden för vårdpersonalen, arbetsliv i balans, även om regionen är medveten om att detta medför risk för ökade väntetider och utmaningar för vården på kort sikt.

Mer konkret har denna satsning inneburit följande förändringar inom Region Kronoberg:

- Översyn av arbetsfördelning och arbetssätt i varje verksamhet för att ta bättre hand om befintliga kompetenser
- Kraftsamla för det vårdnära arbetet och prioritera utbildning och administrativa uppdrag
- Stötta de verksamheter som i dagsläget har högst grad av hyrpersonal (där vårdcentraler lyfts tillsammans med dygnet runt-verksamheter)
- Se över operationskapaciteten i länet

Med liknande bakgrund – för att bland annat minska behoven av personalinhyrning, använde sig Region Gotland av en arbetsmodell som de kallade för 80/20 mellan september 2019 och februari 2020 (Region Gotland, 2020a). Denna modell grundar sig i omställningen till nära vård där primärvårdens ses som sjukvårdens första linje och där rätt vård och rätt kompetens ska ges (Region Gotland, 2020b). I bakgrunden/syftet med arbetsmodellen skriver Regionen att ”Det är nödvändigt att läkare i primärvården har en bred kompetens och att de bereds möjlighet att inom ramen för sin yrkesutövning kunna pröva nya arbetssätt för att utveckla arbetet inom primärvården här på Gotland, både inom läkarkåren och i samarbete med andra yrkeskategorier samt andra vårdgivare” (Region Gotland, 2020b).

Arbetsmodellen testades på två vårdcentraler i regionen, Wisby söder och Visby norr, med 5 deltagande allmänläkare. Dessa erbjöds att lägga 20% av sin ordinarie arbetstid som utvecklingstid genom utbildning i systematiskt förbättringsarbete (Region Gotland, 2020a; Region Gotland, 2020b). Utvärderingen av modellen visade på att deltagarna uppfattat att arbetssättet bidragit till att skapa en attraktivare arbetsmiljö för att behålla och rekrytera läkare i allmänmedicin, de trodde över lag på modellen och att den stimulerade för kompetenshöjning (Region Gotland, 2020b).

Samverkanslösningar

Inom landets regioner finns ett flertal exempel på framgångsrika, nystartade eller långt gångna samverkanslösningar inom primärvården. Utifrån vad som tydligast kommunicerats vid genomgång av webbplatser är det samverkans exempel i Södra Dalarna samt mellan region Kalmar län och Oskarshamns kommun som här presenteras.

Under 2005 startades ett samverkansprojekt i södra Dalarna som kallades för *Projekt Armkrok* med syftet att utforma en samverkan med fokus på en samordnad vård för de äldre multisjuka över 75 år (Region Dalarna, 2019). Projektet gällde för de boende i det södra närsjukhusområdet och mynnade ut i arbetsgrupper bestående av närsjukvården, Avesta och Hedemora kommun. Tillsammans arbetade det för en samordnad vårdplanering, en sammanhållen hemvård, förbättrade rutiner och funktioner och utvecklad tillgänglighet och kontinuitet. Detta mynnades sedermera ut i en gemensam verksamhetsplan 2007 och i slutändan samverkansforumet *Hand i Hand*.

Hand i Hand ska ”genomsyra det vardagliga kvalitetsarbetet i södra Dalarna” (Region Dalarna, 2019, s. 3), där verksamhetschefer från Region Dalarnas Lasarett och vårdcentraler i Avesta,

Långshyttan och Hedemora tillsammans med representanter från privata vårdgivare och Avesta- och Hedemora kommun samverkar i en forumsform. Forumet har presenterat följande delmål i verksamhetsplanen;

1. Sammanhållen vård och omsorg
2. God läkemedelsbehandling för äldre
3. Preventivt arbete
4. God vård i livets slut
5. God vård vid demenssjukdom
6. God psykisk hälsa för äldre
7. E-hälsa
8. Nära vård

Även i Region Kalmar län har det startats samverkansforum för förbättrad samverkan. Sedan våren 2017 finns en digital plattform kallad *Oskar* inom regionen med syftet att skapa en sömlös och nära övergång mellan region och kommun för invånarna (Region Kalmar län, 2019c).

Samlokalisering

Ett flertal exempel på samlokaliseringslösningar inom hälso- och sjukvården går att finna på flera regioners webbsidor och ett par exempel har varit tydligare beskrivna. Inom Region Gävleborg arbetar man aktivt med så kallade *Hälsotorg* och i september 2020 öppnades det tredje i ordningen i Gävle Strand (Region Gävleborg, 2020b). De två tidigare hälsotorgen är lokaliserade i Hudiksvall och i Gävle. Dessa *Hälsotorg* erbjuder invånarna i regionen bland annat utbildningar, gruppstöd och enskilda hälsosamtal. Det erbjuds vårdvägvisare för att hjälpa invånarna med information. Uppgiften för dessa torg är att arbeta proaktivt och förebyggande mot ohälsa genom primär- och sekundär prevention. Genom att förbättra invånarnas generella hälsa är syftet att underlätta för redan sjuka personer att få ett så pass friskt liv som möjligt och utifrån detta fyller hälsotorgen en funktion för regionen att komma närmre befolkningen. Det erbjuds även digitala vårdlösningar inom hälsotorgen där invånare kan få hjälp att delta i gruppaktiviteter samt individuella samtal via Skype, och patienter kan få stöd att ansluta till dessa möten inom hälsotorgen (Ibid). Det finns planer på att utöka antalet hälsotorg i regionen. Lokaliseringen av dessa hälsotorg skiljer sig, exempelvis finns torget i Hudiksvall och Gävle inom entrén på de lokala sjukhusen samtidigt som ett ligger i Tullhuset i Gävle (1177 Vårdguiden, u.å).

Region Östergötland har också samlokaliseringsinitiativ i form av *Vårdcentrum Finspång*, invigt 14:e januari 2021 – ett centrum som samlar flera olika verksamheter under ett och samma tak (Region Östergötland, 2021a). Verksamheterna öppnade redan under december 2020 och inkluderar förutom vårdcentral även mottagningshotell, rehabiliteringsmedicinsk avdelning och slutenvård för ineliggande patienter. I mottagningshotellet finns rum där läkare från

specialistkliniker tar emot patienter under vissa dagar i veckan. I receptionen används självbetjäning som lösning för att underlätta för patienterna.⁹

Samlokaliseringslösningar finns också att inspireras av inom Region Uppsala, där de använder sig av så kallade *Vårdcentrum* som agerar noder för samling av kommunala och regionala kompetenser i syfte att ge invånarna tillgång till en samordnad och sömlös vårdupplevelse (Region Uppsala, 2021e). De första av dessa vårdcentrum är planerat att öppna under 2021 i Uppsala samt i Tierp,¹⁰ där fokus främst ligger på tre målgrupper; äldre med komplexa behov; vuxna; barn samt unga vuxna med psykisk ohälsa. Syftet med dessa samlokaliseringar är även att kunna inkludera andra aktörer som ingår i den *Nära vården* under dessa noder. Detta kan vara exempelvis vård i hemmet, vårdcentraler, socialtjänsten, elevhälsan och verksamheter inom den ideella sektorn. Regionen har sedan tidigare lokaliserat tandvårdsförvaltningen i nära anslutning till vårdcentraler och har uttryckt intresse av att även inkludera tandvården till vårdcentrum (Region Uppsala, 2019, ss. 22-23). Tankar på att samlokalisera i form av delade personalutrymmen, gemensamma receptioner och gemensamma väntrum har även kommit upp som förslag. Samtidigt finns med detta risker att patientgrupper med olika sjukdomsbilder blandas och kan smitta varandra, då patienter på en vårdcentral ofta är sjukare än exempelvis tandvårdspatienter.

Digitalisering

I landets regioner pågår utvecklingen av den digitala vården på många fronter, dels följer den samhällsutvecklingen i stort, men mer specifikt som en del av omställningen till nära vård och med ökad tillgänglighet till kontakt med vårdens aktörer.

Digitaliseringen är även en effekt av Covid-19, som till stor del tvingat hälso- och sjukvården att utvecklas och anpassa sig efter förändrade förutsättningar. Som ett steg i övergången mot en *Nära vård* har det i Mjärdevi (Linköping) öppnats en röntgenhet som med digitaliseringens hjälp underlättar kommunikation och information inför och vid själva besöket (Region Östergötland, 2021b). Den digitala delen av denna röntgenhet innebär att hela kommunikationsstödet är digitaliserat, allt från att patient kallas fram till och med besök, finns tillgängligt via patientens mobiltelefon. Ankomstregistrering görs via en digital terminal för att kunna korta ned väntetider och undersökningstider utan att för den skull försämra kvalitén på vården.

Även Region Västernorrland har ett stort fokus på digitalisering som ett utvecklingsområde för sjukvården och i synnerhet primärvård. Projektet *Digga hälsovård* är ett sätt för regionen att arbeta mot visionen, beskrivning nedan;

⁹ Se för ytterligare information <https://healthpolicy.se/2021/04/22/nar-nara-var-d-blev-framgang-i-finspang/>

¹⁰ Se för ytterligare info: <https://region uppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnabbat/lista-nyhetsbrev/uppsnabbat-2020/regionstyrelsen-den-29-september/var-dcentrum-i-tierp-genomfors/>

”År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.” (Region Västernorrland, 2020a).

Detta projekt har som syfte att förbättra tillgängligheten i form av kontakt och besöksmöjligheter för patienter och personal samt underlätta för vårdarbetet samt utöka erbjudandet av patientsäker vård till fler invånare på ett kostnadseffektivt sätt. Detta projekt är ett samarbete mellan regionen, Mittuniversitetet och Premicare,¹¹ är delfinansierat av Tillväxtverket och har en planerad projekttid mellan 2018 och 2021. Utifrån syftet med projektet arbetas det utifrån följande delmål (Region Västernorrland, 2020b);

- Minst 10 digitala tjänster etablerade och utvecklade för att öka tillgängligheten till offentlig och privat vård
- Ökad kompetens vid hälsocentralerna för att förbättra kapaciteten och effektiviteten genom införandet av digitaliserad hälsovård
- Ökad kompetens för vårdsökare att använda digitala tjänster i vården
- Minskat behov av transporter vid vårdbesök
- Ökad jämställdhet, jämlikhet, och icke-diskriminering inom vården

Detta ämnas sedan nås och utvärderas via följande delprojekt (Region Västernorrland, 2020c);

- Digital bedömning
- Digitala väntrum
- Digitala undersökningar
- Digital kompetens

Region Norrbotten erbjuder sina invånare en webbaserad informationstjänst kallad *Digitalen* där de kan logga in med BankID och personnummer och få tillgång till chatt med vårdpersonal (Region Norrbotten, 2020b). Funktionen är tillgänglig dygnet runt och har för avsikt att hjälpa patienter/invånare med svar på frågor kring vård, förberedelser kring vårdbesök och kontakt med hälsocentraler. Vardagar mellan 07:30-16:00 går det även att få direkt kontakt med den hälsocentral personen är listad hos. Ifall kontaktpersonen från Digitalen inte kan hjälpa patienten helt via webben, hjälper de även till att boka personen vidare till hälsocentral för exempelvis prover eller fysisk undersökning.

Region Skåne arbetar för närvarande med att utveckla ett nytt digitalt vårdsystem med avsikt att tas i bruk under hösten 2021 (Region Skåne, 2020c). Tanken är att knyta samman vården i hela länet genom att ha ett gemensamt arbetssätt och ett överskridande IT-system för att underlätta patienternas kontakt med vården. Systemet går under namnet *Skånes digitala vårdssystem (SDV)* och sätts även in för att uppgradera de gamla IT-systemen som i vissa fall inte hänger ihop med varandra. Mer konkret innebär systemet en utveckling av ett nytt

¹¹ Premicare, en privat aktör som driver hälsocentraler. Premicare – primärvård (...)

gemensamt journalsystem som i förlängningen också ska förenkla processen att skicka ut provsvar och remisser till patienter.

Förändrade öppettider

Flera regioner uttrycker ett behov av att utöka öppettider inom primärvården med syfte att förbättra tillgängligheten, öka samlokaliseringmöjligheterna och samla primärvårdsinstanser samt andra samhällsliga funktioner. I slutdelrapporten från 2019 kontextualiserade Region Uppsala behovet på följande sätt;

”Närvårdsavdelning på vårdcentrum föreslås vara öppen dygnet runt för akuta inläggningar. Vilka öppettider som behövs för övriga verksamheter på vårdcentrum behöver bedömas utifrån behov och demografi och kommer därför att se olika ut beroende på vart i länet vårdcentrumet är lokaliserat. Projektet bedömer i dagsläget att det inte kommer att vara behov av att ha öppet dygnet runt på framtida vårdcentrum.” (Region Uppsala, 2019, s. 20)

Förbättrad tillgänglighet genom förändrade öppettider uttrycktes även av Region Sörmland (dåvarande Landstinget Sörmland) under styrdokumentet *Framtidens hälso- och sjukvård 2.0* (Landstinget Sörmland, 2017). Bland annat sades att hälso- och sjukvården ska ha en hög tillgänglighet och anpassa mottagningstider samt utveckla tidbokning och webbtjänster utefter de behov och önskemål som patienterna inom regionen har. Det beskrivs även att primärvården har ett dygnet runt-ansvar och att vårdcentralerna inom regionen solidariskt ska dela på jour och beredskap utifrån antalet listade personer (Region Sörmland, 2020a, s. 25). Det åligger också ett ansvar på primärvården att ha läkare i beredskap under hela dygnet.

Liknande uttrycktes för Region Gotland, där vårdenheter inom regionen ska tillhandahålla läkarbemannad mottagning minst 40 timmar per vecka samt vara tillgänglig för patienter samma dag som kontakt tas antingen via telefon, digitalt, besök på mottagning eller efter bedömning, vid hembesök (Region Gotland, 2020c, s. 12). Övrig tid ska jour- och beredskapsverksamhet upprätthållas utefter de lokala beslut som finns samt Hälso- och sjukvårdsförordning.

4. Intervjuer och enkät

I detta kapitel redovisas intervjuer och enkätdata integrerat för att belysa frågeställningar kring primärvård och vårdcentraler.

4.1 Nuläge och aktuella förutsättningar

Intervjuerna inleddes med att låta deltagarna beskriva nuläget i respektive region och vilka aktuella utvecklingsprojekt som fanns kopplade till primärvården och primärvårdslokaler specifikt. Utgångspunkten var att också fånga status på nuvarande primärvårdslokaler samt

vilka eventuella åtgärder som är aktuella. Detta fördjupades sedan genom att diskutera för regionerna aktuella frågor som fanns kopplade till primärvårdslokaler.

Eftersom Sverige är ett långt land med olika förutsättningar i olika delar av landet innebar denna fråga att svaren emellanåt var tydligt regionalt kopplade, men även att det framkom gemensamma nämnare. Genomgående pratades det om omställningen till Nära vård och vad det kan komma att betyda för primärvården och dess lokaler. Lärdomar från verksamhet under Covid-19-pandemin var också ett område som återkom som en aktuell fråga, både gällande primärvårdsbestånd samt möjligheter till flexibilitet och anpassning inom primärvården att möta ett förändrat vårdbehov. På en mer lokal nivå diskuterades geografiska och demografiska förutsättningar och vad dessa innebär för respektive regions utbud och behov av primärvård, både lokalmässigt och verksamhetsmässigt.

Liknande frågor ställdes i enkäten, där en övergripande frågeställning avsåg hur lokalerna stödjer dagens primärvårdsverksamhet (tabell 4), vilket ombyggnads- och renoveringsbehov som identifieras för primärvårdslokalerna inom respektive region (bild 4) samt vilka faktorer som är de huvudsakliga orsakerna till detta behov.

Lokaler som stödjer verksamhetens behov

En förutsättning för att en effektiv vård ska kunna bedrivas inom primärvården är att lokalerna är utformade för den verksamhet som bedrivs däri. Därför ställdes frågan ”hur väl upplever du att era primärvårdslokaler stödjer dagens verksamhet?” vilket 35 representanter besvarade. Frågan besvarades i form av en likertskala¹² med svarsalternativ mellan ett och fem, där ett stod för ”en låg eller till ingen grad” och fem motsvarade ”till hög grad”.

Tabell 4. Hur väl upplever du att era primärvårdslokaler stödjer dagens verksamhet?

	Antal	Procent
1	1	2.86
2	2	5.71
3	24	68.57
4	7	20.00
5	1	2.86
Total	35	100.00
Medelvärde	3,14	

Majoriteten, 68,57 % av de svaranden rankade att deras primärvårdslokaler stödjer dagens verksamhet till en trea, vilket kan tolkas som att de fungerar någorlunda bra men att

¹² Likertskalor används ofta vid redovisning av enkäter, de är ofta skalor som är värderingsbaserade.

förbättringspotential finns. Av de resterande svaren var det 22,86% som klassade dagens primärvårdslokaler som en fyra eller femma, respektive 8,57% som menade att lokalerna till relativt låg grad stöder dagens verksamhet. Medelvärdet för denna fråga låg på 3,14 vilket kan tolkas som att lokalerna är övervägande ”bättre” än någonting mittemellan. Dessa svar kan tolkas på olika sätt, antingen som att dagens primärvårdslokaler är övervägande funktionella och att de, genomsnittligt, stödjer verksamheten som bedrivs i dem. Detta gäller då oavsett om lokalerna är nya eller äldre. En annan tolkning är att se resultatet från denna enkätfråga som att den visar på en problematik då lokalerna inte stödjer verksamheten till bästa möjliga grad.

Behov av renovering och ombyggnad

Till följd av frågan avseende i vilken grad primärvårdslokalernas stödjer dagens verksamhet utvecklades resonemanget genom att undersöka hur stort renoverings- och ombyggnadsbehovet upplevdes vara. Denna fråga besvarades av 31 personer (74%) och svarades genom att uppge andelen i procent av respektive regions primärvårdslokaler som anses vara i behov av renovering eller ombyggnad i dagsläget.

Medelvärdet på svaren var att 55,8% av primärvårdslokalerna har ett renoverings- eller ombyggnadsbehov och fördelningen var någorlunda normalfördelad med ett spann mellan 10% och 100%. Noterbart var fördelningen inom de regioner som representerades av fler än en deltagare, de uppvisade ett tydligt högre renoverings- och ombyggnadsbehov bland primärvårdslokaler (snittvärde på 75%), med fem respektive tre svarande representanter.

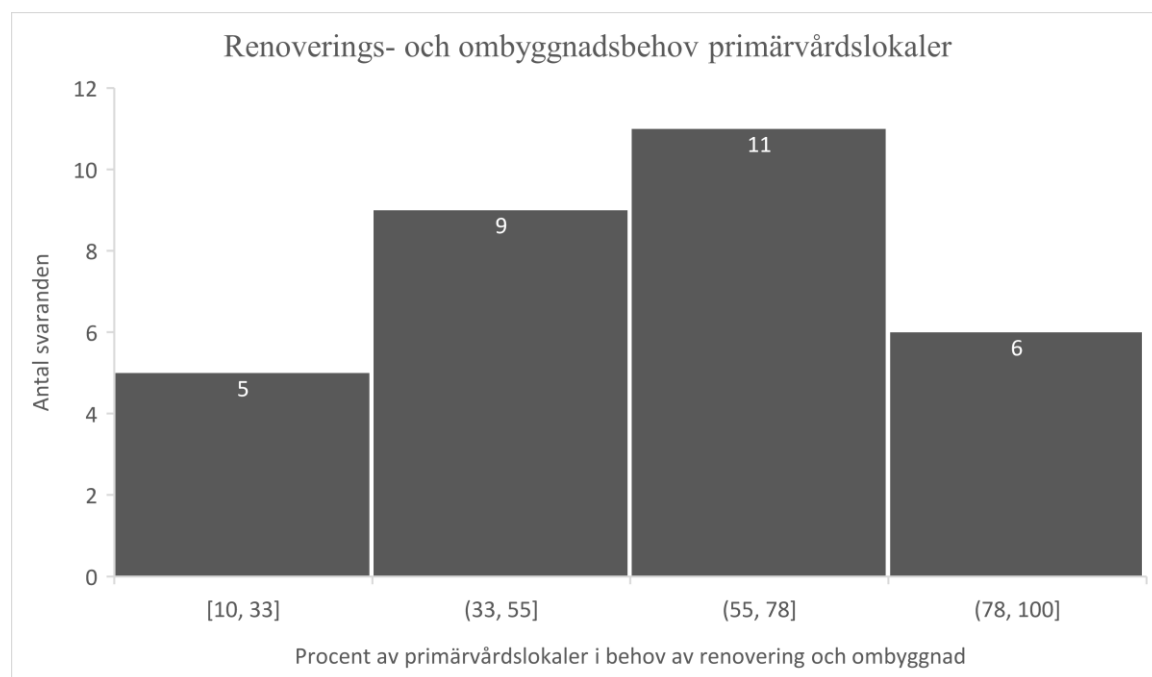


Bild 4. Hur stor andel (%) av era primärvårdslokaler anser du vara i behov av renovering eller ombyggnad i dagsläget? (Antal svaranden och bedömt behov i %)

Renoverings- och ombyggnadsbehovet inom primärvårdslokaler kan sammanfattas som generellt högt, men med en hög variation mellan regionerna. Detta kan även utvecklas genom

att se till vilka huvudsakliga områden som är orsak till renoverings- och ombyggnadsbehovet, vilket besvarades av 35 representanter. Majoriteten (51,43%) menade att behovet var fastighetsrelaterat, 37,14% menade att det var huvudsakligen verksamhetsrelaterat i form av exempelvis en ny funktion eller organisation som styrde renoverings- eller rombyggnadsbehov. Resterande 11,43% menade att det var en kombination av fastighetsrelaterade och verksamhetsrelaterade orsaker som tillsammans påverkade behovet av renovering och/eller ombyggnation (8,57%) samt lokalförändringar i relation till IT (2,29%).

En kort analys av detta är att svaren någorlunda återspeglar fördelningen av representanter i enkätundersökningen, där 70% kommer från fastighetsidan och 30% från vårdverksamhetsidan. Det är därmed inte otänkbart att svaren återspeglar den typ av verksamhet som svaranden representerar och är mest involverad i. En korstabulering av svaren på denna fråga fördelat på representationen visar däremot på att detta inte stämmer. Samtliga representanter från vårdverksamheten menade att renoverings- och ombyggnadsbehovet antingen var fastighetsrelaterat eller en kombination av fastighetsrelaterat och vårdverksamhetsrelaterat.

Nära vårds påverkan på primärvårdens lokalbehov

Som noterat tidigare i denna rapport är Nära vård en viktig förändring att ha med i beräkningen när primärvården och dess lokaler utvecklas. Exakt vad omställningen till Nära vård innebär för sjukvården och dess lokaler är en fråga som succesivt utvecklas, vilket bland annat behandlats i rapporten om Regioners arbete med vårdlokaler i koppling till omställningen (Thodelius et al., 2021). Motsvarande bild har även framkommit under de intervjuer som gjorts för denna förstudie, där en osäkerhet kring dess påverkan på lokal- och fastighetsbehov inom primärvården har varit ett genomgående tema. Nära vård ses som en övergripande målbild som diskuteras på en högre nivå än den verksamhetsnära och sällan konkret i förhållande till lokaler. En informant beskriver nuläget inom dennes region som ”samma förvirrande tillstånd som alla andra”. Framförallt verkar inte Nära vårds konsekvenser för primärvårdslokaler ha lyfts i någon större utsträckning i regionerna.

Trots att det praktiska genomslaget för Nära vård ännu inte verkar ha fått någon stort effekt på lokalerna, pekar enkätsvaren på att man ändå tror att det har eller kommer att ha en hög påverkan på lokalbehoven inom primärvården. Denna fråga ställdes i enkätundersökningen och mättes även den genom en likertskala från ett (till låg/ingen grad) till fem (till hög grad). Frågan besvarades av 81 % (34 svar) och hade ett medelvärde på 3,41 (se tabell nedan).

Tabell 5. Nära vårds grad av påverkan på lokalbehov inom primärvården.

	Antal	Procent
1	3	8.82
2	4	11.76
3	7	20.59
4	16	47.06
5	4	11.76
Total	34	100

Bland representanterna från de olika regionerna är det en förhållandevis hög spridning i svaren, även inom regioner med fler än en svarande i enkäten. Exempelvis rankar representanter från en region Nära vårds påverkan på lokalbehov inom primärvården både som en tvåa, trea, fyra och femma. Det kan därmed tänkas att spridningen återspeglar den otydlighet som uttryckts vid intervjuerna och bedömningen blir personligt beroende utifrån den egna insamlade informationen om vad Nära vård rent konkret kommer att innebära i frågan. Över lag svarade representanter från Region Stockholm och Region Jämtland-Härjedalen att Nära vårds påverkan på primärvårdens lokaler är låg.

Vidare visar enkätsvaren att 46,88 % tror på ett ökande 46,88% lokalbehov för primärvården, på grund av omställningen till Nära vård. Något färre, 37,5% tror på ett förändrat behov men på samma yta (37,5%). Resterande svar var för förväntat minskat ytbehov (6,25%) och oförändrat ytbehov och utan påverkan (9,38%). Denna fråga besvarades av 32 representanter i enkätundersökningen.

Även om den sammantagna bilden är att regionerna står i startgroparna, finns det exempel på regioner som tagit till sig omställningen i högre utsträckning med exempel på hur lokalmässig påverkan inom respektive primärvårdsförvaltning. ”Hos oss kommer nära vård upp i alla diskussioner [. . .] men kring vad det innebär i lokaler är svårt att få svar på.” förklarade en informant från Region Västerbotten. Samtidigt gavs exempel på en konkret lösning i en av de mindre kommunerna i regionen där placering av vårdcentral kopplades ihop med ett äldreboende, vilket innebar en ökad samverkan mellan region och kommun, där den Nära vården och dess koppling till lokaler är ett återkommande samtalsämne.

Vidare har det inom Region Västernorrland arbetats med en översyn kring organisationen där Nära vård-tänket utmynnade i att ”nästan hälften av vad som ingick i specialistvården tussades ihop med primärvården”, samtidigt som det ur ett lokalperspektiv inte innebar någon specifik förändring. Nära vård-tänket tar sig mest uttryck inom regionen kring multisjuka och äldre, vilket resulterat i samverkansforum med kommunerna.

Representanter från Region Norrbotten förklarade att de ser en stor skillnad i hur man jobbar med nära vård i glesbygd kontra stad. Bland annat planeras det för omflyttningar av verksamheter för att skapa möjligheter för samverkan med kommunen i mindre orter. Detta berör exempelvis arbetsterapeuter som jobbar 50/50 i med kommun och region som arbetsgivare och som då skulle kunna arbeta i samma lokaler. Även om samtalen rör sig om att flytta ut mer verksamhet från öppenvården och de regionala sjukhusen till primärvården för att på så vis lokalmässigt komma närmre patienterna, är arbetet i en startfas och det bedöms finnas en del ytterligare att göra i organiserings- och lokaliseringsfrågor.

Andra exempel på nulägesbeskrivning av Nära vårds påverkan på lokalbehov rör övergripande utredningar från ett antal regioner, såsom i Uppsala och Dalarna, men någon tydlig övergripande bild av vad effekten på lokalerna kommer att bli i dagsläget inte har identifierats i detta arbete. I intervjuernas diskussioner om effekter av nära vård uttrycks en rädsla bland en del verksamhetspersonal inom primärvården över att omställningen skulle innebära förlust av

egna arbetsrum, delvis som effekt av en utvecklad digitalisering som har fungerat väl, framförallt under covid-19-pandemin. Inom Västra Götalandsregionen pekar man på att den Nära vården kommer att innebära ett högre tryck på primärvården och vårdcentraler, bland annat genom övertagande av delar av det som idag är sjukhusvård – samtidigt som informanterna i intervjuerna menade att sjukhusen inte verkar ha för avsikt att skjuta över medföljande resurser.

Även den digifysiska vården, vilket kan tänkas ha påverkan på primärvårdens lokalbehov framöver diskuterades i intervjuerna. Vad detta konkret innebär framgick dock inte i relation till lokalbehov. Inte sällan är fokus vid diskussioner om digifysisk vård på just digi-delen av denna term och i mindre utsträckning på -fysisk-delen.

Utvecklingen och omställandet till Nära vård har även inom landets regioner påverkats av Covid-19, där ett större fokus har behövts läggas på att hantera pandemin snarare än att genomföra en verksamhetsförändring och organisationsomställning (Eriksson et.al., 2021).

Covid-19, erfarenheter kopplat till lokaler

Pandemin har lett till ett stort arbete med anpassning av primärvården, detta för att kunna bemöta ett högre tryck på primärvården samtidigt som smittorisken varit en faktor som påverkat utformning av lokaler och arbetssätt/organisering. Bland annat har primärvården behövt anpassas för att kunna lätta på trycket på infektionsmottagningar och ett flertal exempel på temporära infektionsrum har inkluderats i strategier vid om- och nybyggnad av primärvårdsenheter. Samtidigt uttrycker informanter från både Västra Götalandsregionen och Region Västerbotten att det i nuläget inte är möjligt att bygga lokaler för pandemier, utan fokus måste ligga på att bygga för olika arbetssätt. Primärvården har en viss yta att röra sig med och erfarenheter från Covid-19 visar på behovet att se över vad som kan göras inom primärvårdens lokaler utifrån de förutsättningar som redan finns.

Ett exempel från Region Gävleborg var att de hade för avsikt att anpassa några platser för att kunna hantera exempelvis benbrott kombinerade med Covid, detta genom att ta inspiration från sjukhusen. Andra exempel på lokalrelaterade förändringar har varit installation av slussar samt separata entréer för att separera patient-/personalflöden för att minska på risken för smitta. I Västra Götalandsregionen har man arbetat med att skapa separata rum med enskilda tillträden utifrån och in.

Pandemin har inte enbart inneburit negativa effekter, utan även positiva erfarenheter i form av lärdomar och snabb utveckling av arbetssätt. Bland annat ses användandet av exempelvis digitala mötesforum som ett positivt inslag för både patienter och personal. Inom Region Örebro län har det även setts en utveckling av den mobila verksamheten som effekt av pandemin.

Bland verksamhetens personal har det uppmärksammats en oro över att ha delade arbetsutrymmen ur smittorisksynpunkt och önskemål om egna kontor har uttryckts. De förändrade arbetssätten och lärandet av att nyttja digitala medel för att kunna jobba hemifrån har samtidigt underlättat för personal med mer administrativa uppgifter att arbeta från distans

och därmed minska risken för smittspridning inom personalstyrkan. Om detta har, eller kommer att ha, påverkan på lokalbehovet inom primärvården framöver är i nuläget inte tydligt.

Frågan om digitalisering, som både lyfts i relation till Nära vård och Covid-19 pandemin, har även visat sig vara en aspekt i diskussioner om den geografiska och demografiska strukturen inom respektive region avseende primärvården.

Att hantera geografiska och demografiska förutsättningar

I enkätundersökningen ställdes frågan om vilken typ av vård och/eller vilka typer av patienter som de som svarande ansåg kommer att ha störst påverkan på det framtida behovet av primärvård. Bland svaren återfanns en hög andel svar kopplade till, vilket även diskuterades under de genomförda intervjuerna, aspekter som kan förknippas med demografiska- och geografiska faktorer och förändringar.

Bland annat pekade majoriteten av regionernas prognoser på ett framtida ökat behov av primärvård (66% av de svarande) medan resterande antingen inte visste (29%) eller trodde på ett oförändrat behov (5%). Ingen av de 38 svarande representanterna menade att deras region prognosticerar ett minskat primärvårdsbehov.

Beroende på de regionala förutsättningarna som representerades lyftes argument för det ökade primärvårdsbehovet, såsom:

- Befolkningstillväxt och förändrad demografi i vissa länsdelar
- Utveckling av kroniska sjukdomar
- Psykisk ohälsa och psykosociala vårdbehov
- Multisjuka äldre (med komplexa och olika typer av vårdbehov)

Sammantaget återspeglas en bild av att den framtida primärvården kommer att påverkas av en alltmer åldrande befolkning, kombinerat med de förmodade ökade ansvaret för mer avancerad sjukvård inom primärvården. En sjukvård som idag görs av nuvarande sjukhusvård.

Under intervjuerna exemplifierades dessa argument. Bland annat menade en representant från Region Sörmland att den demografiska fördelningen signalerar om lokalbrist, där ett antal vårdcentraler har väldigt höga antal listade i jämförelse med andra. En lösning i deras fall har varit att satsa på att utveckla familjecentraler, där BVC flyttat ut till barnmorskor och socialtjänst. Detta anses ha fallit väl ut. Effekter på antal besökare har också noterats efter öppnandet av familjecentraler, de har fungerat som en slags samlingspunkt – framförallt för personer med invandrarbakgrund. Tidigare har dessa personer inte sökt sig till vårdcentraler i samma utsträckning, men tack vare denna samlingsfunktion har fler nyttjat primärvårdens funktioner. Placeringen av familjecentralerna – vilka ofta är separerade från vårdcentraler, riktas mot områden med högre andelar barn och barnfamiljer. Bland annat planeras det en familjecentral i ett nytt område i Eskilstuna, som prognosticeras att växa framöver.

Även i Region Gävleborg har det använts familjecentraler för att komma åt de patienter som annars har en lägre besöksfrekvens. Placeringen av dessa utreds tillsammans med de berörda

kommunerna. I Gävle förläggs de flesta familjecentraler i de mest segregerade områdena och kombineras oftast med öppen förskola.

Den geografiska aspekten blir i intervjuerna även kopplade till Nära vård i form av kommentarer om tillgänglighet, detta oftast beroende på regionernas enskilda geografi/utformning. Det krävs en annan typ av beredskap för att nå ut till glesbygdsområden vilket även ställer högre krav på omfattning av bemanning. En övergripande kommentar till detta lyfter fram att det är svårare att rekrytera adekvat personal till de mindre orterna, vilket också tillför mer ensamarbete för den personal som redan befinner sig på plats. En representant från Västra Götalandsregionen menade att ”en del tror hot och våld i huvudsak finns i tätbebyggda områden, men det är en sanning med modifikation. En hel del incidenter sker på mindre orter.” vilket visar på en typ av problematik detta kan medföra. En utförligare kommentar till säkerhetsfrågor kopplade till primärvård kommer i ett senare avsnitt i denna rapport.

En ytterligare dimension av frågan kring demografi och geografi kan kopplas till politisk hållning och målet erbjudande av likvärdig vård, oavsett geografisk hemvist. En informant från Region Västernorrland menade att det från politiskt håll uttryckts vilja om geografisk tillgänglighet och närhet till primärvård inom regionen men det saknas konkreta uttryck för hur detta ska se ut. Det finns en struktur inom regionen för vad som ska erbjudas och hur det ska placeras, men från politiskt håll förs diskussioner huruvida hälsocentraler (motsv. vårdcentraler) ska läggas ner eller omlokaliseras snarare är om tillgänglighet. Kopplat till frågan om tillgänglighet exemplifierades det av en representant från Västra Götalandsregionen att primärvårdsutbudet blivit marknadsmässigt i och med privata operatörer också levererar primärvård, vilket leder till att regionen har en skyldighet att erbjuda och ersätta primärvård i områden som tidigare haft privata aktörer som av olika anledning valt att avsluta sin verksamhet. Detta blir särskilt känsligt i glesbygdsområden.

Den geografiska faktorn omnämns också i intervjuerna i relation till lokalisering av primärvårdsutbud i relation till närhet till närmsta sjukhus, hyresnivåer i större städer och samverkansmöjligheter med andra aktörer eller funktioner.

4.2 Planering av primärvårdslokaler

Inom ramen för denna förstudie ingick det även att ge en översikt över hur primärvården är organiserad kopplat till lokalfrågor i de olika regionerna. Frågor kring detta ingick som en del av det frågebatteri som användes vid intervjuerna under våren och sommaren 2021. Sammantaget behandlades ett antal olika fördjupade frågeområden, som presenteras i detta avsnitt. Det första området handlade om hur behovsplaneringen, inklusive behovsanalysprocessen genomförs – detta för att undersöka och belysa likheter och skillnader regionalt och nationellt. Processen för beställning av primärvårdslokaler samt planering av nya miljöer och ombyggnader togs även upp för att komplettera underlaget.

Lokalorganisationerna belystes även, med främsta fokus på vilka lokaler som respektive region förvaltar samt hur beslutsfattandet om dess lokalisering sker. Hur behovsbeskrivningar

inkluderar aspekter som digitalisering, e-hälsa, digifysisk primärvård och hemsjukvård var även av intresse att undersöka. Detta är de frågeställningar och förändringar som på organisatorisk nivå påverkar regionernas arbete i dagsläget.

Aspekter kring träningslokaler, sjukgymnastik och ergonomi var även delar som behandlades. Slutligen kartlades regionernas förvaltning i form av ägandeskap, privatisering och inhyring av lokaler för primärvården i regionerna.

En övergripande bild av hur primärvården är organiserad är komplex, med flera lokala skillnader och fokusområden i förhållande till behov, lika beskrivning i föregående avsnitt om aktuellt läge i form av projekt och frågeställningar.

Beställa och planera

Processen för beställning av primärvårdslokaler, vare sig det handlar om ombyggnad eller nyetableringar börjar i de flesta fall med en förundersökning utifrån rådande behov och tillgång i befintligt bestånd. Bland annat exemplifieras detta genom framtagande av nyckeltal inom vissa regioner, som därefter ger en fingervisning i hur behoven ser ut samt som en form av framtida behovsanalys. Inom detta område är det främst Region Stockholm och Region Örebro län som använt nyckeltal som arbetsätt. Utifrån de genomförda intervjuerna framgick det inte om detta förekom i någon större omfattning i andra regioner. Samtidigt noterades framförallt Region Stockholms arbete kring nyckeltal som ett exempel på vad en del regioner ser som ett möjligt framtida arbetsätt för att utveckla den egna behovsanalysprocessen.

Inom Region Örebro län stötte man på patrull vid nyckeltalsutredning noterades det i intervjuerna. Representanter från vårdverksamheten upplevde att de inte var delaktiga i processen och frågan blev beskriven som ”känslig”. Samtidigt menade regionens fastighets sida att arbetet skulle underlättas avsevärt om det vore mer styrt, med både ekonomisk och tidsmässig vinning som resultat. I dagsläget börjar de i princip om från start vid varje utredning, med planering, dialoger och förstudier. De ser ett behov av mer utvecklade lokalbeställningar. Region Kalmar län har exempelvis använt sig av nyckeltal i form av antal listade där de utgår ifrån 1500 listade personer per läkare. Därefter har primärvårdsdirektören styrt vad som beskrivs som ”rätt hårt” i antalet undersökningsrum. De uttryckte även en önskan om att ha en typvårdcentral som de sedan kunde öka och minska i yta utifrån antalet listade, men detta arbete är ännu inte i fas – även om arbetet med detta har kommit en bra bit på väg enligt respondenten.

Upplevelsen av avsaknad av kontroll över beställningsprocess och lokalplaneringsprocess återkommer även i intervjusvar från andra regioner. Exempelvis inom Västra Götalandsregionen menar informanter att det saknas övergripande koll och att det inte finns resurser att genomföra allt som efterfrågas. Det behövs en mer strategisk syn på det hela, med underlag för vad som ska och inte ska prioriteras. Det jobbas med att styra upp processen och att synkronisera denna för att göra det lätt att genomföra för både beställare och genomförare. Detta görs genom att kartlägga processen och dokumentering med mallar och redskap för att göra det mer likartat. Förhoppningen är att detta ska förbättra och effektivisera hela processen.

Genomförandekedjan exemplifierades av bland andra Region Gävleborg, som hanterar beställning och behovsanalys genom följande process:

1. Beskrivning av behov från vårdverksamheten
2. Behovsbeskrivning skickas vidare via ärendehanteringssystem
3. Behovsbeskrivning läggs upp som ett aktuellt ärende och detta stäms av med lokalsamordnare
4. Lokalsamordnare prioriterar därefter ärendena och tar dem vidare till regionens förvaltare
5. En förstudie baserat på behoven genomförs
6. Förstudien bedöms av ledningsgruppen på fastighetsavdelning
7. Beslut tas

Lokalisera och dimensionera

Behoven av primärvårdslokaler ser olika ut bland regionerna, nuläget skiljer sig från att i huvudsak handla om renoveringsbehov till frågor nyetablering och därmed investering. Överlag handlar det dock främst om ombyggnader och renoveringar för att kunna möta rådande primärvårdsbehov. En informant från Region Västerbotten menade att det i nuläget mest handlar om ombyggnad och väldigt sällan om nybyggnad.

En sammanfattande bild av hur vårdcentralerna är placerade återgavs av enkätundersökningen, vilken hade fyra frågor kring hur stora andelar av respektive regions vårdcentraler som ligger i anslutning till annan verksamhet eller som fristående byggnader (se tabell 6).

Av svaren går att utläsa att det är en stor spridning bland regionerna huruvida vårdcentraler är fristående byggnader, med en förhållandevis högre fördelning av lägre andelar (0-25%) än den fjärde kvartilen. Vårdcentralerna ligger generellt sätt i låg grad i anslutning till, eller på sjukhus med 96% av svaren i den första kvartilen. Liknande tendens återspeglas i frågan om hur stor andel av vårdcentraler som ligger ihop med icke vård- och hälsorelaterad verksamhet, där de flesta regioner återger andelar mellan 0 och 25% av sitt bestånd. Slutligen återfinns en högre spridning i svaren gällande andelen vårdcentraler som ligger ihop med vård- och hälsorelaterad verksamhet i annan fastighet med en någorlunda likstämig svarsfrekvens för samtliga kvartiler (mellan 21% och 37% för respektive).

Tabell 6. Enkätfråga 16–18: Hur stor andel av era vårdcentraler är/ligger (...)?

	Fristående byggnader	I anslutning till eller på sjukhus	Ihop med vård- och hälsorelaterad verksamhet i annan fastighet	Ihop med icke vård- och hälsorelaterad verksamhet
0-25%	7 (37%)	26 (96%)	5 (26%)	16 (70%)
26-50%	3 (16%)	0 (0%)	4 (21%)	3 (13%)
51-75%	7 (37%)	1 (4%)	7 (37%)	3 (13%)
76-100%	2 (11%)	0 (0%)	4 (21%)	1 (4%)
Totalt (n)	19 (100%)	27 (100%)	19 (100%)	23 (100%)

Sammanfattat kan det beskrivas som att den typiska vårdcentralen är antingen en fristående byggnad eller sitter ihop med annan verksamhet – men inte ett sjukhus. Oftast handlar det om annan vård- och hälsorelaterad verksamhet, men ibland även andra typer av verksamheter.

Inom Västra Götalandsregionen väljs placering av vårdcentraler utifrån listade personers gatuadresser, i övrigt styrs det av befolkningsdata. Region Kalmar län genomförde 2011 en lokalförsörjningsplan som fann ett flertal möjligheter för ombyggnad och nybyggnad inom regionen. Det bildades därefter en styrgrupp med representanter från regionfastigheter och primärvården vilka tog fram en inriktning för planering av primärvårdens lokalisering utefter kommunalt byggande av bostäder. Det finns i denna region även politiska direktiv om att det ska tillhandahållas familjecentraler i samtliga orter, vilket gjort att ett nära samarbete mellan kommuner och primärvården inom regionen upprättats.

Placering av primärvårdslokaler utifrån ett glesbygdsperspektiv noterades av en informant från Region Jämtland-Härjedalen som menade att även personalperspektivet behöver påverka. Placeras vårdcentraler i områden som inte är tillräckligt attraktiva för vårdpersonalen skapas en problematik i form av personalbrist. Vikten av att inte bygga och renovera på ”gamla sanningar” noterades och en kommentar var att regionen behöver i dagsläget organisera och ta reda på vad den nya formen av verksamheten (primärvård i Nära vård) ska vara för något för att därefter kunna planera och placera lämpliga former av primärvårdslokaler. De letar därför efter lämpliga referensobjekt för att visa på hur andra har tänkt och därefter använda som goda exempel att ta med i det egna arbetet.

Det finns även ett uttryckt behov bland representanter från regionerna av nyckeltal för att ha som stöd vid beslut om vilka typer av lokaler och dess respektive innehåll som behövs. Bland annat finns ett intresse i att se över och följa upp nyttjandegrader i framtiden och att grunda beslut om lokaler därefter.

PTS och typrum

Det var i denna förstudie även av intresse att undersöka vilket stöd för planering av lokaler och lokalernas innehåll/syfte som landets regioner använder för respektive primärvårds-

organisation. En övergripande styrning finns tillgänglig för regionerna genom PTS typrum och dokumentation, vilket bland annat Region Stockholm utgår ifrån när de beslutar vilka kategorier av lokaler som ska finnas och vilket innehåll dessa ska ha, främst kopplat till tillgänglighetskrav, hygienkrav och liknande. Även inom Region Västmanland använder man PTS för att styra vilka typrum som används inom primärvården – så långt det går. Detta kan ses som representativt för hur det ser ut i landets regioner, där utgångspunkten är PTS men med regionala skillnader beroende på lokala behovet och krav.

En informant från Region Kalmar län förklarade att de ”insåg att PTS:en är väldigt inriktad mot sjukhus och sjukhusvård”. De drog därför igång ett förbättringsarbete med primärvården där de kallar rum för principrum snarare än typrum, vilka i sin tur togs fram utifrån en behovsanalys från hälsocentraler samt barn- och mödrahälsovården. På liknande vis arbetas det inom Region Sörmland, där det snarare är typiskt att de pratar om personers rum snarare än funktioners rum, vilket behöver förbättras enligt en representant från regionen. Målet är att rummen ska kunna nyttjas av flera olika personer och gärna för olika typer av vård snarare än att det ska vara personligt. De större funktionerna i rummen ska vara lika.

Samlokalisera

För att skapa en övergripande bild av vilka andra vårdrelaterade funktioner som är vanligast att inkluderas i vårdcentralerna ställdes en fråga om detta i enkätundersökningen. Frågan ställdes genom att inkludera samlokalisering i form av delade lokaler eller i angränsade lokaler. Deltagarna uppmanades att välja samtliga aktuella alternativ (se tabell 7).

Tabell 7. Samlokalisering av funktioner i vårdcentraler.

Samlokaliserad funktion	Antal svar	Procent (n=38)
Ingen samlokalisering	2	5%
Rehab	26	68%
Lab	23	61%
Självmonitorering	7	18%
BVC - Barnvårdscentral	28	74%
BMM - Barnmorskemottagning	18	47%
Ungdomsmottagning	8	21%
Närvårdsplatser	1	3%
Familjecentral	17	45%
Distriktsköterskemottagning	26	68%
Jourcentral	11	29%
Röntgen	4	11%
Psykiatrimottagning	9	24%
Apotek	20	53%
Tandvård	9	24%

Som kan utläsas i tabell 7 var det vanligaste förekommande funktionerna de som samlokaliseras med vårdcentraler barnvårdscentraler (BVC), med 74% av de svarandena, följt av distriktsköterskemottagning (68%) och rehab (68%). Utöver är det vanligt förekommande med laboratorium, apotek, barnmorskemottagningar (BMM) och familjecentral i anslutning till vårdcentraler.

Närvårdsplatser

Även om endast en svarande på enkätundersökningen nämnde närvårdsplatser som förekommande vid samlokalisering inom vårdcentraler, togs dessa upp i någorlunda hög utsträckning i de genomförda intervjuerna. De regioner som berörde området var främst Östergötland följt av Uppsala. Närvårdsplatser avser framförallt kortare inläggning och utredning.

Det tydligaste exemplet som tas upp där närvårdsplatser är inkluderat är vårdcentrumet i Finspång, där en närvårdsavdelning är inkluderad. Detta arbetssätt är även på gång på andra ställen inom regionen, där nuvarande lösning i Finspång kommun har två enheter, en som drivs av kommunen och en som drivs av regionen. Närvårdsplatser finns även inkluderat i ett kommunalt boende i Valdemarsvik, där tre vårdplatser är inkluderade. Planer finns att starta

upp liknande lösningar på andra platser inom regionen. Detta möjliggör för att anpassa utbudet utefter en lokal kontext.

Vårdcentrum med inkluderade närvårdsplatser är även planerat i Region Uppsala, vilket ska användas som en vårdnod inkluderande flera vårdcentraler och vårdgivare. De ska vara stora nog att bedrivas effektivt och stabilt. Alla närvårdscentrum är inte planerade att inkludera närvårdsplatser, men det är ett koncept som har etablerats i regionen och vad nästa steg kommer att bli får framtiden utvisa efter att de två första projekten i Uppsala och Tierp färdigställts och utvärderats. Likt i Finspång kommer kommunerna att vara delaktiga i vissa delar av närvårdscentrumen.

Rehab/sjukgymnastik

Rehab och specifikt sjukgymnastik behandlades även i intervjuerna. Beroende på regionernas styrning inkluderas rehab i olika utsträckning, där exempelvis Region Västerbotten har rehab inkluderat i samtliga vårdcentraler. Detta är ett krav från regionledningen, för att primärvårdsenheten ska få kallas för vårdcentral/hälsocentral. Detta innebär att regionen tillhandahåller träningslokaler som ofta står tomma och endast används ett par timmar per vecka. Även i andra regioner görs försök att inkludera rehab som funktion i det vanliga utbudet för vårdcentraler, exempelvis inom Västra Götalandsregionen startas rehabmottagningar på vårdcentraler då utrymme för dessa finns. Det görs ett aktuellt arbete i Svenljunga för att få in rehab under samma paraply som andra funktioner såsom BVC, BMM och öppen förskola vid nybyggnation. I vissa fall har rehabavdelningen ett eget hyresavtal medan andra mottagningar hyr yta av en vårdcentral. Detta är beroende på storleken av verksamheterna och kravet är att de ska kunna bära sin egen verksamhet.

Likt i Region Västerbotten inkluderas rehab under vårdcentralsuppdraget inom regionerna Halland, Jönköping och Uppsala. Representanter från Region Gävleborg, Östergötland, Kalmar, Västernorrland och Jämtland Härjedalen uppgav alla att rehab i stor utsträckning inkluderas i vårdcentralsutbudet men inte alltid. Rehabmöjligheterna kan ligga i anslutning till bland annat familjecentraler, vara centraliserade – men inte lokaliserade i vårdcentraler, eller separata rehabmottagningar där både privata och offentliga vårdcentraler kan skicka patienter.

En informant från Region Östergötland berättade att regionen ”. . . [För] de centraler som ligger längre från de större orterna funderar man mycket mer kring olika digitala rum, uthyrningsbara och bokningsbara för exempelvis rehab eller konsult på timmar” för att undvika att ha rum som står tomma under stora delar av tiden. Andra lokala lösningar kopplade till glesbygdsområden exemplifieras från Region Jämtland Härjedalen, där större turistorter såsom Åre och Funäsdalen tillhandahåller vårdcentraler som under säsong fungerar mer som akutsjukhus i mindre skala, där exempelvis sjukgymnastik och arbetsterapi kan ingå.

4.3 Regi, förvaltning och inhyrning av lokaler

Inom vilken regi och vilket förvaltningsansvar som finns inom primärvården är en viktig fråga som behandlats i både enkät och vid intervjuer. Den första delen av denna fråga ställdes i enkätundersökningen, där antalet vårdcentraler i regionens regi samt i privat regi efterfrågades

(och sammanställts i tabell 8 nedan). Eftersom antalet svaranden var förhållandevis lågt på dessa frågor samt fler än ett svar från samma region förekom bör tabellen utläsas mer som riktlinjer än direkt underlag.

Tabell 8. Enkätfråga antal VC i regional och privat regi

Antal vårdcentraler i...	Regional regi	Procent (n=25)	Privat regi	Procent (n=22)
0–25	9	36%	20	91%
26–50	13	52%	0	0%
51–75	1	4%	0	0%
76–100	1	4%	0	0%
100+	1	4%	2	9%
Totalt (n)	25	100%	22	100%

Tabell 8 återspeglar till viss del regionernas befolkningsstorlek, med större regioner representerade i de högre värdena. En kortare analys av enkätfrågan är att de flesta regioner har få vårdcentraler i privat regi (20 svarade mellan 0 och 25 vårdcentraler) men något fler i regional regi (13 svarade mellan 26 och 50 vårdcentraler).

Denna fördelning återspeglades även under intervjuerna, där flertalet regioner återgav låga antal och andelar vårdcentraler i privat regi, med undantag från Region Stockholm och Västra Götalandsregionen främst. En informant från Västra Götalandsregionen beskriver nuläget som en konkurrensutsatt verksamhet mellan de regionala och de privata vårdcentralerna. De försöker att identifiera tänkbara lokaliseringar, även om det i allra högsta grad är politikstyrt, vilket medför att de kan bli ålagda att starta och bedriva primärvårdsverksamhet i vissa områden. Önskar regionen att lokalisera primärvård på en specifik plats måste det göras ett politiskt beslut om de ska få göra detta. Det byggs väldigt mycket i regionen och primärvården måste då vara framme i tidigt skede för att kunna konkurrera med de privata aktörerna. Detta är en etableringsstrategi de arbetar från, vilket innebär att en hög grad av förutseende är nödvändig. Även i de fall privata primärvårdsaktörer stänger igen har regionen en skyldighet att starta upp verksamhet omgående.

I Region Jämtland Härjedalen är det främst regionala primärvårdsverksamheter, förutom i turistorterna där privata aktörer etablerat sig. Det anses vara mer lukrativt och lättare att starta i dessa områden och i dagsläget finns det flera filialer i Åre- och Funäsdalsområdet. Uppfattningen är även att dessa privata aktörer generellt sett är mer yteffektiva i sina verksamheter. Uppfattningen från representanten var att det inte återfinns samma entreprenöriella driv bland de regiondrivna primärvårdsenheterna som hos de privata, där de bland annat har annorlunda öppettider för att tillgodose patientbehov och få in fler listade

personer. I vilken utsträckning lokalfrågor kunde kopplas till detta entreprenöriella driv utvecklades inte i intervjun.

Den övergripande bilden utifrån intervjuerna var att de privata primärvårdsaktörerna var mest förekommande i större samhällen och städer, medan landsbygdsutbudet oftast bedrevs i regional regi.

Förvaltning

När det kommer till förvaltningen av primärvårdslokaler ser det annorlunda ut, vilket kan ses i tabell 9, nedan. Även detta underlag är baserat på en låg svarsfrekvens.

Tabell 9.

Andel vårdcentraler som ägs och förvaltas i...	Regionalt	Procent (n=13)	Externt	Procent (n=14)	Kommunalt	Procent (n=14)
0–25%	3	23%	3	21%	10	71%
26–50%	6	46%	4	29%	1	7%
51–75%	4	31%	3	21%	1	7%
76–100%	0	0%	4	29%	2	14%
Totalt (n)	13	100%	14	100%	14	100%

Tabellen visar på en jämnare fördelning mellan regionerna när det handlar om den procentuella andelen vårdcentraler som ägs och förvaltas externt, medan det regionala ägande- och förvaltarskapet har något lägre andelar. Kommunalt är det en förhållandevis hög övervikt på kategorin 0–25% ägande-/förvaltarskap, där fyra svaranden uppgav 0% för denna fråga.

Ägandet av lokalerna är varierande enligt information från de genomförda intervjuerna, ofta fördelat 50–50 mellan inhyrda och ägda av regionerna. Undantag från detta var bland annat Västra Götalandsregionen som nästan uteslutande hyr in sig i sina lokaler, främst från privata fastighetsägare.

Region Östergötland har funnit sig i en situation att de själva måste bygga inom mindre kommuner vars ekonomi inte är tillräcklig eller där antalet lediga platser att hyra för primärvård är för få. I dessa lägen görs en analys för att sedan kunna gå in och stötta eller själva bli byggherre och därefter erbjuda så kallade ”vårdutbudspunkter” under en lång tid.

Region Sörmland driver och förvaltar samtliga lokaler på samma sätt, oavsett om de är inhyrda eller egenägda.

Samlokalisering

En vanligt förekommande benämning på samlokalisering av vårdcentraler i landets regioner är benämningen familjecentral, där både region och kommun kan ha inhyrda verksamheter och därmed delande på lokaler. Detta förekommer exempelvis i Region Kronoberg. Däremot återfanns inga exempel på någon utbredd samlokalisering mellan regionala och privata aktörer, det exemplifieras av en representant från Region Stockholm genom att det ”blir för komplicerat”.

Den regionala primärvården kan även anses ha en ”samordnande roll i effektiv och Nära vård” (informant från Region Uppsala), vilket fördelaktigt görs genom samlokalisering, beroende på vårdcentralens storlek. Inom Västra Götalandsregionen ser det väldigt olika ut, där de mindre vårdcentralerna endast erbjuder vård, samtidigt som det finns större enheter som inkluderar rehab och ungdomsmottagning. Just ungdomsmottagning har för regionen varit svår att placera, detta då de både vill lokaliseras nära vården, men inte dela på väntrum eller inkluderas inom sjukhusen. Detta återspeglas även i kommentarer från Region Östergötland, som vill ha ungdomsmottagningar mer avskilda från resterande primärvårdsverksamhet.

Barnhälsovård såsom BMM, BVC och öppen förskola är också vanligt förekommande i samlokalisering inom regionerna, bland annat exemplifierat av Region Gävleborg, Sörmland och Stockholm.

I övrigt är det även vanligt förekommande att samlokalisera primärvårdsverksamheten med Folktandvården, vilken något slumpvist sammankopplas inom Region Östergötland, utan att egentligen vara ett fast lokaliseringskoncept utan det ”har mer uppstått” enligt regionens representant vid intervjutillfälle. Även Region Uppsala uttryckte vid intervju att samlokalisering med Folktandvården var vanligt förekommande.

Rehab, både som funktion inkluderande bad och träningslokaler, förekommer även samlokaliserat med primärvården. I Region Gävleborg samsas primärvårdsorganisationer med exempelvis terapibad. Inom Västra Götalandsregionen delar vårdcentraler och rehab på lokaler i viss utsträckning, vilket ställer krav på flexibla rum för att kunna mixa professionerna.

I Region Sörmland har de inkluderat ett tilläggsuppdrag för vårdcentralerna, SMO – Särskilt Medicinskt Omhändertagande, en vårdplanerande uppgift för samordning och utskrivning av patienter. Detta arbete utförs av en så kallad samordningssjuksköterska.

Utbud och behov i de lokala kontexterna, samt hur stor procent av lokalerna de olika verksamheterna behöver avgör i hur hög grad samlokalisering blir av. Samordning bedöms medföra också en yteffektivitet, vilket uttrycktes av en representant från Region Stockholm.

Privata aktörer

Området privata aktörer berördes under en del intervjuer i förhållande till förvaltning, organisering och förvaltarskap. Eftersom mängden privata primärvårdsaktörer skiljde sig väldigt mycket både mellan och inom regioner, baseras underlaget främst på de regionerna med högre andelar privata mottagningar. Bland annat uttryckte en representant från Västra

Götalandsregionen att de hade väldigt många privata rehabiliteringsmottagningar. Dessa etableras på underlag av ekonomiska beräkningar och upptagningsområde.

Uppdragen för de privata aktörerna regleras via samma uppdragsbeskrivning som de regionägda samtidigt uppger ett antal informanter att det inte verkar som att de privata har samma krav på exempelvis lokalutformning, vilket lyftes fram av en representant från Region Stockholm. Inom regionen motsvarar de privata aktörerna ungefär två tredjedelar av det totala utbudet.

Det framkom i intervjuerna också en uppfattning att det inom vissa geografiska områden finns större mängder privata etableringar än i andra, men vad detta beror på behandlades inte. I Västra Götalandsregionen har de varit tydligt att vissa ställen har stora mängder både privat och regional vård tillgänglig, medan i andra, såsom i Skara, har det regionala utbudet helt lagts ner och överlåtits till privata vårdgivare.

I Region Västernorrland används glesbygdstillägg för orter som har svårt att bära sig, patientunderlagsmässigt. Detta har lett till att även en del privata aktörer etablerat sig – de tjänar bäst eftersom tilläggen är rätt kraftiga. Ett bekymmer man sett inom regionen är vid satsningar på nyetablering i vissa områden, där marknaden sedan inte verkar finnas då de privata aktörerna redan har tagit över de listade. Detta skedde exempelvis i Härnösand, där en ny, stor vårdcentral skulle byggas i gamla sjukhuslokaler. Det renoverades för flera miljoner kronor för att kunna ta emot alla patienter från de omkringliggande regiondrivna mottagningarna. När vårdcentralen var färdigställd etablerades två eller tre privata mottagningar som tog över hälften av alla patienter vilket ledde till försäljning av vårdcentralen.

Även inom Region Dalarna har en problematik uppfattats när regionen hyr lokaler från privata aktörer i form av att kostnaderna drar iväg. Regionen ”kommer med mössan i hand och frågar om de vill investera åt oss”, vilket inte brukar vara något problem. Det skrivs in i hyreskontrakten att regionen har rätt att göra förändringar i dessa lokaler själva, samtidigt vill de ju gärna inte investera i externa fastigheter.

I Region Halland ser de en problematik i att en del vårdcentraler inte bär sig rent ekonomiskt. Det handlar främst om privata aktörer, som därmed läggs ned. Det är då upp till Regionen att erbjuda invånarna tillräckligt utbud av primärvård.

4.4 Primärvårdsverksamheter utan fysisk placering på vårdcentral

Utöver de fysiska primärvårdslokalerna lyftes även frågor i intervjuerna angående delar av primärvården som inte direkt har en fysisk närvaro i vårdcentralerna men som ingår i primärvårdens uppdrag och som i förlängningen kan ha påverkan på utformning. Den första punkten som inkluderas i detta är hemsjukvården, vilken beroende på region tillhandahålls av den kommunala sjukvården, men som även inkluderar läkaransvar från respektive region och primärvård. Den direkta påverkan på primärvårdens lokaler blir därmed inte lika tydlig som under de föregående avsnitten.

Digitalisering och e-hälsa är även ett område som har en direkt koppling till primärvården, men där själva hälsovårds-mötet utförs digitalt och därmed inte fysiskt i en vårdcentral. I förfrågan finns samtidigt en lokalfråga i form av administrativa ytor för berörd sjukvårdspersonal att arbeta i. I samband med denna fråga kom också tankar från de som intervjuades om nya arbetsformer, integritet, och nya arbetsförhållanden.

Digifysiska vårdlokaler är ett område som blivit alltmer uppmärksammat inom primärvården, vilket har för avsikt att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsmöjligheter för befolkningen av lättare slag. Det kan exempelvis handla om utvecklandet av självmonitorering och digitala vårdmöten där patient och läkare kan träffas via länk från olika lokalisering inom regionen. Detta område förutspås utvecklas av fler av respondenterna.

Hemsjukvård

Hemsjukvården har en tydlig koppling till primärvården i de flesta regioner genom bland annat läkaransvar och tillhandahållande av mobila team för hembesök. Inom Region Östergötland ser de en tydlig koppling även i form av de närvårdsplatser som erbjuds, där läkare kan lägga in patienter hos sig för en korttidssyn istället för att lägga in en patient på sjukhus. I de fall vårdcentraler har denna typ av vårdplatser är uppfattningen att det fungerar väl. De har även en så kallad tröskelprincip, vilket innebär att i de fall patienter kan ta sig över sin egen tröskel ska de kunna ta sig till primärvården, annars utför primärvårdens läkare hembesök.

Det har även uppmärksamats en ökning av hembesök under tiden av covid-19 pandemin, men inom Region Sörmland börjar man i dagsläget se att det återgår allt mer till tidigare nivåer. Även inom Västra Götalandsregionen har det uppmärksamats ett ökat behov av hemsjukvård. Detta ses som en effekt av införandet av vårdvalet. I dagsläget ligger detta under vårdcentralernas ansvar, men det finns inte några tydliga uppgifter gällande hur stor andel det är eller hur det egentligen är upplagt. Det finns funderingar kring hur hembesök påverkar framtida ytbehov, men det finns i nuläget ingen färdig ekvation för dess påverkan, även om det är något det funderas mycket kring.

Tydligast utvecklat samarbete med hemsjukvården återfanns i intervjuerna från Region Kalmar län, där läkare har schemalagd tid att åka ut till patienter i Borgholm kommun. Där finns ett utbrett samarbete mellan primärvård, kommun och sjukhus drivet av en engagerad verksamhetschef. Inkluderat i Borgholm är även ett virtuellt hemsjukhus med 250 platser, som under sommaren ökar till 300. Detta engagemang har samtidigt varit svårt att få fäste inom primärvårdsledningen och det används inte i övrigt.

Digifysiska vårdlokaler/e-hälsa

Den digifysiska vårdlokalen och digitalisering generellt för primärvården är ett område som diskuterats och funderats kring inom de flesta regioner och även effekter av pandemin har uppmärksamats i samband med detta. En representant från Region Uppsala menade att inställningen till det digifysiska vård sättet bland läkarkåren förändrats som en effekt av pandemin där fler patienter kontaktats på distans. Tidigare var läkarna restriktiva till detta, men börjar alltmer öppna upp för arbetssättet. Framförallt gäller detta digitala videomöten. Det är

främst digitala mötesrum som varit aktuellt under pandemin och utbyggnad och koppling till digitala undersökningsrum har varit mindre utvecklat.

Kopplingen mellan digifysiska vårdlokaler, e-hälsa och den fysiska primärvårdslokalen har i de flesta fall inte konkretiserats enligt representanterna i de genomförda intervjuerna. Delar av det digifysiska, såsom självcheckning i receptioner, självmonitoreringsrum, och digitala bokningslösningar för konsultationer och rehab lyftes som exempel på vad som görs och planeras att göras i regionerna. Det är ett aktuellt område som diskuteras och tittas på, men en tydlig konceptualisering saknas.

De tydligaste exemplen av digitaliserad primärsjukvård återberättades från representanter från de nordliga regionerna samt Region Stockholm. I Region Stockholm såg de en ökning av digitala vårdmöten till 9% av de totala besöken jämfört med ungefär 1% före pandemin. Region Gävleborg använder sig av ett digitalt undersökningsrum samt ett testrum för digitalt vådrum, vilket upprättades i samklang med Nära vård. Däremot såg de inte att användningen av testrummet var i tillräckligt hög grad och det har därefter byggts om det för annan verksamhet. Regionerna Västerbotten och Norrbotten har en mer uttalad bild av hur den digifysiska vården används, där det exempelvis används för blodtrycksmätningar från distanserade områden, monitoreringar med direktuppkoppling till sjukhus, utökad tillgänglighet till primärvården i form av kontaktmöjligheter, psykosociala team och digitala besök. Representanter från de båda regionerna uttryckte devisen ”Digitalt först, fysiskt vid behov”, vilket fått ett uppsving i och med pandemin. Även inom Region Jämtland Härjedalen jobbar de med digitalisering i form av självcheckningar och applikationer för att patienter lättare ska kunna få kontakt med primärvården hemifrån.

Ett exempel som togs upp var angående Capios vårdcentral Ringen, i Stockholm. Där hade ingen större effekt på vårdlokalerna märkts av efter ett mer digitalt arbetssätt. Läkare använde sina vanliga undersökningsrum för att ha digitala vårdmöten och det möjliggjorde för en större schemamässig flexibilitet, där mindre tid behövde läggas på rumsbokningar samt möjligheter för hemarbete för läkargruppen. Det innebar i förlängningen att sjuksköterskor inte behövde lägga lika mycket tid på att koordinera och planera för att istället ägna sin tid på annat. En representant från Region Gävleborg menade att vården och IT inom regionen inte tror att vårdlokalerna kommer att påverkas i någon större utsträckning av det digifysiska arbetssättet, men från fastighetssidan tror de nog att så kommer vara fallet.

Utöver frågan kring det digifysiska och dess påverkan på primärvårdslokaler uppmärksammades andra funderingar kring utvecklingen. Bland annat lyfte en representant från Region Östergötland problematiken kring generationsvariationer. Efterfrågan ser olika ut, där de kunde se en större önskan om digitala lösningar fanns bland de yngre generationerna, medan de äldre i större utsträckning föredrar den fysiska kontakten. En ytterligare fråga, lyft av representant från Västra Götalandsregionen handlade om huruvida det digifysiska kräver annan typ av utrustning och i så fall hur detta påverkar andra aspekter och krav som också inbegrips inom vårdlokaler. Detta löser man inom Region Kalmar län genom att förbättra kabeldragning för framtida utökad användning av digital utrustning vid olika rumstyper på vårdcentralerna.

Den digifysiska vården ses sammantaget som ett framtida arbetssätt och något som kommer och behöver utvecklas, samt kopplas till dess effekter på de fysiska vårdlokalerna. Att ställa in ”maskiner” med datorer i vanliga rum kommenteras av några som varande en enkel men inte tillräcklig lösning av digifysiska miljöer. Detta är en tjänsteutveckling för bokningar och informationsutbyte som behöver utvecklas

4.5 Drivande av förändring/utvecklingen inom primärvården

Drivandet av primärvård och utvecklande av primärvårdslokaler är ständigt påverkat av framtidsanalys och behovsprognostiseringar. Därför ställdes även frågor om vilka faktorer som anses vara drivande av förändringen och utvecklingen inom primärvården, ur ett framtidsperspektiv. Även framtida utmaningar behandlades, som effekter av nuvarande arbetssätt, lokalunderlag demografiska/geografiska förutsättningar.

I enkätundersökningen ställdes frågan *Vilka faktorer tror du kommer att påverka ert lokalbehov i störst utsträckning framöver?* Där de, upp till tre, främsta svarsalternativen efterfrågades. Det fanns även möjlighet att lägga till alternativ utöver de föreslagna, men ingen deltagare valde att utöka listan. Resultatet av denna enkätfråga finns presenterad i tabell 10, nedan.

Tabell 10. Påverkande faktorer av framtida lokalbehov.

	Antal	Procent
Ökad digitalisering	25	66%
Förändrade arbetsprocesser	18	47%
Ökat hemsjukvårdsansvar	7	18%
Fler mobila team	8	21%
Demografiska förändringar	6	16%
Ökat behov av förebyggande och hälsofrämjande arbete	9	24%
Mer specialiserad vård inom primärvård	20	53%
Ökade samarbeten med kommunala verksamheter	6	16%
Framtida pandemier	4	11%
Förändrad risk för hot och våld	5	13%
Förändring av politiskt styre	3	8%
Totalt av n=38 svaranden	111	

Ur enkätsvaren går att utläsa att de flest förekommande faktorerna som förväntas påverka framtida lokalbehovet är (1) ökad digitalisering, (2) mer specialiserad vård inom primärvård och, (3) förändrade arbetsprocesser. Samtliga svarsalternativ förekommer och är därmed av

vikt eftersom deltagarna ombads välja de tre faktorer som tros påverka lokalbehovet i *störst utsträckning*. Det finns därmed anledning att utvärdera ytterligare och analysera vad dessa faktorer i praktiken kan innebära för verksamheters lokalbehov – och vad som behöver göras för att möta dessa förändringar.

Kopplat till denna fråga ställdes även en prognostiserande följdfråga om hur vårdbehovet förväntas utvecklas. Den absoluta majoriteten (66%) menade att de såg ett framtida ökat vårdbehov, med resterande svar fördelades på 29% som inte visste och 5% som trodde sig se ett oförändrat vårdbehov i framtiden. Ingen av de 38 deltagande representanterna trodde sig se ett minskat vårdbehov i framtiden. Av dessa 38 svarade 17 deltagare på frågan om vilken typ av vård eller patientgrupp som anses drivande i det förändrade vårdbehovet av primärvård. Vanligt förekommande beskrivningar behandlade demografiska förändringar såsom befolkningstillväxt, högre antal äldre personer med komplexa och multipla vårdbehov, psykisk ohälsa bland unga samt effekter av Nära vård såsom utläggning av nuvarande sjukhusverksamheter till primärvården.

Hur dessa faktorer kan bemötas eller inte leder sedermera till regionernas förutsättningar att bemöta utvecklingen – och kan därmed ses som utmaningar, vilket utvecklades under de genomförda intervjuerna med representanter från landets regioner.

Utmaningar

I Region Norrbotten var en omorganisation en aktuell utmaning inom primärvården, där varje verksamhetschef skulle utgå ifrån specifika områden. Detta genomförs för att kunna utveckla samverkan, där det tidigare var väldigt mycket enskilt arbete bland hälsocentralerna (vårdcentraler). Avsikten är att det istället ska tänkas mer ”brett”, med överskridande arbete och med möjligheter till att exempelvis flytta personal och/eller patienter mellan hälsocentraler. Detta är en utmanande utveckling för den lokala primärvården inom regionen, vars effekter på primärvårdslokaler i nuläget är svårt att sätta om. En vidareutveckling av samverkan över hälsocentralerna är en utmaning i hur regionen kan samordna sina verksamheter – ”flera under färre tak eller alla under ett tak”, som en representant uttryckte det. Som patient kan då en möjlighet finnas till att träffa ett team av sjukvårdspersonal under ett och samma besök istället för att återkomma för separata vårdmöten. Detta teamarbetsätt förutspås komma påverka lokalbehovet och leda till förändringar, men inget konkret uttrycktes under intervjutillfället.

En annan utmaning som uppmärksammades vid intervju var skapandet av egna mottagningar för luftvägssymtom. I nuläget har inte regionen lokaler anpassade för detta, men det är något de undersöker om det går att utveckla och fortsätta arbeta med.

Aktuella utmaningar för Region Västernorrland uttrycktes vara främst ett gammalt fastighetsbestånd med renoveringsbehov. Detsamma gällde digitalisering, där fastighetsrelaterade förutsättningar inte behandlats vid intervjun. Frågor här avser digitalisering av fastighetsplaner, underhållsplaner och uppföljning med olika typer av digitala verktyg.

En relaterad utmaning som noterades av Region Halland var frågan om att många byggnader och system nått, eller snart nåt, teknisk livslängd. En fråga ställdes under intervjutillfället huruvida regionen ska lägga en massa pengar på hus som inte är anpassade för dagens vårdverksamhet, eller om de snarare ska byggas nytt. Det blir då även ett dilemma för regionen när närsjukvården inte kan bära kostnaden för de nya fastigheterna. Detta menas vara en jätteutmaning för regionerna.

Stora lokalkostnader menas också vara den främsta utmaningen för Region Västmanland, den största kostnaden efter personal. Framförallt i glesbygd var det problematiskt med stora lokaler med marknadsmässiga hyror. Samtidigt behövs det ändamålsenliga lokaler på dessa orter, vilket bedömdes vara en jätteutmaning för närvarande. En representant från regionen menade att en ytterligare utmaning ligger i ”att bryta gamla mönster!”.

Detta tema återspeglades även av Region Östergötland, som såg ett stort behov av om- och nybyggnad av primärvårdslokalerna då byggnadsbeståndet är föråldrat, med dålig tillgänglighetsstandard. De har under lång tid lagt stora resurser på att bygga sjukhus och ser nu att även primärvården kommer att komma ifråga för investeringar.

Region Uppsala såg, liksom Region Norrbotten, utmaningar i samordning. En informant från regionen menade att det inte sker någon form av samordning inom regionens primärvård överhuvudtaget. Ytterligare utmaningar bestod av bristande behovsanalyser, vilka enligt intervjun alldeles för ofta hoppades över. Verksamheterna går gärna direkt till en lösning av ett uttalat problem – vilket i största grad handlar om att de uttrycker behov av fler kvadratmeter. Samtidigt är detta svårt att göra på vårdcentral-nivå, där det är sjukvårdspersonal som sitter på nya stolar, vilket gör att de får ”mer av samma sak”. Det behövs så att säga en vitamininjektion i detta arbete menade informanten, inte minst då regionen använder sina lokaler ganska lite per dygn och kostnaderna för outnyttjade lokaler kunde lagts på personal.

Demografiska utmaningar

Bland de demografiska utmaningar som lyftes vid intervjuer var det framförallt två aspekter som pekades ut, en åldrande befolkning samt glesbygdsområden. En informant från Region Dalarna menade att en åldrande befolkning var deras främsta aktuella utmaning, där andelen äldre är hög och ser ut att fortsätta öka. Även om effekterna inte framstod som speciellt tydliga i dagsläget så ses detta som en framtida utmaning som i högsta grad kommer att påverka primärvården inom regionen. Även en representant från Region Stockholm lyfte åldrandet som en framtida utmaning, där befolkningen kommer att bli allt äldre och därmed även sjukare, ofta med multipla sjukdomsbilder som i sin tur ställer högre krav på vården och därmed blir mer resurskrävande.

Befolkningsfördelning och tillväxt lyftes av bland andra representanter från regionerna Västernorrland och Uppsala, där det i Västernorrland återfinns en hög utspriddhet bland befolkningen. Detta leder till ekonomiska utmaningar i form av att kunna erbjuda befolkningen likvärdiga vårdmöjligheter, oavsett var de bor inom regionen. Region Uppsala ser en befolkningstillväxt inom, och söder om Uppsala, medan det norröver i samma region inte finns någon tillväxt alls, medförande en allt högre andel äldre befolkning. Utmaningen blir därmed

att behoven ser olika ut och det ”blir olika saker att ta i” vad gäller planering och utförande av framtida primärvård. En utspriddhet av befolkningen i både stadsmiljö och glesbygd problematiserar underlaget för att kunna bygga nya primärvårdslokaler, eftersom etablering bygger på antalet listade.

Detta återfanns också enligt representanter i Region Sörmland, där några vårdcentraler har väldigt många listade och signalerar om lokalbrist. De satsar därför på familjecentraler, där BVC flyttar ut till barnmorskor och socialtjänsten. Enligt representanter från regionen har detta fallit väl ut, de ser markanta skillnader på antal besökare vid vårdcentraler när familjecentraler öppnats upp. Dessa fungerade som samlingspunkter och gjorde att befolkningen inte sökte sig lika mycket till vårdcentraler. Framförallt såg regionen att detta gällde personer med invandrarbakgrund. De har även valt att flytta ut familjecentralerna mot specifika bostadsområden med god effekt. Eftersom familjecentraler och vårdcentraler är separerade, sökte de att etablera familjecentralerna mot områden med högre andelar barn och barnfamiljer. Bland annat planeras en familjecentral för närvarande in i ett nytt och växande bostadsområde i Eskilstuna.

Familjecentraler med öppna förskolor placerade i mer segregerade områden var vanligt förekommande i Region Gävleborg, placerade efter behovsutredningar ihop med kommunerna. Det var enligt en representant från regionen mest förekommande i Gävle. En representant från Region Östergötland lyfte upp en liknande situation, där det i de större städerna återfanns ett varierande behov ur ett demografiskt perspektiv. Vissa områden har höga andelar barnfamiljer, andra har höga andelar äldre. De såg även vissa områden med hög tillväxt, vilket återspeglar det spridda behovet inom regionen.

Politiska utmaningar

En vanligt förekommande utmaning som togs upp i intervjuerna handlade om politiska inriktningar, både lokala, regionala och nationella. Den politiska påverkan över hur regionerna ska driva primärvården innebär att det kan förekomma snabba förändringar, vilket blir en faktor som påverkar förutsättningarna för den fysiska utformningen av primärvårdslokaler. En representant från Region Norrbotten exemplifierade detta genom att beskriva lokalbehovet, som förändrats. ”Tidigare lades det ned filialer med distriktssköterskemottagningar etcetera, nu behövs de igen. Vi har en ny politisk ledning, den tidigare ville centralisera [primärvården], och nu vill de decentralisera”. Region Skånes politiska inriktning är att etablera familjecentraler vid alla orter, samtidigt som primärvårdens fastighetsavdelning inte ser behovet av detta – det går inte jämnt ihop, vilket är en utmaning för regionen. Även Region Dalarna vittnade om politisk påverkan på primärvårdens lokaler, efter att ha haft samma politiska styre i 98 år. De hade då en väl utarbetad byggprocess, men efter en politisk övergång ifrågasattes byggprocessen om det verkligen var så det skulle genomföras och öppnade upp för en större etablering av privata aktörer – även om representanten inte kunde se någon riktig privat marknad i exempelvis Mora kommun.

Det politiska styret ställer krav på handlingskraftighet och flexibilitet inom primärvården och dess lokal- och fastighetsavdelningar. Väl inbyggda etableringsprocesser kan snabbt sättas på ända vid nytt politiskt styre och blir därmed en utmaning för regionernas hälso- och sjukvård.

Utmaningen ligger i att både kunna arbeta långsiktigt och konsekvent samtidigt som höjd för förändringar måste tas inom korta tidsintervall.

Nära vård

Omställningen till Nära vård har tagits upp tidigare, som en förutsättning och underlag för hur primärvården ska skötas och utvecklas. Det medför därmed utmaningar för primärvården och lokalfrågor kopplade till densamma. Detta syns bland annat ur resurssynpunkt, både genom kostnader för servicepunkter och för den personal som där ska vara verksam. En Nära vård innebär närliggande tillgång av primärvård, oavsett geografisk placering. En representant från Region Norrbotten beskrev utmaningen som ”personal som reser till en punkt som bara är öppen typ två timmar. . . [F]örsöker här se till möjligheter att samarbeta med kommunerna”. De försöker där möta utmaningen genom att samarbeta med kommunala sköterskor inom hemsjukvård istället för att behöva köpa in deras timmar.

Utmaningen ligger även, enligt informanter, i att ta ett helhetsbegrepp för vad Nära vård har för implikationer för lokal- och fastigheter inom primärvården. Det måste inkluderas i både etableringsplaner och försörjningsplaner, vilket inte är speciellt utbrett vid studiens förfarande. En representant från Region Uppsala beskrev läget som att de sitter i ”samma förvirrade tillstånd som de andra”. Det är ett område som det pratas mycket om på en högre nivå, men är väldigt olika i hur långt de olika områdena har kommit själva med detta tänk. En representant från Västra Götalandsregionen har ofta mött kommentaren att det är ”bra om andra leder utvecklingen där” när denne pratat med primärvårdsverksamheter. Regionen försöker gå i bräschen för att få folk att tänka annorlunda, men stöter ständigt på problemet att verksamheterna vill ha mer av det som redan finns och som de känner till, det är sällan de stött på att verksamheter vill förändra arbetssätt och kopplar det till lokallösningar.

Säkerhet

Det framkom under intervjuerna att regionerna står inför ett flertal utmaningar ur säkerhetssynpunkt. Detta rör bland annat fysisk säkerhet avseende hot och våld inom primärvårdens lokaler. Det inkluderar även säkerhet i form av smittskydd, vilket fått ett ökat fokus under Covid-19 pandemin. Utöver dessa två punkter, lyftes även säkerhet runt sekretess och integritet som en viktig utmaning att hantera inom primärvården.

Säkerhetsaspekter är utmanande då det ofta är flera olika krav som krockar; en representant från Region Stockholm exemplifierade det genom att lyfta kombinationen av personalens säkerhet, skydd mot brott, tillgänglighetskrav och brandkrav. De är många kravbilder och inte alltid att de är överens, vilket ställer till problem i den fysiska utformningen. Just personalsäkerhet är en aspekt som lyftes av flera informanter. Många regioner ser en ökad utsatthet bland både personal och patienter, Region Örebro län har bemött detta genom att leda entréer till väntrum för att sedan ha en säkerhetszon, vilket gör att patienter inte kommer längre in på vårdcentraler utan att bli vidare släppt av personal. Detta har enligt dem ökat säkerheten för både patient och sjukvårdspersonal. Region Kalmar län har börjat stänga igen vissa vårdcentraler på ett annat sätt än tidigare med utgångspunkt i säkerhet för personal.

En informant från Region Kronoberg menade att utformning av receptioner har förändrats inom regionen, från att det för 5–10 år sedan var vanligt med öppna receptioner har de alltmer stängts igen, både ur säkerhetssynpunkt men också som en effekt av pandemin. Detta har även lett till en säkerhetsfråga kopplat till sjuka patienter. Ibland krävs det att personal har full översyn av väntrummen exempelvis och då måste överblick prioriteras. Det är för regionen ett dilemma, där både tillgänglighet och översyn måste anpassas och kombineras med skydd av personal från hot och med beaktande av sekretess. Att det inte får vara för många i väntrummen samtidigt är en annan aspekt som framträder. Detta är, enligt representant från Regionen, en viktig punkt att få fram lösningsförslag på så att ”inte alla sitter och jobbar på det [väntrumslösningar]” samtidigt. Den ökade hotbilden har även lett till ett större behov av att tillkalla väktare till vårdcentraler vilket i sin tur kan påverka utformningen med avseende på entrélösning, plats för avskiljning, övriga besökare etc.

Ensamarbete på mindre orter är även en viktig punkt som lyftes under intervjuerna. Bemanning på mindre orter leder i flera fall till ensamarbete vilket ur ett säkerhetsperspektiv blir en utmaning. En representant från Västra Götalandsregionen funderade kring hur mycket resurser som det ska finnas och om det kan lösas genom exempelvis samverkan med andra aktörer. Det behöver ju inte uteslutande handla om primärvårdens personal, andra instansers verksamheter skulle kunna samlokaliseras och därmed minska på ensamarbete ur ett säkerhetsperspektiv. Informanten lyfte också vikten av att inte se hot och våld som något enbart förekommande i tätbebyggda områden. Det förekommer även en hel del incidenter på mindre orter. Om de primärvårdsfunktioner som ligger på mindre orter dessutom har högre grad av ensamarbete blir utmaningen än svårare.

Reception och väntrum var överlag de områden som behandlades mest ur säkerhetssynpunkt. En representant lyfte även säkerhet för sjukvårdspersonal då patient tas in för undersökning som en viktig punkt att inte glömma. Förändrade öppettider skulle även öppna upp för nya säkerhetskrav, med större kostnader för väktare som potentiell effekt.

Pandemin har lett till flera lokalmässiga utmaningar, Region Västmanland har till exempel byggt om samtliga vårdcentraler att fungera för infektionssmittade. De rustar även för detta vid nybyggnad. Det handlar då främst om separata entréer och väntrum. Region Dalarna identifierade avsaknad av sluss och separata flöden som en framträdande utmaning. Flera regioner menar sig ha lärt mycket från pandemin och förväntar sig att framtida primärvårdslokaler kommer dra nytta av dessa lärdomar.

En representant från Region Västerbotten lyfte samtidigt att det inte går att bygga allt för pandemier, den möjligheten finns inte ur ett ytperspektiv. Samtidigt kan lokaler anpassas genom att se till olika väntrumfunktioner, planera för separata infektionsmottagningar och att se till lösningar finns förberedda för delade eller separata kontor i förhållande till smittorisk för personal. Pandemin har även öppnat upp för diskussioner kring egenmonitorering, entrévårdar och separata ingångar utifrån.

Framtida planering

Planering inför framtiden handlade i hög utsträckning om underhåll och upprustning av primärvårdslokaler med renoveringsbehov men också om behov av nya lokaler. I Region Jämtland Härjedalen utvecklas nya hälsocentraler i Östersund och Funäsdalen, de tidigare lokalerna var i för dåligt skick så regionen var tvungna att bygga nytt. En representant från regionen lyfter vikten av att samtidigt inte bygga dessa nya hälsocentraler på gamla sanningar. De måste ta fart och organisera för att ta reda på hur den nya verksamheten ska se ut, så de letar efter referensobjekt för att se hur andra tänkt och som kan användas som goda exempel. Lokaliseringen av dessa var även viktig att ta hänsyn till, läggs de på fel ställen har regionen svårt att få personal att vilja arbeta där.

Även Region Kronoberg ser mycket tillbyggnader och ombyggnader framöver. Det handlar mycket om att bygga till, fler rum och separata ingångar beroende på förutsättningar. Ett exempel som nämns är en vårdcentral som flyttas ut från sjukhuset i Ljungby, som ska slås ihop med psykiatri och tandvård.

Separata flöden och entréer är även i aktuellt för Region Kronoberg, där det förts diskussioner om att skapa fler än ett eller två rum med separata ingångar. Utöver det undersöks även möjligheten till separata flöden i form av separat entré och utgång från primärvårdslokalerna för att få patientresan att bli mötesfri. Detta menar regionen även är användbart vid mer normala influensaperioder, utöver att ha sett till rådande pandemiläge.

Västra Götalandsregionen planerar och arbetar för att ta fram arbetssätt för den digifysiska vårdcentralen. Detta görs tillsammans med en grupp i Gökegård. De har även en professionsgrupp som arbetar med detta inom sin verksamhet.

En representant från Region Västerbotten berättade att de startat (2021) en förstudie för en ny hälsocentral strax utanför Umeå, med högt antal listade (ungefär 25 000). Representanten hade läst att den optimala storleken vore någonstans mellan 10 000 och 12 000. Det innebär att det kommer bli trångt menade de. De har för tillfället inte någon utarbetad fastighetsutvecklingsplan för hälsocentraler, utan löser problemen som de kommer. Samtidigt skapar detta problematik i form av att nya utmaningar kan uppstå som effekt. Det handlar ofta om receptioner, där personal och verksamhet vill ha slutna rum ur säkerhetssynpunkt. Det är en aktuell fråga för regionen i dagsläget. Representanten ser en problematik i att de inte kan ta ett helhetsbegrepp, utan en stor del av arbetet i dagsläget handlar om att lösa akuta frågor – det finns ingen långsiktig planering, frågorna ”hamnar i knät” och måste bara lösas. I regionen handlar det väldigt sällan om nybyggnad i övrigt, utan mest tillbyggnader och upprustningar av befintligt bestånd.

Region Kronoberg lutar sig mycket mot vad som finns tillgängligt i PTS:en, men bygger inte så mycket utifrån fakta och nyckeltal, det handlar mer om åsikter från medarbetare och tidigare erfarenheter. Detta kan möjligtvis vara ett resultat av att beslut måste tas snabbt i regionen menade de. En vanlig situation är att fastighetsverksamheten förväntas komma med förslag till lösningar, samtidigt som det finns en osäkerhet kring hur primärvårdsverksamheten kommer

att se ut framöver. Bland annat har det nya sjukhuset i Växjö bidragit till osäkerheten, då det inte är klart hur mycket av verksamheterna som kommer att flyttas ut till primärvården.

I Region Dalarna byggs en ny vårdcentral i Mora, som planeras vara klar under 2023. Samtidigt har en utgångspunkt varit att förstärka och delvis utöka och anpassa lokaler. Politikerna i regionen trycker på väldigt mycket angående etablerandet av familjecentraler. Detta leder till ett behov av framtida samarbete mellan politiker och kommuner inom regionen. De har även planerat att se över balansen mellan nyproduktion och upprustning av befintliga vårdcentraler. De flesta är från 80-talet och är i behov av att antingen renoveras eller avvecklas. Planen är framöver att inte bygga i egen regi utan att utnyttja kommunens aktörer som bygger specialfastigheter på kommunens mark.

4.6 Behov av stöd genom och från "konceptprogram"

En del av syftet med denna förstudie, förutom att presentera ett nuläge, är att vara underlag till utvecklandet av ett konceptprogram för primärvårdslokaler. Det var därför av intresse att ställa frågan, både i enkätstudie och vid intervjuer, hur behovet av ett konceptprogram ser ut bland landets regioner. En del av svaret på denna fråga togs fram genom att undersöka behovet av en komplett nationellt standardiserad vårdcentral eller motsvarande, vilket gjordes vid enkätundersökningen. Frågan berörde standardisering av exempelvis storlek, funktion och utrustning, se tabeller nedan.

Tabell 11. Ser ni ett behov av standardisering av (...)?

	Vårdcentral	Av primärvårdens lokaler
Ja	28 (76%)	32 (86%)
Nej	9 (24%)	5 (14%)
Totalt (n)	37	37

Av svarsunderlaget går det att utläsa en övervägande majoritet på ja-sidan för behov av standardisering av vårdcentraler totalt, men också avseende innehållet i lokalerna för primärvården. Det visar på ett behov av ett standardiserat koncept för primärvårdslokaler, samtidigt som innehållet från intervjuer och andra delfrågor av enkätundersökningen även förordar en flexibilitet, inte minst utifrån lokala sammanhang och förutsättningar.

En kompletterande fråga ställdes i enkäten avseende vilka lokaltyper som var av störst behov att standardisera – och därmed konceptualisera. Enkätfrågan tillät deltagarna att ange alla aktuella alternativ, genom frågan *vilken/vilka av följande lokaler/funktioner bedömer du skulle ha störst effekt att standardisera?* Denna finns presenterad i tabell 12, nedan.

Tabell 12. Funktioner/lokaler med störst effekt att standardisera.

	Antal svar	Andel av (n=32) svarande
Entré	10	31%
Väntrum	15	47%
Egenmonitoreringsutrymme	14	44%
Reception	20	63%
Personalrum	6	19%
Mottagningsrum/undersökningsrum	30	94%
Lab	18	56%
Administrativ arbetsplats	25	78%
Annat än ovanstående	6	19%

Samtliga alternativ förekom i svaren, med ett antal rum/funktioner som stod ut i form av mottagningsrum/undersökningsrum (94%), den administrativa arbetsplatsen (78%) och receptionen (63%). Vid svaret *Annat än ovanstående* gavs möjlighet till fritextsvar, vilket resulterade i ytterligare funktioner/rum. Dessa var:

- flödesfunktioner och reservkapacitet för att fungera bra i exempelvis situationer med pandemier,
- nyttjandegrader i form av hur ofta patienter är i patientmötesrum under öppettider,
- standardisering av ”pusselbitar” där varje del i en vårdcentral kan vara standardiserad men att varje enskilt projekt sätter samman den aktuella vårdcentralen

Den sista punkten kan sägas koppla till det övergripande syftet med utvecklandet av ett konceptprogram. Det finns ett uppenbart behov av stöd för flera delar av primärvårdslokalerna, samtidigt som det utifrån de genomförda intervjuerna framstod som förhållandevis tydligt att det inte eftersöks en helt standardiserad vårdcentral eller primärvårdsenhet eftersom förutsättningar och behov ser väldigt olika ut beroende på var i landet de ska lokaliseras.

Samtliga svarsalternativ i enkätundersökningen behandlades även under intervjuerna. En representant från Region Östergötland lyfte väntrummet som en viktig punkt att konceptualisera, framförallt baserat på erfarenheter av pandemin. Vad ska väntrummet användas till när patienter redan är inbokade i rum? Hur ska väntrummet utformas för att förebygga att patienter som väntar inte blir smittade i väntrummet?

Nyckeltal var även återkommande vid intervjuerna, det saknas till stor del riktlinjer för storlekar och exempelvis antal listade personer i planeringsfaserna av primärvårdslokaler. Det

finns ett behov av att ha tillgång till någon från ledningshåll som kan vägleda och avgöra vilka nyckeltal som är ”good enough”.

Andra rum/funktioner som efterfrågades för konceptualisering vid intervjuerna var egenvårdsrum, digitala lösningar och hemmonitorering, separerade flöden inom primärvården samt hur befintliga lokaler kan anpassas till detta utan att behöva bygga nytt, och att få verksamheterna att bättre förstå vad det är lokalerna kan bidra med. En representant från Region Kalmar län menade att det oftast är att lokalplanerare som driver projekten, det är sällan som verksamhetsutvecklare är delaktiga och jobbar med lokalfrågorna.

Behovet av koncept för receptionslösningar handlade vid intervjuerna mycket om utformning relaterat till tillgänglighet samt frågan om receptionerna ska vara öppna eller stängda, utifrån säkerhetssynpunkt.

Ett konceptprogram är inte enbart för fastighetsverksamheten att utgå från vid renoveringar och nyetableringar, det ska även kunna användas vid diskussion kring vårdverksamheternas krav på lokalutformning. Denna fråga ställdes i enkätundersökningen och svaren finns presenterade i tabell 13.

Tabell 13. På vilket sätt möter man verksamhetskrav bäst i lokalutformning?

	Antal	Procent
Ingen central styrning, lokalutformning löses på projektnivå i fall efter fall	5	12 %
Standardiserad process, starka riktlinjer för hur utformningsprocessen av lokaler ska genomföras	16	41 %
Standardiserade lokaler, starka riktlinjer för utformning, hur lokaler ska se ut	18	46 %
Total (n)	39	100 %

Utav de 39 som svarade var det en klar övervikt som menade att alternativ två och tre var de bästa sätten att bemöta verksamhetskrav avseende lokalutformning, med 41 respektive 46 % av svaren. Det finns med andra ord en önskan om både standardiserade processer med riktlinjer för hur utformningsprocessen av lokaler ska genomföras, och standardiserade lokaler med starka riktlinjer för utformningen av dessa.

Konceptprogrammet behöver dock fungera som ett stöd, snarare än strikta riktlinjer. Är det uppbyggt och skrivet på ett sådant sätt fyller det också en funktion för de som svarade det första alternativet av enkätfrågan – ingen central styrning, lokalutformning löses på projektnivå i fall efter fall. Hur konceptprogram slutligen ska användas måste dock bestämmas av de som driver projekten.

Det efterfrågades även vid intervjuerna att konceptprogrammen skulle inkludera ett strategiskt perspektiv, till exempel vad som ska prioriteras och vad ska inte ska det. Ett arbete med denna inriktning görs i Västra Götalandsregionen, där de jobbat i några år för att ”styra upp processen”. Finns inte resurser att göra allt som efterfrågas måste det prioriteras och stöd för detta skulle vara användbart. En representant från Region Östergötland beskrev behovet av stöd från konceptprogram som ”vill inte börja från ett oskrivet blad”, vilket kan ses talande för behovet av konceptualisering och till viss del standardisering.

Det är även av vikt att se till vilken organisation som producerar ett koncept menade några. En representant menade att SKR ”tar bättre” än CVA exempelvis. Det finns så att säga ett värde i att ha ett underlag som är understött av organisationer med tyngd eller betydelse.

Ett konceptprogram måste även fungera som ett verktyg att föra dialog utefter. En ödmjukhet efterfrågades för att personer ute i det kliniska arbetet inte har tidsmässiga förutsättningar att utveckla tankar kring hur vården kommer kan komma att förändras och se ut inom de kommande 5 eller 10 åren. Konceptet måste fungera som ett stöd för en dialog med verksamheten, fastighetsverksamheterna är ju utförare av uppdrag, inte ”utverkare” för hur uppdragen ska se ut, som en representant från Västra Götalandsregionen uttryckte det.

En representant från Region Stockholm efterfrågade även en ”light”-version, så att entreprenörer inte blir skrämde av mängden information. En tyngre, mer innehållsrik version

kan vara bra ur en strategisk synpunkt men med en kortare variant för det faktiska utförandet. Detta kan dock skapa en spänning mellan enkla exempel och mer utförliga beskrivningar som är underlag för verksamheter att diskutera.

Inom Region Dalarna efterfrågas det vilka utbudspunkter som behöver finnas inom regionen, en strategisk plan som kan matcha strategiska dokument. En slags förhållningspunkt på regionnivå i konceptprogrammet, konceptprogram för regional lokalisering.

En informant vid intervjuerna lyfte en önskan om inkluderande av aktuella projekt, vem bygger nytt och vad finns det för uppföljning? Blev resultaten bra? Detta efterfrågades även av andra representanter, såsom inkludering av ett batteri med goda exempel med bakgrund om hur de kom fram och vad som gjort dem till just goda exempel. Samtidigt verkade det som att ett flertal regioner såg till andra exempel, dessa skulle kunna samlas som inspiration och goda lösningar och förebilder.

4.7 Förebilder och exempel att ta med sig

En avslutande fråga ställdes vid intervjuerna kring vilka förebilder som finns (som respondenterna kände till), att ta lärdom från eller att utgå ifrån under exempelvis ett konceptprogram. Förebilder som det finns ett intresse i att, för regionernas primärvård, ta del av för att inspireras i det egna arbetet.

Det var framför allt ett exempel som återkom i kommentarer till denna fråga; Finspångs vårdcentrum, dels som ett exempel på hur tidigare sjukhuslokaler kan användas, dels som ett sätt beskriva samlokalisering av kommunal och regional vård för att göra patientresan så sammanhängande som möjligt. Bakom detta exempel finns också strävan efter en resurseffektiv lösning, där Finspång kommun hade svårt att ta på sig en sådan stor investering helt på egen hand. Lösningen att inkludera både kommunal och regional vård var därför intressant att undersöka för flertal representanter.

Region Östergötland i sin tur, såg mycket till hur Region Uppsala arbetar med primärvård. Framst som bekräftelse, då de arbetar på liknande sätt. De såg även till Västernorrland som inspiration för digitala arbetsätt, eftersom vården förändras mycket under kort tid. Det handlar så att säga om att hitta ett förhållningssätt till utveckling när det tar upp emot fem år att bygga nytt och det är svårt att planera för vad framtiden kommer med för förändrade behov.

En representant från Region Gävleborg lyfte Hallonbergen i Stockholm som ett gott exempel de tar efter, när de ser till bokningssystem.

Region Stockholm lyfte ett gott exempel i Bredäng – Sätra, där regionen arbetat med att utveckla nyckeltal och forma vårdcentralen därefter.

Kongahälla, i Kungälv, lyftes av en representant från Västra Götalandsregionen, som ett gott exempel på nytänkande och tillgänglighet för befolkningen. Denna mottagning ligger i ett köpcenter och kallas för hälsocenter.

Region Sörmlands arbete med förändrade öppettider lyftes som ett gott exempel av en representant från Region Örebro län. De jobbar med öppettider mellan 07 och 19, vilket har bemötts positivt. De har även sett till hur de arbetar i Region Skåne med ökad digitalisering i sina lokaler. Detta tittades även på av Region Halland, där det främst handlade om ett arbetssätt där personal sitter i samma rum för det administrativa arbetet för att sedan gå till de rum som behövs för exempelvis undersökningar.

Region Kalmar län lyfte Emmaboda familjecentral som ett gott exempel. Där är de samlokaliserat både familjecentral, rehab och hälsocentral. Det lyftes som ett bra exempel på hur man kan jobba under rådande pandemi. Ett annat exempel som togs upp var hur de jobbat med principrum i Oskarshamn. Där har de tittat på utformning i form av antal rum, separation av entréer samt möjligheter till att stänga till och öppna upp för andra typer av verksamheter inom vårdcentralen.

Borgholm togs även upp, av flera i intervjuerna, som exempel på hur primärvården kan utformas och användas för att arbeta på ett Nära vård-liknande sätt.

Inom Region Västernorrland beskrev man tar man inspiration av ny teknik och vad som kan tänkas komma framöver, såsom AI och hologram var termer som dök upp. De funderar även kring var personal i framtiden kommer att jobba ifrån. Detta är särskilt relevant för regioner med stora geografiska avstånd och glesbygd. En representant från regionen menade att de måste hjälpa vården att tänka annorlunda, såsom användande av bussar och liknande. För att vara med i framtiden behöver även frågor såsom elförsörjning och infrastruktur behandlas enligt informanten.

Omvärldsbevakning togs även upp som en viktig del att ta till sig menade flera, det behöver vara en daglig aktivitet. En representant från Region Halland lyfte PTS-nätverket och fastighetsnätverket som goda källor för detta. De tittade även på en familjecentral i Smålandsstenar som ett gott exempel att ta lärdom från. Främst utifrån att vårdens behov av lokaler ofta är något helt annat än vad lokalerna är dimensionerade för. Andra exempel att ta lärdom från som lyftes från regionens representanter var Capios vårdcentral i Strömstad, samt den Nötkärnans vårdcentral i Bergsjön, Göteborg. Det sistnämnda kommenterades med att det inte alltid är det fräckaste utformningarna man behöver jobba mot, men att det finns lärdomar att hämta och att det är nyttigt att se ”lite utanför boxen”.

5. Några inspel

Förutom forskningsutblicken, med den relativa lilla omfattningen av forskning riktad mot just primärvårdslokaler, och resultat och inspel från intervjuer och enkät så finns det andra inspel som är relevanta i detta sammanhang.

5.1 Nära vård som drivkraft

Nära vård är en omfattande förändring av svensk hälso- och sjukvård. En förändring i synsätt, arbetssätt, organisering men också avseende var vi möter sjukvården. Man kan rentav tala om ett behov av systeminnovation av hälso- och sjukvårdssystemet. Inriktningen med ett personcentrerat arbetssätt utifrån ett brukarperspektiv driver frågor om såväl organisering som arbetsprocesser och var dessa utförs.

Även om lokal- och byggprojekt redan idag har en stor påverkan och oftast kopplas till verksamhetsutvecklingsarbete, nya metoder, arbetssätt och liknande så måste arbetet med lokaler för Nära vård starta i en diskussion och ett utvecklingsarbete om hur man ska organisera och genomföra själva arbetet efter omställningen. Lokalfrågor behöver integreras med verksamhetsutvecklingsarbetet och inte kopplas på som ett byggprojekt efter att verksamheten definierat sina krav.

För just primärvården och vårdcentraler uppstår nya frågor. Inte sällan kring samlokalisering och/eller samorganisering. Med ökad omfattning av hemsjukvård, digitalisering av vårdtjänster, mobila team etcetera. så uppstår också ett behov av lokallösningar i en mängd olika sammanhang – olika lokaliseringar och olika omfattning av funktioner.

För att komma vidare i frågan om framtidens vårdbyggnadsstruktur, och primärvårdens och vårdcentralernas roll i denna, behöver regionerna besluta sig för grad av samordning och samverkan mellan organisationer och funktioner. Vill man spetsa till det kan man fråga om brukarna behöver primärvård och specialistvård, brukarna behöver ju bara en sömlös vård där alla aktörer samverkar i vårdprocessen oavsett vad leverantören kallar det. Naturligtvis behövs fördelning av ansvar och struktur i organiseringen av hälso- och sjukvård, men frågan om den också ska byggas.

Vidare, med Nära vårds hälsofrämjande perspektiv torde fler regionala- och kommunala verksamheter kunna relateras till just vården. Något som öppnar för än fler typer av samlokaliseringar.

För ytterligare läsning finns också två rapporter från CVA om just effekter på lokalbestånd, en med fokus på kommuner och en med fokus på regioner (Lindahl et.al; Thodelius et.al, båda 2021).¹³

5.2 SKR, Den robusta vårdcentralen

År 2019 gjorde SKR en förstudie med titeln *Förstudie Robust Vårdcentral* (SKR, 2019). Den rapporten har under våren 2022 fått ny aktualitet. Rapporten togs fram som en förstudie till en eventuell vägledning för robusta vårdcentraler. Avsikten var att ta fram underlag för vad en vägledning skulle kunna innehålla.

¹³ Dessa finns att ladda ner från CVA hemsida, <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/sidor/default.aspx>

Det konstateras i rapporten att vårdcentraler ska kunna klara såväl vardag som allvarliga påfrestningar, och i detta kunna vidmakthålla sitt ansvarsområde i vårt hälso- och sjukvårdssystem. Vidare konstateras att totalförvarsplaneringen har återupptagits för att hantera nya komplexiteter, utmaningar och sårbarheter i samhället.

Rapporten har funnit att det finns en bred enighet om att samtliga vårdcentraler inte behöver kunna upprätthålla samma nivå på robusthet och att en differentierad modell bör tas fram där ”strategiskt utvalda” vårdcentraler ska ges en högre robusthet för att kunna hantera samhällsstörningar. Det påpekas också att samspel mellan olika vårdverksamheter är nödvändigt för att hälso- och sjukvården ska kunna vara motståndskraftig och uthållig.

Det föreslås i rapporten en struktur med tre nivåer där; nivå 1 har *särskilt uppdrag i kris och krig*, nivå 2 ett *särskilt uppdrag i kris* och nivå 3 ett *grunduppdrag i kris*. Detta påverkas i sin tur av vårdcentralers uppdrag, dess geografiska läge, demografi, tillgång på resurser som andra vårdverksamheter och samverkan med kommunal verksamhet.

Förstudien resulterar i ett förslag att fram ”en vägledning med titeln *Robust vårdcentral – en del av en motståndskraftig och uthållig primärvård*” Som innehåll föreslås följande områden:

- behovsanalys och prioritering av robusta vårdcentraler
- dimensionering av robusthet (utifrån tre nivåer)
 - fastighet och fastighetstekniska system
 - försörjningsflöden
 - behov av krisberedskap
- framtagande av strategi och beslutsunderlag
- hur robusthetsfrågor kan hanteras i uppdragsbeskrivningen (vårdval)
- hur robusthetsfrågor kan hanteras i lokalanskaffningsprocessen
- hur samverkan kan ske

Nuläget, 2022, på denna rapport och förslaget att fram en vägledning har inte gått att få fram. Krisen i Ukraina torde dock inte göra frågan mindre relevant.¹⁴

5.3 Närsjukhus, är det samma sak som utökad primärvård?

Närvård och närsjukvård är termer som används sedan 1990-talet. De har diskuterats som såväl vårdens framtid som ett koncept som rör till det mellan vårdens nivåer. Termen Närsjukhus diskuteras av Anders Melin (2012) i hans licentiatuppsats med titeln *Närsjukhuset – fysisk struktur för patientfokuserad vård*.¹⁵ I denna rapport lyfts utvecklingen från mindre sjukhus med bred verksamhet till dagens situation med primärvård relaterad till färre akutsjukhus.

¹⁴ I samband med denna förstudies färdigställande, maj 2022, har också Chalmers/CVA varit remissinstans avseende ”Remiss förstudie om programmet Sjukvårdens säkerhet i kris och krig”.

¹⁵ Rapporten innehåller en beskrivning av dessa begrepps utveckling och koppling till sjukvårdens utveckling.

Själva termen Närvård har använts för att beskriva den vård som behöver finnas nära patienten eller brukaren. I detta avseende kan det kopplas till den nu pågående utvecklingen kring Nära vård där bland annat primärvården och personcentrering är i fokus. Som byggnadstyp är det dock inte en utveckling av primärvårdslokaler som har avsetts med utvecklingen av Närsjukhus. Bakgrunden står istället att finna i en utveckling av länsdelsjukhus och tidigare lasarett, en utveckling som är baserad på verksamhetsutveckling som också fått effekt på lokalanpassningar. Under 1980-talet då primärvården utvecklades flyttade funktioner och verksamheter ut från de tidigare mer kompletta länsdelsjukhusen och lasaretten och de behövde finna nya benämningar på sin verksamhet. Närsjukhuset, som nu inte har akutfunktioner utvecklades istället till en form av specialistsjukhus. Det första helt nya närsjukhuset som byggts är Angereds närsjukhus från år 2015.

I Västra Götalandsregionen, VGR, används begreppet närsjukhus för de nya specialistsjukhus som uppförs för att öka tillgänglighet i den öppna specialistsjukvården. De ska även ”stå för nytänkande och innovation och ska utmana befintliga former för att bedriva nära hälso- och sjukvård.” (VGR, 2022)

Sammantaget speglar diskussionen om verksamhetsinnehåll det behov av nivåstrukturer som identifierats i arbetet med nära vård. (Thodelius et.al, Lindahl et.al, båda 2021) Vilken utveckling primärvården ska ta bestäms därför delvis av vad som lokaliseras till andra platser och nivåer i en region samt vilka krav på samverkan som ställs i samband med detta. Någon bred nationell utveckling för att utveckla närsjukhus som byggnadstyp har vi inte kunnat identifiera, dock prövas olika varianter av samlokalisering och i vissa fall utflyttning av verksamhet från sjukhus. Nära vård kan också genom fokus på närhet till, och tillgänglighet för, patienter leda till en vidare utveckling av de tidigare mindre sjukhusen.

5.4 Nordisk utblick

Samtidigt med Nära vård och förändrade roller för våra sjukhus sker liknande utveckling i de nordiska länderna. I själva verket är just förändringen mot en mer betydande primärvårdsroll något som pågått i hela Norden sedan mer än 20 år. Den nordisk primärvården utsatt för ungefär samma utmaningar, demografiska förändringar med en åldrande befolkning, mer kroniska sjukdomar, strävan efter kortare sjukhusvistelser med en konsekvens för primärvården, rekrytering och bemanning.

De nordiska länderna är i mycket lika, men regionala förutsättningar är mycket olika liksom det faktum att norra delen av Norden är glesbefolkad med svårigheter att göra breda satsningar. Styrsystemen är också olika där Finland och Sverige har decentraliserade system (regioner) medan det i Danmark och Norge är fördelat på flera organisatoriska nivåer. I Danmark och Norge är primärvården inte sällan löst genom allmänläkare som bedriver egen verksamhet medan det i Finland och Sverige är anställda läkare med ofta regional arbetsgivare som bedriver primärvård. Det finns i rapporten “Primary Health Care in the Nordic Countries” av Danish center for social science research (Tange Larsen et al., 2020) en rad likheter och olikheter beskrivna. De visar på olika historisk bakgrund, struktur på finansieringssystem etcetera.

Lokalfrågor tas inte upp i rapporten, dock lokaliseringsfrågor. Detta ses som en spegling av strukturen på hälso- och sjukvårdssystemen. Man pekar på att det i samtliga nordiska länder pågår diskussioner, med olika framgång, om hur olika vårdnivåer ska samverka, integrering med annan samhällsservice, och hur nivåstruktureringen ska se ut.

Utvecklingen ovan har en påverkan på lokalfrågor även om detta inte tas upp i rapporten. Inte minst lokalisering, men också frågor om samlokalisering/integrering mellan verksamheter är en lokalfråga. Alla vårdmöten är dessutom fysiska även om sättet att kommunicera är digitalt. Detta och de ökade kraven från användarna av vården samt bemanningsutmaningar kommer också att påverka framtidens primärvårdslokaler, såväl in Sverige som i Norden.

5.5 En kort europeisk utblick

En fråga som då och då ställs är hur utformas vårdcentraler utanför Norden. Svaret är ju det att primärvårdsfunktionen organiseras och ges lokaler på många olika sätt beroende på hur just vården är organiserad, finansierad och strukturerad.

Ett relevant exempel, mot bakgrunden av Nära vård, är utvecklingen i Italien. 2015 startades en utveckling för att få fram lokala hälsocenter, Casa della Salute. Dessa skulle fånga upp behov inom en del av en stad eller region. Framförallt skulle de vara just en bred verksamhet. Under pandemin har detta arbete avstannat och under 2022 startade ett liknande arbete, denna gång med fokus på aspekten Casa della comunita, en omfokusering på just det lokala sammanhanget snarare än bredden av vårderbjudandet. Detta omfattar nu också en integrering av socialtjänst och andra myndighetsfunktioner. En diskussion som också först i Finland. Detta arbete är nu pågående, varför inga omfattande erfarenheter finns, men det visar på hur primärvården utvecklas mot en integrerad samhällstjänst där lokalisering och lokalutformning kommer att påverka frågor som spänner från säkerhet till upplevelser av vårdmiljön.

6. Sammanfattning

Att ge en sammanfattad bild av denna förstudie är utmanande, variationsrikedomen är stor såväl avseende behov som lösningar. Det efterfrågas också allt oftare tydliga lösningar, svar som kan resultera i effektiva lösningar. Samtidigt vill få låsa sig till standards eller i förväg definierade lösningar. Att helt bestämma hur vårdmiljöer ska se ut och planeras låser dessa miljöer till nuvarande arbetssätt och teknik. Att samtidigt bygga flexibelt och robust leder dock inte sällan till kostnader som inte ryms inom de investeringsbudgetar som finns. Till detta ska läggas frågor kring cirkularitet, hållbarhet, Nära vård med flera aspekter.

Dessa utmaningar, rentav motsägelsefulla, rymmer dock en utvecklingspotential, det finns en rad utvecklingsspår som alla för med sig behov av typlösningar, verksamhetsfrågor, nyckeltal och kanske inte minst indikerar ett behov av ett forum för att diskutera och dela erfarenheter. Detta är i linje med de behov av ökad samverkan som identifierats efter pandemin.

Framträdande trender är frågor kring samlokalisering respektive möjligheter genom utlokalisering av funktioner (för att nå medborgare enklare), digitalisering och att det finns ett behov av renovering av befintliga lokaler. En annan aspekt är behovet av nivåstrukturering, det vill säga att förändringsarbetet kring Nära vård också innebär ett behov av att besluta vilken vård som ska utföras var och inom vilken organisation. Kanske kan man säga att tydliga beslut om vilka effektmål som ska styra är centralt – och att dessa följs upp.

Inte sällan talas det om ägarperspektivet, detta leder till en fråga om systemsyn. En utmaning ligger i tvärsnittet mellan fastighet och vårdverksamhet. Här torde en större samverkan genom verksamhetsutvecklingsarbete vara ett sätt att öka måluppfyllelse. Samtidigt, ett renodlat lokalperspektiv kan inte helt gagna verksamheter, den inre logiken i fastighetsverksamhet vill optimera fastigheten på samma sätt som verksamheten i sin tur vill optimera sina processer – här uppstår behovet av kunskapsutveckling och ett gemensamt sättande av mål för vårdens verksamhetslokaler.

Primärvårdens lokaler är inte komplexa. De är till för det personcentrerade mötet mellan vård och patient. Samtidigt är det svårt att definiera hur de ska se ut och fungera. Paradoxalt nog har några regioner detaljerade riktlinjer samtidigt som gemensamma överenskommelser nationellt är svårt att uppnå. I viss utsträckning finns det framforskade data, evidens, och metoder som stöd, i många fall behöver ny kunskap utvecklas. Steg ett i ett utvecklingsarbete är därför att konstatera, liksom vi gör i denna förstudie, att det finns olika förutsättningar och att processen kring utformning av primärvårdslokaler måste vara det gemensamma kunskapsbygget – inte enskilda solitärt optimerade byggstenar.

7. Referenser

- 1177 Vårdguiden. (u.å). *Hälsotorget*. Hämtat den 12 Maj 2021 från:
<https://www.1177.se/Gavleborg/sa-fungerar-varden/varden-i-gavleborg/ovriga-mottagningar-gavleborg/halsotorget/>
- Eriksson, E., Alexandersson, P., Gadolin, C., Eriksson, J. & Lindahl, G. (2021). *Covid-19-pandemins effekter på Nära vård: En intervjustudie med företrädare från kommuner, primärvård, sjukhus och regioner*. CHI, Chalmers.
https://skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a998b/1616443145978/Rapport_Covid-19-pandemins-effekter-pa-Nara-varld.pdf
- Boman, E., Glasberg, A. L., Levy-Malmberg, R., & Fagerström, L. (2019). 'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia. *BMC Nurs*, 18(25). doi:<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-019-0350-2>
- Bronsky, E., McGraw, C., Johnson, R., Giordano, K., Orlando, A., & Bar-Or, D. (2017). CARES: A Community-wide Collaboration Identifies Super-utilizers and Reduces Their 9-1-1 Call, Emergency Department, and Hospital Visit Rates. *Prehospital Emergency Care*, 21, 693-699. doi:10.1080/10903127.2017.1335820
- Capio. (u.å). *Om Capio*. <https://capio.se/om-capio/>
- CVA. (2021). *EBD 2020 – Evidensbaserad Design: Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön* (CVA rapport).
https://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20f%c3%b6r%20V%c3%a5rdens%20Arkitektur/2021/EBD_2020_-_Evidensbaserad_Design.pdf
- Tange Larsen, A., Bonde Klausen, M. & Højgaard, B. (2020). *Primary Health Care in the Nordic Countries: Comparative Analysis and Identification of Challenges*. VIVE, The Danish center for social science research.
<https://www.vive.dk/media/pure/15439/4892199>
- FoU i Sverige. (u.å). *Välkommen till FoU i Sverige*. Hämtat den 30 Mars, 2021, från
<https://www.researchweb.org/is/sverige>
- Griffin, P. M., Scherrer, C. R., & Swann, J. L. (2008). Optimization of community health center locations and service offerings with statistical need estimation. *IIE Transactions*, 40(6), 880-892. doi:10.1080/07408170802165864
- Holmström, C. (den 9 September 2020). *Vårdcentraler i privat regi*.
<https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/vardcentraler-i-privat-regi/>
- Isaksson, D., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2016). Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research*, 16(28), 16-28. doi:<https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12913-016-1259-z>

- Landstinget Blekinge. (Januari 2016). *Programplan - Framtidens hälso- och sjukvård*.
[http://styrelsemote.se/PublicLtBlekinge/files/Blekinge%20Landstingsstyrelsen%20\(LS\)/2016-03-29%200900%20%20Landstingsstyrelsen/013%20B%2003%20Programplan%20Framtidens%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd.pdf](http://styrelsemote.se/PublicLtBlekinge/files/Blekinge%20Landstingsstyrelsen%20(LS)/2016-03-29%200900%20%20Landstingsstyrelsen/013%20B%2003%20Programplan%20Framtidens%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd.pdf)
- Landstinget Sörmland. (den 20 juni 2017). *Styrande dokument - Region Sörmland*.
<https://regionsormland.se/demokrati-insyn/styrande-dokument/>
- Landstinget Värmland. (den 22 September 2015). *Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård Landstinget Värmland*.
<https://www.regionvarmland.se/globalassets/global/om-regionen/vision-mal-och-uppfoljning/framtidens-varld/rappport-utvecklingsplan-for-framtida-hs-varld.pdf>
- Lindahl, G., Thodelius, C., & Widmark, J. (2021). *Kommunernas verksamhetslokaler och särskilda boenden kopplat till Nära Vård* (CVA Rapport), CVA. Chalmers.
<https://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20f%C3%B6r%20V%C3%A5rdens%20Arkitektur/2021/Kommunernas%20verksamhetslokaler.pdf>
- Locum. (2021b). *Sollentuna Sjukhus*. <https://www.locum.se/husen/sollentuna-sjukhus/>
- Maun, A., Wessman, C., Sundvall, P. D., Thorn, J., & Björkelund, C. (2015). Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership?—An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. *BMC Health Services Research*, 15(417). doi:10.1186/s12913-015-1082-y
- Newbery, S., & Malette, J. (2021). Integration of care in Northern Ontario: Rural health hubs and the patient medical home concept. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 26(1), 7-13. doi:10.4103/CJRM.CJRM_103_19
- Närhälsan. (den 10 Februari 2021). *Om Närhälsan*. <https://www.narhalsan.se/om-narhalsan/>
- Region Blekinge. (den 12 Juni 2017). *Länsövergripande samverkansavtal 2018-2020*.
<https://regionblekinge.se/download/18.57ae2ef61702f2b1a282e99a/1582291696130/L%C3%A4ns%C3%B6vergripande%20samverkansavtal%202018%E2%80%932020.pdf>
- Region Blekinge. (den 20 November 2020). *Vi flyttar hälso- och sjukvården närmare dig*.
<https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/framtidens-halso--och-sjukvard-i-blekinge/nara-varld.html>
- Region Dalarna. (2019). *Verksamhetsplan 2019-2020 Hand i Hand samverkan och utveckling*.
<https://www.regiondalarna.se/contentassets/0887c26a8f47425f8b11283a80a31f05/verksamhetsplan.pdf>
- Region Gotland. (den 3 juni 2020a). *80/20 - En arbetsmodell för läkare i primärvården*. Hämtat från Region Gotland: <https://www.gotland.se/80-20>

- Region Gotland. (den 4 Mars 2020b). *80/20 - En arbetstidsmodell för läkare i allmänmedicin inom primärvården Region Gotland*. <https://www.gotland.se/107274>
- Region Gotland. (den 15 december 2020c). *Krav- och kvalitetsbok för primärvård på Gotland 2021*.
<http://dokument.gotland.se/IntegrationService.svc/GetDocumentContent?documentNumber=3991>
- Region Gotland. (den 26 Oktober 2020d). *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*.
<https://www.gotland.se/halsoochsjukvardsforvaltningen>
- Region Gävleborg. (den 14 Oktober 2020). *Sju programområden*.
<https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-var-d/sju-programomraden/>
- Region Gävleborg. (den 28 September 2020b). *Region Gävleborg öppnar nytt hälsotorg i Tullhuset*. <https://www.regiongavleborg.se/nyheter/region-gavleborg-oppnar-nytt-halsotorg-i-tullhuset/>
- Region Jämtland Härjedalen. (den 19 Juni 2018a). *Digitalisering*.
<https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivarepartners/halsoochsjukvard/naravardisamverkan/digitalisering.4.5c93b37a1640080f3a0131.html>
- Region Jämtland Härjedalen. (den 12 Augusti 2019a). *Nära vård i samverkan*.
<https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivarepartners/halsoochsjukvard/naravardisamverkan.4.5c93b37a1640080f3a011b.html>
- Region Kalmar län. (2019a). *Handlingsplan Omställning till nära vård i Region Kalmar län*.
<https://regionkalmar.se/Documents/Samarbetsportalen/Uppdrag%20och%20samverkan/N%c3%a4ra%20v%c3%a5rd/Styrdokument/Handlingsplan%20Omst%c3%a4llning%20till%20n%c3%a4ra%20v%c3%a5rd%20Region%20Kalmar%20l%c3%a4n.pdf>
- Region Kalmar län. (2019c). *Oskar - samverkan mellan kommun och Region Kalmar län*.
https://regionkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-region-kalmar-lan/
- Region Kronoberg. (den 23 Oktober 2020a). *Hyroberoende vård*.
<https://www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/framtidens-var-d/oberoende-av-hyrpersonal/>
- Region Kronoberg. (den 11 Mars 2020b). *Närmare kronobergaren - hälso- & sjukvårdens utvecklingsstrategi*. <https://www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/framtidens-var-d/narmare-kronobergaren---halso--och-sjukvardens-utvecklingsstrategi/>
- Region Norrbotten. (den 16 November 2020b). *Digitalen - vård där du är*.
<https://www.norrbotten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Digitalen/>
- Region Norrbotten. (den 3 Januari 2020c). *Division Närsjukvård*.
<https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Organisation/Division-Narsjukvard/>

- Region Skåne. (den 15 December 2020a). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021*. <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppdrag-halso-sjukvard/uppdrag-2021/#191593>
- Region Skåne. (den 3 Mars 2020b). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021*. <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2021/uppdrag-hs-2021.pdf>
- Region Skåne. (den 13 Januari 2020c). *Skånes digitala vårdssystem*. <https://www.skane.se/organisation-politik/Vart-uppdrag-inom-halso--och-sjukvard/skanes-digitala-vardsystem/>
- Region Stockholm. (2012). *Framtidsplan för hälso- och sjukvården*. <https://www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/3-karnverksamhet/halso--och-sjukvard/halsa-var-d-framtidsplan-1-steget.pdf>
- Region Stockholm. (2014). *Framtidsplanen, Tredje steget i genomförandet, Stockholms läns landsting*. <https://www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/styrande-dokument/3-karnverksamhet/halso--och-sjukvard/framtidsplanen-tredje-steget-ls-1409-1068.pdf>
- Region Stockholm. (2020). *Genomförandeplan för primärvårdsstrategin 2019-2025*. <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvar-dnamnden/2020/200128/genomforandeplan-for-primarvar-dsstrategi.pdf>
- Region Stockholm. (2021a). *Akademiska vårdcentraler*. <https://vardcentraler.sll.se/akademiska-var-dcentraler/om-avc/>
- Region Stockholm. (2021b). *Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO*. <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/Stockholms-lans-sjukvar-ds-omrade-SLSO/>
- Region Stockholm. (2021c). *Så förändras sjukvården i Stockholm*. <https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-var-d/framtidsplanen/>
- Region Sörmland. (den 6 Oktober 2020a). *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021*. <https://samverkan.regionsormland.se/for-var-dgivare/halsoval/var-dval-primarvar-d-halsoval/regelbok-primarvar-d/>
- Region Sörmland. (2020b). *Inriktning för primärvården i Region Sörmland*. <https://samverkan.regionsormland.se/for-var-dgivare/halsoval/var-dval-primarvar-d-halsoval/regelbok-primarvar-d/>
- Region Sörmland. (2021). *Bilaga 1.2 Checklista för lokaler och fysisk tillgänglighet*. <https://samverkan.regionsormland.se/for-var-dgivare/halsoval/var-dval-primarvar-d-halsoval/regelbok-primarvar-d/>
- Region Uppsala. (2018). *Effektiv och nära vård 2030 - Målbild och strategi*. Hämtat från Regionkontoret: <https://regionuppsala.se/globalassets/samverkanswebben/samverkan-inom-halsa-och-var-d/effektiv-och-nara-var-d-2030/slutrapport-utredningen-effektiv-och-nara-var-d-2030-2018-04-27-1.pdf>

- Region Uppsala. (2019). *Slutrapport slutgiltig: Övergripande: Projekt Vårdcentrum del 2*.
<https://regionuppsala.se/globalassets/samverkanswebben/samverkan-inom-halsa-och-varld/effektiv-och-nara-varld-2030/varldcentrum-del-2-slutrapport-slutgiltig-overgripande.pdf>
- Region Uppsala. (2021a). *Vårdformer i Region Uppsala*. <https://regionuppsala.se/det-har-gor-vi/vara-verksamheter/halso-och-sjukvard/vara-varldformer/>
- Region Uppsala. (2021b). *Nära vård och hälsa*. <https://regionuppsala.se/det-har-gor-vi/om-region-uppsala/organisation/nara-varld-och-halsa/>
- Region Uppsala. (2021e). *Område - effektiv*.
<https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-varld/halsa-och-varld/effektiv-och-nara-varld-2030/malomrade-effektiv/>
- Region Uppsala. (2021f). *Målområde: förebyggande och hälsofrämjande*.
<https://regionuppsala.se/samverkanswebben/samverkan-och-utveckling/halsa-och-varld/halsa-och-varld/effektiv-och-nara-varld-2030/malomrade-forebyggande-och-halsoframjande/>
- Region Västra Götaland. (den 3 december 2021). *Högsbo närsjukhus – tillsammans för en vård i framkant*. <https://www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/satsningar-och-samarbeten/hogsbonarsjukhus/>
- Region Västerbotten. (den 14 Februari 2020a). *Vad är en god och nära vård?*
<https://www.regionvasterbotten.se/god-nara-och-jamlik-varld/god-och-nara-varld/vad-ar-god-och-nara-varld>
- Region Västernorrland. (den 30 Juni 2020a). *Digga hälsocentral*.
<https://www.rvn.se/sv/Vard-o-halsa/pagaende-projekt/digga/>
- Region Västernorrland. (den 30 Juni 2020b). *Mål*. <https://www.rvn.se/sv/Vard-o-halsa/pagaende-projekt/digga/mal/>
- Region Västernorrland. (den 30 Juni 2020c). *Delprojekt*. Hämtat från Region Västernorrland:
<https://www.rvn.se/sv/Vard-o-halsa/pagaende-projekt/digga/delprojekt/>
- Region Västernorrland. (2021). *Vårdval Primärvård, Regelbok 2021*.
<https://www.rvn.se/contentassets/e197dc05d7ea4f7d9f5a64d3724d11f7/regelboken-2021/varldval-primarvard-regelbok-2021.pdf>
- Region Västmanland (den 3 december 2021) <https://regionvastmanland.se/varldgivare/avtal-och-samverkan/primarvarden/>
- Region Örebro län. (den 17 December 2020). *Så är vi organiserade och varför*.
<https://www.regionorebrolan.se/sv/varld-och-halsa/sa-fungerar-varden-i-regionen/sa-ar-vi-organiserade-och-varfor/>
- Region Östergötland. (2019). *Primärvårdcentrum 2019*.
<https://dokument.regionostergotland.se/Politiska%20dokument/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/Avtal%20om%20h%C3%A4lso->

%20och%20sjukv%C3%A5rd/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdscentrum/Prim%C3%A4rv%C3%A5rdcentrum%202019.pdf

Region Östergötland. (2020). *Hälso- och sjukvård*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/Verksamheter/halso--och-sjukvard/>

Region Östergötland. (2021a). *Vårdcentrum Finspång*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/nara-var-d-i-ostergotland/var-dcentrum-finspang/>

Region Östergötland. (2021b). *Röntgenheten i Mjärdevi*. <https://www.regionostergotland.se/Om-regionen/nara-var-d-i-ostergotland/rontgenheten-i-mjardevi/>

SKL. (2017). *Ansvarsfördelning Kommunernas hälso- och sjukvård*. Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm.

SKR. (2019). *Slutrapport, Förstudie robust vårdcentral*. Sveriges Kommuner och Regioner, Stockholm.

SKR. (den 25 Februari 2020). *Vad är definitionen av primärvård?* Hämtat den 1 April 2021 <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/tillganglighetprimarvarden/verksamhetsstodutokaduppfoljningiprimarvarden/fragorochsvromutokaduppfoljningiprimarvarden/faqallmantomrapportering/vadardefinitionenavprimarvard.317>

SKR. (den 6 April 2021). *Webbvisualisering*. Hämtat den 21 april 2021, från <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNGY4ODRjNzYtOTkyMC00YzU4LTk3NDgtYzU4ZTY1MmM1NGNjliwidCI6IjE5YjJhNjc2LWRINTItNGY0NC1hNjdjLTViNi44NTA3ZDAxNSIsImMiOjh9>

Starfield, B. (2009). Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity & Society*. 2009;33(1-2):56-73. doi:10.1177/016059760903300105

Thodelius, C., Widmark, J., Lindahl, G., & Adam, A. (2021). *Framtidens vårdbyggnadsstruktur: Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen*. CVA - Centrum för Vårdens Arkitektur. <https://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20f%C3%B6r%20V%C3%A5rdens%20Arkitektur/publikationer/2020/Framtidens%20v%C3%A5rdbyggnadsstruktur%20CVA%20rapport.pdf>

Vårdföretagarna. (September 2020). *Privat Vårdfakta 2020*. Hämtat den 12 mars 2021, från <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2020/09/privat-var-dfakta-2020.pdf>

8. Referenser från litteratursökning

- Abdel-Maksoud, A. H. (2017). Interior Design in Improving Smart and Sustainable Healthcare A Case study on Pediatrics Clinics. *International Design Journal*, 7(3), 15–36.
- Alfonsi, E., Capolongo, S., & Buffoli, M. (2014). Evidence Based Design and healthcare: an unconventional approach to hospital design.” *Ann Ig*, 26(2), 137-43.
- Baskaya, A., Wilson, C., & Özcan, Y. Z. (2004). Wayfinding in an unfamiliar environment: Different spatial settings of two polyclinics. *Environment and Behavior*, 36(6), 839–867.
- Battisto, D., & Franqui, D. (2013). Linking Programming, Design and Post Occupancy Evaluation: A Primary Care Clinic Case Study. *ARCC Conference Repository*.
- Berry, L. L., & Parish, J. T. (2008). The impact of facility improvements on hospital nurses. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(2), 5–13.
- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T., Ulrich, R., & Rasmanis, G. (2005). Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and environmental medicine*, 62(3). <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.017632>
- Brambilla, A., & Capolongo, S. (2019). Evidence Based Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes. *Annali di igiene medicina preventiva e di comunità*, 2019; 31, 165–180. doi:10.7416/ai.2019.2269
- Carpman, J. R., Grant, M. A., & Simmons, D. A. (1985). Hospital design and wayfinding: A video simulation study. *Environment and Behavior*, 17(3), 296–314.
- Charles, C. E. (2011). Healthcare Design: Designing Healthier and Happier Environments for Patient Care. *Honors Program Projects. 1*. https://digitalcommons.olivet.edu/honr_proj/1?utm_source=digitalcommons.olivet.edu%2Fhonr_proj%2F1&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Cooper, R., Boyko, C., & Codinhoto, R. (2010). The effect of the physical environment on mental wellbeing. I C. L. Cooper, J. Field, U. Goswami, R. Jenkins, & B. J. Sahakian (Red.), *Mental capital and wellbeing* (s. 967-1006). Wiley Blackwell.
- Drahota, A., Gal, D., & Windsor, J. (2007). Flooring as an intervention to reduce injuries from falls in healthcare settings: an overview. *Quality in ageing and older adults* 8(1).
- Edvardsson, D., & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och sjukvård. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (75–104). Lund Studentlitteratur.
- Fadda, J. (2019). Quality of healthcare: A review of the impact of the hospital physical environment on improving quality of care. I A. Sayigh (Red.) *Sustainable building for a cleaner environment. Innovative Renewable Energy* (s. 217–253). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94595-8_20

- Francis, S. (2001). Limiting violence through good design. *Violence in Health Care. Understanding, Preventing and Surviving Violence: A Practical Guide for Health Professionals*, Oxford University Press Oxford, 94–117.
- Geboy, L. (2007). The evidence-based design wheel: A new approach to understanding the evidence in evidence-based design. *Healthcare Design*, 7(2), 41–42.
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K., & Pati, D. (2018). The impact of environmental design on teamwork and communication in healthcare facilities: a systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 119–137.
- Gunn, R., Davis, M. M., Hall, J., Heintzman, J., Muench, J., Smeds, B., Miller, B. F., Miller, W. L., Gilchrist, E., Levey, S. B., Brown, J., Wise Romero, P., & Cohen, D. J. (2015). Designing clinical space for the delivery of integrated behavioral health and primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(Supplement 1), S52–S62.
- Heerwagen, J. H., Kampschroer, K., Powell, K. M., & Loftness, V. (2004). Collaborative knowledge work environments. *Building research & information*, 32(6), 510–528.
- Helvacioğlu, E., & Olguntürk, N. (2010). Colour and wayfinding. I P. Zennaro (Red.) *Colour and light in architecture: 11-12 November 2010: Proceedings*. Knemesi.
- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-hospital time and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanente Journal*, 12(3), 25.
- Herriott, R. (2018). Patient involvement in Danish hospital design. *CoDesign*, 14(3), 203–217.
- Hicks, C., McGovern, T., Prior, G., & Smith, I. (2015). Applying lean principles to the design of healthcare facilities. *International Journal of Production Economics*, 170 677–686.
- Jovanović, N., Campbell, J., & Priebe, S. (2019). How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction – A systematic review. *European Psychiatry*, 60, 49–62.
- Karp, Z., Kamnetz, S., Wietfeldt, N., Sinsky, C., Molfenter, T., & Pandhi, N. (2019). Influence of environmental design on team interactions across three family medicine clinics: Perceptions of communication, efficiency, and privacy. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 159–173.
- Lawn, S., Lloyd, A., King, A., Sweet, L., & Gum, L. (2014). Integration of primary health services: being put together does not mean they will work together. *BMC research notes*, 7(1), 1–10.
- Liddicoat, S., Badcock, P., & Killackey, E. (2020). Principles for designing the built environment of mental health services. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 915–920.
- Lönn, B. B., Holmgren, S., Sibia, S., Eriksson, L., Kylén, S., Svenningsson, I., Karlsson, S., Almgren, M., Mellkvist-Roos, A. (2021). *Utredning – Främja möjligheterna till att bedriva klinisk forskning och kliniska studier inom primärvården; nodernas roll och möjligheter*. Kliniska studier Sverige. <https://www.norrasjukvardsregionforbundet.se/wp-content/uploads/2021/04/Projektrapport-Primärvårdsprojektet-final-för-distribution.pdf>

- Meriläinen, M., Kyngäs, H., & Ala-Kokko, T. (2010). 24-hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 246–253.
- Morgan, S., Pullon, S., McKinlay, E., Garrett, S., Kennedy, J., & Watson, B. (2021). Collaborative Care in Primary Care: The Influence of Practice Interior Architecture on Informal Face-to-Face Communication—An Observational Study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 14(1), 190–209.
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International journal of integrated care*, 6.
- Preiser, W., & Vischer, J. (Eds.). (2006). *Assessing building performance*. Routledge.
- Purves, G. (2007). *Healthy living centres*. Routledge.
- PWC. (2004). *The role of hospital design in the recruitment, retention and performance of NHS nurses in England*. CABE.
<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20110118123545/http://www.cabe.org.uk/publications/role-of-hospital-design-in-the-recruitment>
- Rashid, M. (2009). Hospital design and face to face interaction among clinicians: A theoretical model. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2(4), 62–84.
- Rechel, B., Buchan, J., & McKee, M. (2009). The impact of health facilities on healthcare workers' well-being and performance. *International journal of nursing studies*, 46(7), 1025–1034.
- Ressing, M., Blettner, M., & Klug, S. J. (2009). Systematic literature reviews and meta-analyses: part 6 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches ärzteblatt international*, 106(27), 456.
- Rooke, C. N., Tzortzopoulos, P., Koskela, L., & Rooke, J. (2009). *Wayfinding: embedding knowledge in hospital environments*. University of Huddersfield Repository.
<http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/21101/>
- Ryall, T. (2007). *Better, sooner, more convenient: health discussion paper*. Office of the Leader of the Opposition.
- Samah, Z. A., Ibrahim, N., & Amir, J. S. (2013). Translating quality care factors to quality space: design criteria for outpatient facility. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 105, 265–272.
- Schweitzer, M., Gilpin, L., & Frampton, S. (2004). Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(Supplement 1), S-71.
- Stock, G. N., McFadden, K. L., & Gowen III, C. R. (2007). Organizational culture, critical success factors, and the reduction of hospital errors. *International Journal of Production Economics*, 106(2), 368–392.
- SOU (2021) *Riksstämman i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur* (SOU 2021:71).

https://www.regeringen.se/4a47a9/contentassets/1228dce1e5674e3b9308151cc56bb200/riksintressen-i-halso--och-sjukvarden-sou-2021_71.pdf

- Sykehusbygg. (uå). *Velkommen til Sykehusbygg HF*. Hämtad 14 december, 2021, från <https://sykehusbygg.no>
- Tawfik, H., Nagar, A., & Fernando, T. (2007). Multi-Criteria Spatial Analysis of Building Layouts. *Issues in Informing Science & Information Technology*, 4.
- Thodelius, C., Widmark, J., Lindahl, G., & Adam, A. (2021). *Framtidens vårdbyggnadsstruktur: Hälso- och sjukvårdsbyggnader i regionerna efter omställningen*. CVA - Centrum för Vårdens Arkitektur. <https://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20f%C3%B6r%20V%C3%A5rdens%20Arkitektur/publikationer/2020/Framtidens%20vårdbyggnadsstruktur%20CVA%20rapport.pdf>
- Torrington, J. M., & Tregenza, P. (2007). Lighting for people with dementia. *Lighting Research & Technology*, 39(1), 81–97.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L., & Varn-Davis, N. (2019). Critical care nurse work environments 2018: findings and implications. *Critical Care Nurse, AACN*, 39(2), 67–84.
- Ulrich, R. (2008). Biophilic design of healthcare environments. In S. Kellert, J. Heerwage, & M. Mador (Red.). *Biophilic design for better buildings and communities* (s. 87-106). John Wiley.
- Ulrich, R., & Barach, P. (2006). Designing safe healthcare facilities-What are the data and where do we go from here. *Healthcare Environments Research Summit*, Robert Wood Johnson Foundation.
- Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018). Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, 53–66.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125.
- Valins, M. (1993). *Primary health care centres: a review of current trends and the future demands for community-based health care facilities*. Longman Publishing Group.
- Vickery, C. G., Nyberg, G., & Whiteaker, D. (2015). *Modern clinic design: Strategies for an era of change*. John Wiley & Sons.
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- Wright, N. M. J., Dixon, C. A. J., & Tompkins, C. N. E. (2003). Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *British Journal of General Practice*, 6.
- Ylikangas, C. (2017). Miljö-ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*, 1(5), 265–277.

Zhang, Y., Tzortzopoulos, P., & Kagioglou, M. (2019). Healing built-environment effects on health outcomes: Environment–occupant–health framework. *Building research & information*, 47(6), 747–766.

Zimring, C., Joseph, A., Nicoll, G. L., & Tsepas, S. (2005). Influences of building design and site design on physical activity: research and intervention opportunities. *American journal of preventive medicine*, 28(2), 186–193.

