

Kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården

Underlagsrapport för kunskapsstödjande
kompetensmål

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-1-8320

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2023

Förord

I februari 2022 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att analysera vilka behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta hos patienterna och vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå behoven. Uppdraget är en del av ett större och sedan tidigare pågående arbete om fast läkarkontakt hos myndigheten och innevarande kunskapsstöd ska ses som en del av de stödprodukter som myndigheten hittills har tagit fram inom området.

Uppdraget slutlevereras i form av ett kunskapsstöd. Kunskapsstödet består av två produkter, dels en underlagsrapport, dels en rapport med kompetensmål. Underlagsrapporten riktar sig till verksamhetschefer, huvudmän och andra beslutsfattare. Den avser ge en bakgrund och utgör ett kunskapsunderlag till de valda kompetensområdena med respektive kompetensmål. Rapporten med kompetensmål riktar sig främst till verksamhetschefer men är relevant även för beslutsfattare i regionen och läkare i primärvården.

Kompetensmålen anger den kompetens (de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) som Socialstyrelsen bedömer är särskilt central för rollen som fast läkarkontakt i primärvården. De kan användas för att bedöma om en specialistläkare, eller ST-läkare i allmänmedicin, har den kompetens som behövs för rollen som fast läkarkontakt. De kan också användas för att rikta utbildningsinsatser i fråga om kompetens för fast läkarkontakt på ett ändamålsenligt sätt.

Arbetet har genomförts av en projektgrupp bestående av Anna Granath (projektledare), Ragnhild Mogren Svensén (sakkunnig pedagogik), Sara Sjölund-Andoff (vetenskapligt metodstöd), Anneli Bashore (sakkunnig allmänmedicin), Urban Nylén (sakkunnig patientsäkerhet), Agneta Calleberg (jurist) och Ulrika Nylén (kommunikatör). Därutöver har flera medarbetare vid myndigheten bidragit med sin expertis. Ett särskilt tack riktas till de externa aktörer som har medverkat i intervjuer, workshoppar och leverans av registerdata.

Maria A Hilberth har varit ansvarig enhetschef vid avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdraget	9
Närliggande uppdrag	9
Inledning.....	10
God och nära vård – en pågående förflyttning	10
Fast läkarkontakt	10
Kompetensförsörjning i primärvården	12
Patientsäkerhet – vilka faktorer spelar in?	17
Faktorer på alla nivåer påverkar patientsäkerheten	17
Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.....	18
Om kompetens och kompetensmål	21
Om kompetens	21
Om kompetensmål	21
Så här tas målen fram och så här är de utformade	22
Genomförande av uppdraget	25
Syftes- och målbeskrivning	25
Närmare om uppdragets utförande	25
Analys av behov hos befolkningen.....	27
Resultat intervjuer och workshoppar	27
Resultat databeställning regioner	29
Resultat litteratursökning	30
Analys av kompetens hos en fast läkarkontakt	31
Resultat intervjuer och workshoppar	31
Kompetensmål indelade i 21 kompetensområden.....	39
Slutsatser och arbete framåt.....	41
Adekvat kompetens – en patientsäkerhetsfråga	41
Organisatoriska förutsättningar påverkar läkarens arbete – och därmed vårdens kvalitet.....	42
Referenser	44
Bilaga 1. Deltagare i arbetet.....	48
Bilaga 2. Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården	50
Bilaga 3. Närliggande uppdrag	56

Sammanfattning

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd med kompetensområden för en fast läkarkontakt i primärvården. Kunskapsstödet ska ses som ytterligare ett steg i Socialstyrelsens övergripande arbete med att stödja huvudmän och vårdcentraler i deras arbete med fast läkarkontakt i primärvården. Stödet är frivilligt för verksamheten att använda och kan bidra till en mer enhetlig tolkning av central kompetens, vilket i förlängningen kan leda till en mer jämlik och patientsäker vård.

Varje kompetensområde har underliggande kompetensmål som beskriver den reella kompetens som är lämplig hos en fast läkarkontakt för att kunna utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt sätt. Några exempel på dessa kompetensområden är allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt, primärvårdens uppdrag och ansvar, personcentrering och samverkan. Totalt 21 kompetensområden har tagits fram, som ringar in viktig kompetens hos en fast läkarkontakt.

I primärvården återfinns invånare i alla åldrar och med olika fysiska och psykiska behov. En del behov kan för vissa grupper vara specifika eller komplexa, andra behov kan ses som mer allmänna. Det ser olika ut i landet i vilken omfattning invånarna har en fast läkarkontakt i primärvården. Fast läkarkontakt spelar en viktig roll ur bland annat ett kontinuitets- och delaktighetsperspektiv och som en del av omställningen till en god och nära vård.

Den fasta läkarkontakten behöver ha adekvat kompetens för att på ett patientsäkert sätt kunna möta patientens behov och skapa en långsiktig relation. Samtidigt som fler personer behöver få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt råder stora utmaningar med primärvårdens kompetensförsörjning. Här behöver arbetsgivaren skapa goda förutsättningar för att den som är eller ska bli fast läkarkontakt ska kunna utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt sätt.

Kompetensmålen har tagits fram med det allmänmedicinska förhållningssättet och arbetssättet som utgångspunkt. Syftet med kompetensmålen är att stödja verksamheterna i fråga om kompetens hos den som är eller ska vara fast läkarkontakt i primärvården. Stödet förstärker möjligheten för den som leder och fördelar arbetet att avgöra vem som är lämplig som fast läkarkontakt. Kompetensmålen kan användas till att bedöma kompetens och kompetensutveckling och för att rikta kompetenshöjande insatser på ett ändamålsenligt sätt. Vidare kan kompetensmålen användas för alla läkarspecialiteter och för ST-läkare i allmänmedicin. Det är upp till den som leder och fördelar arbetet att bedöma vilka specialiteter som stödet kan användas för.

Under arbetets gång har Socialstyrelsen samverkat med professions- och verksamhetsrepresentanter och fört en dialog med bland annat patientföreningar, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och representanter från regioner och kommuner. Kunskapsstödet som helhet överensstämmer med de globala hållbarhetsmål i Agenda 2030 som rör god

hälsa och välbefinnande, jämställdhet, hållbar infrastruktur samt minskad
ojämlikhet.

Uppdraget

Som en del av Socialstyrelsens arbete med att stödja regioner och kommuner i omställningen till en god och nära vård och som ett ytterligare steg i arbetet med fast läkarkontakt har Socialstyrelsen i regleringsbrevet från februari - 2022 fått i uppdrag av regeringen att analysera vilka behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta hos patienterna och vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå behoven. Innevarande uppdrag om kompetenser för en fast läkarkontakt utgör en del av det samlade stödjande material som myndigheten sedan tidigare har publicerat avseende fast läkarkontakt [1].

Uppdraget har föranletts av propositionen 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* där behovet av att analysera kompetenser hos en fast läkarkontakt lyfts. Skälet till att se över andra eventuellt aktuella kompetenser utöver specialister i allmänmedicin beror på bristen av specialister i allmänmedicin, men det är även relaterat till demografiska bedömningar.¹

Uppdraget ska slutrapporteras senast den 31 januari 2023.

Närliggande uppdrag

Det pågår flera nationella insatser och statliga uppdrag med anledningen av omställningen mot en mer nära vård. Vad gäller fast läkarkontakt har Socialstyrelsen ett flertal uppdrag varav vissa direkt avser området medan andra har en mer indirekt koppling.

Även andra aktörer har pågående eller nyligen genomförda uppdrag med anknytning till området. För en översikt över närliggande uppdrag se bilaga 3.

¹ Prop. 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* s. 67.

Inledning

I följande inledande kapitel ges en kortfattad beskrivning av den pågående omställningen mot en mer god och nära vård. Vidare presenteras arbetet med fast läkarkontakt i primärvården på en övergripande nivå och vilka utmaningar – och tänkbara lösningar – som föreligger avseende primärvårdens kompetensförsörjning.

God och nära vård – en pågående förflyttning

Målbilden som presenteras av den statliga utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) är en primärvård som utgör navet i hälso- och sjukvården [2]. Emellertid omfattar omställningen till en mer nära vård även den specialiserade vården. Runt om i landet fortskrider arbetet med att främja omställningen. Ett exempel på aktiviteter är insatser för att förbättra samordning och samverkan mellan vårdgivare på verksamhetsnivå. Vad gäller kompetensförsörjning har regionerna bland annat arbetat för att kunna erbjuda fler ST-tjänster inom allmänmedicin. Som en led i omställningsarbetet har samverkan mellan regioner och kommuner ökat i flera län [3].

I en statlig utredning, *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41) finns ett förslag om att införa en äldreomsorgslag. Det föreslås även att samverkan mellan region och kommun på ett tydligare sätt ska regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL [4].

Förflyttningen till en mer nära vård, med bland annat nya arbetssätt, metoder och rutiner, har en tydlig koppling till patientsäkerhetsarbete. Här kan en samsyn på processer och rutiner, exempelvis genom kunskapsstöd, bidra till att omställningsarbetet sker med en god patientsäkerhet [5].

Flera av de närliggande uppgifterna avseende fast läkarkontakt (se bilaga 3) har en direkt koppling till god och nära vård.

Fast läkarkontakt

Socialstyrelsen fick år 2020 i uppdrag² av regeringen att ta fram ett nationellt stöd för utvecklingen av fast läkarkontakt. Det övergripande uppdraget har ett fokus på en ökad tillgång till fast läkarkontakt och att rollen som fast läkarkontakt innehåller aspekter som ska bidra till främjad patientsäkerhet och en positiv utveckling av läkarens arbetsmiljö. De stödjande material som utifrån detta hittills tagits fram är en vägledning, ett meddelandeblad, material för arbetsplatser, frågor och svar om fast läkarkontakt samt ett nationellt riktvärde för hur många invånare en fast läkarkontakt kan ansvara

² Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS, delvis, S2020/03319/FS, delvis).

för. Därtill har myndigheten publicerat ett planeringsverktyg för att kartlägga, analysera och planera för fast läkarkontakt. De olika stöden vänder sig till regionerna, vårdgivarna, verksamhetschefer och läkare samt andra yrkesgrupper vid vårdcentraler [1].

Ett av de mest centrala syftena med en fast läkarkontakt i primärvården är en god relationell kontinuitet i kontakten mellan patienter och läkare i primärvården. Kontinuitet gynnar patienten, som genom en fast läkarkontakt kan uppleva en ökad trygghet och delaktighet i sin vård. Den kontinuitet som arbetssättet innebär gynnar även läkaren vid vårdcentralen³, eftersom hen lär känna sina patienter och utifrån det kan göra säkrare bedömningar om deras hälsotillstånd [6]. Emellertid behöver uppdraget vara avgränsat, så att en fast läkarkontakt ansvarar för ett begränsat antal invånare, beroende på den lokala kontexten.⁴ Det gynnar patientsäkerheten, ger stöd åt verksamhetsplaneringen och bidrar till en bättre arbetsmiljö [7].⁵

Tillgången till fast läkarkontakt beskrivs olika. I en nyligen publicerad rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (härefter i rapporten hänvisad till som Vårdanalys) uppger 29 procent av befolkningen att de har en fast läkarkontakt på sin vårdcentral. Verksamhetschefer uppger emellertid att över hälften av de listade har en fast läkarkontakt vid vårdcentralen [8].⁶ På särskilda boenden (säbo) för äldre är det emellertid svårare att fastställa hur många som har en fast läkarkontakt, enligt Vårdanalys. Enligt SKR hade vid en punktmätning 93 procent av boende på säbo för äldre en fast läkarkontakt 2021 [9], men Vårdanalys anser i sin rapport att det resultatet brister i tillförlitlighet.

Målet för 2021 års överenskommelse mellan staten och SKR var att minst 55 procent av befolkningen ska ha en namngiven fast läkarkontakt före utgången av 2022. Motsvarande siffra för säbo för äldre var minst 80 procent [10]. I Socialstyrelsens senaste uppföljningsrapport för omställningen till en mer nära vård framgår att regionerna har kommit olika långt vad gäller arbetet med fast läkarkontakt [3]. Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av att öka förutsättningarna för att fler personer ska kunna välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, såsom lagstiftningen avser.⁷

I utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) föreslås regleringen av fast läkarkontakt bli tydligare, bland annat genom att lagstadga den fasta läkarkontaktens roll inom kommunal hälso- och sjukvård. Den fasta läkarkontakten ska, enligt utredningens förslag, vara tillgänglig för planerad och oplanerad medicinsk bedömning och behandling, planering och samordning av patienternas vård och handledning. Denna ska även vara tillgänglig för viss fortbildning av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen lyfter fram att fast

³ I rapporten används genomgående begreppet vårdcentral (om inte annat anges). Det innefattar även hälsocentraler, husläkarmottagningar och motsvarande.

⁴ Den lokala kontexten kan exempelvis handla om vilket område vårdcentralen verkar utifrån geografi, antal invånare på vårdcentralen och invånarnas vårdtyngd. Det handlar även om variabler som hur många läkare som totalt arbetar på vårdcentralen, deras tjänstgöringsgrad respektive erfarenheter, handledaruppdrag, forskningstid och vilka övriga yrkesgrupper som finns tillgängliga på mottagningen och som kan ingå i teamet.

⁵ Detta framkommer vid dialog med professionsföreningar i samband med framtagande av ett nationellt riktvärde för en fast läkarkontakt i primärvården.

⁶ Uppgifter från verksamhetschefer är i rapporten från oktober 2022 preliminära.

⁷ 7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § PL samt 3 kap. 2 § 3 PL.

läkarkontakt är särskilt av vikt för äldre och för andra personer med komplexa vårdbehov [4].

I delbetänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (2018:39) föreslogs att kompetenser för en fast läkarkontakt skulle regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) [2]. Regeringen bedömde emellertid att det inte var nödvändigt med en lagreglering avseende vilka läkarspecialiteter som lämpar sig för fast läkarkontakt.⁸ Regeringen bedömde dock, i enighet med God och nära vård-utredningen, att *en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.*⁹ Regeringen ansåg att utgångspunkten för en fast läkarkontakt är en specialist i allmänmedicin och att specialister i barn- och ungdomsmedicin respektive geriatrik är lämpliga som fast läkarkontakt för sina respektive åldersgrupper.¹⁰

Bedömningarna i propositionen har föranlett innevarande uppdrag om kompetenser hos en fast läkarkontakt.

Kompetensförsörjning i primärvården

En god hälso- och sjukvård är beroende av en adekvat kompetensförsörjning¹¹, där bland annat rekrytering, bemanning, utbildning och kunskapsutveckling spelar centrala roller. Kompetensförsörjning påverkar vårdens kvalitet, däribland risken för vårdskador. Arbetet med att säkra tillgången till personal med rätt kompetens och att därmed tillhandahålla en trygg och säker vård behöver ske på både längre och kortare sikt [5]. Regeringen har betonat vikten av kompetensförsörjning och att personalen arbetar tillsammans på ett förtjänstfullt sätt. Dessa faktorer har beskrivits som avgörande för ett patientsäkert och ändamålsenligt vårdarbete där patientens vårdbehov kan tillgodoses.¹²

Otillräckligt med specialiserade läkare i primärvården

I Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) ges årligen en helhetsbild av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården. I den senaste rapporten uppgav samtliga regioner en brist på läkare med specialistkompetens [11]. År 2021 uppgav 17 av regionerna en brist på specialister i allmänmedicin [12].¹³

Vårdanalys har sedan tidigare påtalat att primärvården är underbemannad vad gäller läkare och att det finns ett ökat behov av läkarkompetens, men att det är svårt att förutse vilka specifika kunskaper som läkare inom primärvården kommer att behöva ha framgent, givet den pågående

⁸ Prop. 2021/22:72 s. 66.

⁹ Prop. 2021/22:72 s. 64.

¹⁰ Prop. 2021/22:72 s. 66.

¹¹ Enligt Rikstermbanken definieras kompetensförsörjning som ”På kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens”. Hämtad 22-12-19 från

<https://www.rikstermbanken.se/search?q=kompetens%C3%B6rs%C3%B6rjning&s=termer>

¹² Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform s. 55.

¹³ För en närmare redogörelse av tillgång och efterfrågan inom samtliga läkarspecialiteter hänvisas till nationella planeringsstödet rapport, bilaga 2.

förflyttningen mot en mer nära vård. Emellertid lär utgångspunkten även framöver vara den allmänmedicinska stommen, konstaterar Vårdanalys [13].

I betänkandet av utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) beskrivs ett behov av en ökad geriatrisk kompetens hos läkare inom äldreomsorgen. Av dialoger framgår att det råder en brist på såväl specialistkompetens inom geriatrik som en bredare allmän geriatrisk kunskap hos läkare verksamma i den kommunala hälso- och sjukvården [4].

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) lyfter i en tillsynsrapport för säbo för äldre från 2022 att tillgången till läkare ofta upplevs som otillräcklig i verksamheten.¹⁴ Vidare konstaterar IVO att livsavgörande bedömningar i många fall görs av den personal som har lägst utbildningsnivå [14]. Även från de boendes håll kan möjligheten att få träffa läkare upplevas som begränsad. I en kartläggning från Socialstyrelsen 2022 uppger nära tre av tio boende på säbo för äldre att det är ganska eller mycket svårt att få träffa läkare vid behov och den andelen har ökat jämfört med tidigare år [15]. Socialstyrelsen fick år 2021 i uppdrag¹⁵ av regeringen att tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet ta fram förslag för att stärka medarbetarna och säkra primärvårdens kompetensförsörjning framöver. En del av uppdraget innefattade att föreslå åtgärder för att främja en geografisk rörlighet och rekrytering till primärvård i socioekonomiskt utsatta områden och i glesbygd.

I innevarande rapport ges en översiktlig beskrivning av resultat och slutsatser i arbetet med kompetensförsörjningsuppdraget. En mer djupgående redogörelse finns i del- respektive slutredovisningen av uppdraget [16, 17].

I delredovisningen från maj 2022 konstateras det att trots att specialistläkare i allmänmedicin utgör den största specialistläkargruppen råder det en brist, förutsatt att specialisten i allmänmedicin ska ha ansvar för ett begränsat antal invånare [16]. I rapporten presenteras olika räkneexempel på förhållanden mellan specialistläkare i primärvården och befolkningen. Räkneexemplen utgår bland annat från att utöver specialister i allmänmedicin även inkludera specialister inom barn- och ungdomsmedicin och geriatrik.¹⁶ Sett till dessa tre specialiteter och som år 2019 var sysselsatta i primärvården fanns det sammanlagt 2 254 invånare per läkare. Socialstyrelsen har år 2022 fastslagit ett nationellt riktvärde på 1 100 invånare per fast läkarkontakt, med hänsyn till lokala förutsättningar. För en ST-läkare i allmänmedicin som befinner sig i mitten av sin utbildning är riktvärdet satt till 550 invånare per läkare [7]. I dagsläget uppger de flesta primärvårdsläkare respektive ST-läkare ansvar för betydligt fler invånare än så, enligt en kartläggning från 2022 [8]. I slutredovisningen från Nationella vårdkompetensrådet föreslås inrättandet av en nationell samordnare, vars uppgift ska vara att stötta hälso- och sjukvårdshuvudmännen i arbetet med att nå det nationella riktvärdet för en fast läkarkontakt [17].

¹⁴ Utifrån en enkätundersökning riktad till sjuksköterskor på säbo för äldre.

¹⁵ Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården (S2021/06575, delvis).

¹⁶ I räkneexemplen från delredovisningen är inte ST-läkare i allmänmedicin inkluderade.

Ytterligare utmaningar i primärvårdens kompetensförsörjning

I en rapport från Vårdanalys år 2018 konstateras att tillgången till fast bemanning varierar mellan verksamheter och mellan geografiska lokalisationer.¹⁷ Nästan varannan legitimerad läkare vid en vårdcentral i glesbygden uppges vara hyrläkare eller vikarierande läkare. Motsvarande andel för storstäder är en femtedel. Tillgången till ST-läkare i allmänmedicin är enligt rapporten högre i storstäder än i övriga delar av landet. Vidare uppges det vara något vanligare med andra specialiteter än allmänmedicin i glesbygd, förorter och städer än i storstäder [13]. I primärvården arbetar emellertid relativt få specialistläkare inom andra specialiteter än allmänmedicin. År 2020 arbetade knappt 200 specialister i psykiatri i primärvården och ungefär hälften så många geriatriker respektive specialister i barn och ungdomsmedicin [17].

Vårdanalys visar i en ny kartläggning att invånare i storstadskommuner är mer sannolika att ha en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral än invånare i andra typer av kommuner [8].

I en annan rapport från Vårdanalys kartläggs primärvårdsläkares upplevelse av att arbeta i vården. Resultatet visar att primärvårdsläkare i Sverige upplever sitt arbete som stressigare än sina motsvarande kollegor internationellt. En orsak till den upplevda stressen kan vara att patienterna har så pass komplexa vårdbehov när de träffar läkarna i kombination med bristande kontinuitet, menar Vårdanalys. De konstaterar även att det finns en förbättringspotential vad gäller verksamhetens beredskap att kunna omhänderta patienter med komplexa behov, såsom kroniska eller psykiatriska tillstånd och problematik med skadligt bruk¹⁸ [18]. En senare kartläggning visar att omkring fyrtio procent av tillfrågade fasta läkarkontakter upplever begränsade möjligheter att ansvara för vården till sina patienter, i den bemärkelse som rollen innebär [8].

I nationella vårdkompetensrådets och Socialstyrelsens kartläggning uppger läkare i primärvården att de saknar fasta kollegor för konsultation, vilket kan leda till stress och även vara sårbart för verksamheten i stort. Kompetensbrist kan även leda till brist på handledning av exempelvis ST-läkare. Något som anses främja kompetensförsörjningen är emellertid det teambaserade arbetssättet, vilket flera regioner arbetar med att utveckla. I delredovisningen framhålls att en god arbetsmiljö är den viktigaste faktorn för chefer och medarbetare i primärvården när det kommer till att ha en fungerande kompetensförsörjning [16].

Slutligen beskrivs i delredovisningen utmaningar med och förutsättningar för en god kompetensförsörjning i socioekonomiskt utsatta områden respektive landsbygd¹⁹. Det finns både likheter och skillnader i utmaningarna som dessa möter. Gemensamt är att bägge har en befolkning med en relativt stor vårdtyngd och till det även rekryteringsutmaningar. Det som bland annat karaktäriserar socioekonomiskt utsatta områden är att det är vanligare med

¹⁷ Uppgifterna i kartläggningen från Vårdanalys bygger bland annat på enkäter och intervjuer.

¹⁸ Skadligt bruk kan också kallas för missbruk.

¹⁹ I delredovisningen används begreppet landsbygd synonymt med begreppet glesbygd.

språksvårigheter hos befolkningen. Vidare beskrivs höga krav på samverkan med andra samhällsfunktioner och ett ökat behov av personal med specifik yrkeskompetens inom exempelvis trauma. Mer än hälften av kommunerna i Sverige har minst ett område med socioekonomiska utmaningar [19]. På landsbygden är en åldrande befolkning – med komplexa vårdbehov och låg preferens för digitala vårdbesök – en utmaning, sammanfattar delredovisningen. Att vårdcentralen (sjukstugan) kan inneha ett mer omfattande uppdrag, eftersom avståndet till närmaste sjukhus kan vara långt, beskrivs också som en utmaning [16]. Även Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har sedan tidigare påtalat att efterfrågan på specialister i allmänmedicin är större än tillgången, framförallt i socioekonomiskt utsatta områden och i glesbygden [20].

Utifrån ett jämlikhetsperspektiv samt det faktum att geografisk närhet till utföraren har visat sig vara en viktig faktor när invånare väljer vårdcentral [21] behöver vårdcentraler i samtliga geografiska områden ha en god kompetensförsörjning med tillräckligt med personal och som har en adekvat kompetens att kunna möta invånarnas behov oavsett var i landet vården ges.

Åtgärder för primärvårdens kompetensförsörjning

I slutredovisningen från november 2022 presenterar Nationella vårdkompetensrådet olika förslag för primärvårdens kompetensförsörjning. Exempelvis föreslås ett nationellt ledarskapsprogram där chefer från primärvårdens olika aktörer kan mötas och lära känna varandras verksamheter bättre.

Vidare ger rådet rekommendationer om bland annat teamarbete, möjlighet till systematisk och kontinuerlig fortbildning för primärvårdens professioner samt en stärkt samverkan mellan primärvård och specialiserad vård. Teamarbete, fortbildning och samverkan lyfts som särskilt angelägna för medarbetare i socioekonomiskt utsatta områden respektive glesbygdsområden. Redovisningen innehåller även rekommendationer för dimensionering av ST-tjänster och specialister i allmänmedicin, utifrån beräkningar för perioden 2022–2035 [17].

Läkarspecialiteter i nordisk primärvård

För att undersöka vilka läkarspecialiteter som arbetar i primärvården i våra nordiska grannländer skickade Socialstyrelsen en fråga om detta till centrala aktörer i Norge, Danmark och Finland.

I norsk primärvård (allmenmedisin) arbetar som regel specialister i allmänmedicin och ST-läkare inom allmänmedicin.²⁰

I dansk primärvård (primærsektor) arbetar flera olika specialiteter. Specialisterna har sina egna mottagningar och för att få komma till någon specialitet utöver allmänmedicin krävs som regel²¹ en remiss från läkaren i allmänmedicin. Den danska primärvården kan till viss del liknas vid den svenska öppenvården, men den svenska uppdelningen mellan vårdcentraler

²⁰ Uppgift från mailkorrespondens med Helsedirektoratet 22-09-15.

²¹ Med undantag från öron-, näsa-, halsläkare samt ögonläkare.

och specialiserad öppenvård finns således inte i Danmark, där alla specialister istället har sina respektive kliniker.²²

På vårdcentraler i Finland arbetar utöver specialister i allmänmedicin i viss utsträckning även andra specialiteter. Vanligast är geriatriker (7 procent), psykiatriker (6 procent) och specialister i arbetshälsovård (5 procent). Specialister i pediatrik och internmedicin förekommer också, men är ovanligare.²³

²² Uppgift från mailkorrespondens med Sundhedsstyrelsen 22-09-14–22-09-15.

²³ Uppgift från mailkorrespondens med Finlands Läkarförbund 22-09-28. Statistiken bygger på en arbetsmarknadsundersökning från läkarförbundet 2020.

Patientsäkerhet – vilka faktorer spelar in?

Faktorer på alla nivåer påverkar patientsäkerheten

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet i ständig förändring som är beroende av samspelet mellan människor, teknik och organisation. Riskerna i ett sådant system är många och varierande. Säkerheten och säkerhetsarbetet är därför avgörande för att undvika att patienter skadas i vården.

Kunskap om patientsäkerhet och förståelse för ledningens centrala betydelse för en hög patientsäkerhet behövs därför på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Förutsättningar måste finnas för ett hållbart och kompetent ledarskap och för ledning och styrning som på ett ändamålsenligt sätt eftersträvar en hållbar verksamhet med hög patientsäkerhet.

Nedan redogörs för olika aspekter av patientsäkerhet; utifrån ett rättsligt perspektiv, den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet samt perspektivet fast läkarkontakt, kompetens och patientsäkerhet.

Patientsäkerhet ur ett rättsligt perspektiv

Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada.²⁴ Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.²⁵

Begreppet patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
5. vara lätt tillgänglig.²⁶

En vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.²⁷ Vårdgivaren ska även vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.²⁸

²⁴ 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

²⁵ 1 kap. 5 § PSL.

²⁶ 5 kap. 1 § HSL.

²⁷ 3 kap. 1 § PSL.

²⁸ 3 kap. 2 § PSL.

Vidare ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.²⁹

Vårdgivaren bär ansvaret för att utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna avser såväl tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras som hur ansvarsfördelningen för utförandet är fördelat.³⁰

Även hälso- och sjukvårdspersonalen bär ett stort ansvar för patientsäkerheten och är enligt lag skyldig till att bidra till att den vidmakthålls.³¹ Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär ett eget ansvar för hur den fullgör sina arbetsuppgifter.³²

Nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet

År 2020 publicerade Socialstyrelsen en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [5]. Handlingsplanen ska bidra till att samordna och utveckla patientsäkerhetsarbetet och rör såväl regioner som kommuner. Den är den första i sitt slag i Sverige och avser perioden 2020–2024.

Ett syfte med handlingsplanen är att det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska stärkas så att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada.

I handlingsplanen beskrivs fyra grundläggande förutsättningar för hög patientsäkerhet:

- engagerad ledning och tydlig styrning
- en god säkerhetskultur
- adekvat kunskap och kompetens
- patienten som medskapare.

I handlingsplanen betonas att patientsäkerhetsarbetet behöver kunna hantera både dagens och morgondagens behov, bland annat utifrån omställningen till en god och nära vård och tillgången till personal med adekvat kompetens.

Fast läkarkontakt, kompetens och patientsäkerhet

Med utgångspunkt från lagstiftningen kan det konstateras att syftet med fast läkarkontakt är nära relaterat till den rättsliga definitionen av god vård och dess olika aspekter, inte minst vad gäller trygghet, kontinuitet, respekt för patientens självbestämmande och att främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Både den som ansvarar för verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen som möter patienten bär ett ansvar för att kunna möta upp kravet på god vård. Vad gäller fast läkarkontakt är såväl kontinuitet och tillgänglighet som säkerhet och adekvat kunskap viktiga ledord när det kommer till att utföra patientsäker och god vård. Från

²⁹ 5 kap. 2 § HSL.

³⁰ 4 kap. 4 § SOSFS 2011:9.

³¹ 6 kap. 4 § PSL.

³² 6 kap. 2 § PSL.

invånarens perspektiv är självbestämmandet och integriteten en viktig aspekt i valet om invånaren väljer en fast läkarkontakt och vem invånaren i så fall väljer.

Patienten har således behov av att kunna välja en fast läkarkontakt utifrån sina specifika behov och önskemål. Parallellt med det behöver den fasta läkarkontakten ha rätt kompetens för att kunna utföra sitt arbete på ett patientsäkert sätt. Dessa två omständigheter behöver kunna samverka.

Socialstyrelsen har sedan tidigare konstaterat att det inom akut- och förlossningsvård tycks finnas ett samband mellan kompetens och patientsäkerhet, liksom mellan bemanning och patientsäkerhet [22]. Primärvård ingick inte i den kartläggningen, men det kan förmodas att sambandet även är applicerbart på andra delar av hälso- och sjukvården, inklusive primärvården.

Den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet och de fyra grundläggande förutsättningarna för en säker vård kan appliceras på alla delar av hälso- och sjukvården, även utifrån perspektivet kompetens för en fast läkarkontakt³³ i primärvården.

Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledningen bär ett ansvar för att bemanna verksamheten med adekvat kompetens, även utifrån aspekten vem som är lämplig att utgöra fast läkarkontakt. Emellertid behöver även andra organisatoriska förutsättningar för att kunna utföra ett patientsäkert arbete finnas på plats, exempelvis vad gäller kompetensutveckling och arbetsmiljö. Den fasta läkarkontakten behöver ha möjlighet att bibehålla och utveckla sina färdigheter exempelvis genom fortbildning. Den fasta läkarkontakten behöver även ha goda arbetsförhållanden, exempelvis med ansvar för ett begränsat antal invånare.

En god säkerhetskultur

En annan grundläggande förutsättning, enligt handlingsplanen, är en god säkerhetskultur, vilket bland annat kännetecknas av medvetenhet och öppen dialog om företeelser som påverkar patientsäkerheten. Det handlar även om förhållningssätt och ansvarstagande på samtliga nivåer inom organisationen. Såväl ledningen som den fasta läkarkontakten har i detta avseende en skyldighet att bedriva vården på ett patientsäkert sätt. Här behöver den fasta läkarkontakten ges möjlighet till – samt ta ett eget ansvar för – det kollegiala lärandet, inklusive teamarbetet. Samtliga medarbetare har ett gemensamt ansvar för att dialogen om patientsäkerhetsfrågor sker på ett öppet och konstruktivt sätt. Ledningen kan bidra till detta med ett integrerat systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete. Medarbetare som känner trygghet i sin kompetens och i patientsäkerhetsfrågor och som känner sig lyssnade på främjar verksamhetens säkerhetsarbete i en positiv riktning.

Adekvat kunskap och kompetens

För att upprätthålla en säker vård behöver verksamheten tillräckligt med personal med rätt kompetens. Utöver det behövs rätt förutsättningar att utföra arbetet. Möjligheten till en god introduktion och kontinuerlig fortbildning för

³³ För en mer generell redogörelse av fast läkarkontakt och patientsäkerhet hänvisas till Socialstyrelsens vägledning *Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt* (Socialstyrelsen 2022).

medarbetare är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Det främjar anpassning till arbetet i verksamheten och möjligheten att kunna hålla sig uppdaterad i utvecklingen av vården och de ytterligare krav som kan ställas på kompetens, bland annat utifrån nya behandlingsmetoder, men även utifrån omställningen till en mer nära vård. En fast läkarkontakt behöver således adekvat kompetens för att kunna möta de behov som finns hos patienterna. Ansvaret att bedöma kompetensen ligger hos den som är verksamhetsansvarig.

Den fasta läkarkontakten kan med fördel arbeta i ett team bestående av olika yrkesgrupper. Har teamet en bredd vad gäller yrkeskunskap, kompetens och erfarenhet ger det en god förutsättning för att kunna lära av varandra och genom det utveckla ett patientsäkert arbetssätt.

Patienten som medskapare

Patienten själv utgör en viktig del av säkerhetsarbetet eftersom en delaktig och välinformerad patient bidrar till en säkrare vård. Likaså spelar aspekter som kontinuitet, tillgänglighet och samordning in och i samtliga dessa hänseenden fyller den fasta läkarkontakten en viktig funktion. Patienten behöver, utifrån vilja och förmåga, göras delaktig i vården och den fasta läkarkontakten behöver kunna möta patientens specifika behov med rätt kompetens.

Socialstyrelsen har sedan tidigare gett ut en handbok om skyldigheter att informera och göra patienten delaktig. I handboken ger Socialstyrelsen en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet [23].³⁴

³⁴ Viss rättslig reglering har ändrats sedan handboken togs fram.

Om kompetens och kompetensmål

Socialstyrelsen tar fram kompetensmål i olika sammanhang och för olika ändamål. Nedan beskriver vi hur myndigheten arbetar med att ta fram det som kan kallas institutionella kompetensmål. Vi redogör också för våra teoretiska utgångspunkter i detta arbete och för hur vi här definierar begreppet kompetens.

Om kompetens

Kompetens definieras i det här arbetet som en individs förmåga att framgångsrikt utföra ett specifikt arbete eller en specifik arbetsuppgift.³⁵ Det är en förenklad version av en vedertagen definition av begreppet [24]. I den definitionen ingår också ordet ”potentiella” – där står det ”en individs *potentiella* [...]förmåga”. Att ordet ”potentiella” ingår kan (något förenklat) förstås som att kompetens inte enbart handlar om en *individs* förmåga – det handlar också om kontextuella (till exempel strukturella eller organisatoriska) förutsättningar. För att kompetensen ska kunna komma till uttryck behöver det med andra ord finnas förutsättningar för detta, till exempel organisatoriska sådana. I kompetensmålsarbeten på Socialstyrelsen gör vi dock vad som kan kallas en *analytisk distinktion* mellan individ och kontext, och anger i målen kompetens definierad som ”en individs förmåga” (det vill säga utan ”potentiella”). Av den anledningen bör den som använder kompetensmålen ha i åtanke att den förmåga som anges i målen förutsätter att verksamheten är organiserad på ett sätt som gör att denna tillåts komma till uttryck.

Mer specifikt anger kompetensmålen de *kunskaper* (till exempel teoretiska), (praktiska) *färdigheter* och *förhållningssätt* (till exempel vetenskapliga eller etiska) som krävs för att framgångsrikt utföra ett specifikt arbete.

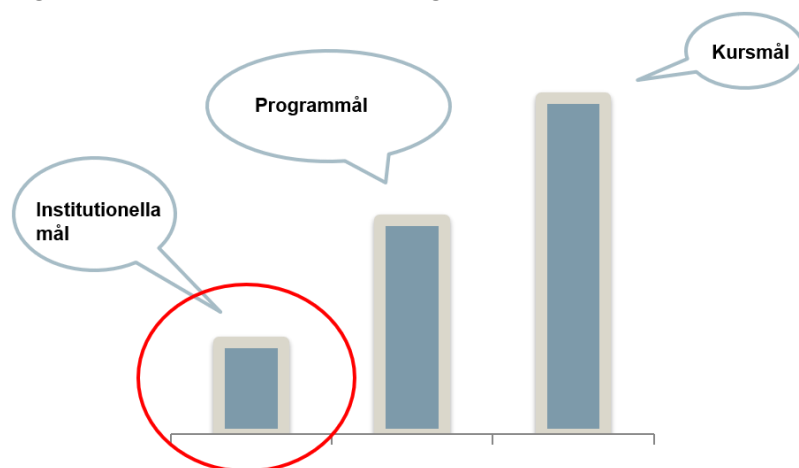
Om kompetensmål

I arbetet med att ta fram kompetensmål utgår myndigheten från teorier om utbildning, lärande och kompetens, bland annat teorier om målstyrd utbildning. I litteraturen beskrivs tre former av (utbildnings)mål: kursmål, program mål och institutionella mål. De kan och bör vara i olika grad specifika eller detaljerade. Kursmålen är de mest specifika eller detaljerade. De ska, som namnet antyder, användas i utformning av kurser och i till

³⁵ Det gäller också för andra uppdrag då myndigheten har tagit fram kompetensmål, till exempel för yrket undersköterska (*Förslag till nationella kompetenskrav för yrket undersköterska*, dnr 31521/2017-12. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7219.pdf>) och för arbete på HVB för barn och unga (*Kompetens för arbete på HVB för barn och unga*, dnr 1498/2017-96. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7298.pdf>)

exempel kursexaminationer. De institutionella målen – de minst specifika eller detaljerade – är en del av statens styrning av utbildning. Däremellan finns programmålen. I högskolans värld utgör de lärosätenas specificering av de institutionella målen [25].

Figur 1. Olika former av utbildningsmål



Målen i målbeskrivningarna för läkarnas respektive tandläkarnas ST är institutionella mål [26, 27].³⁶ Målbeskrivningarna tas fram av Socialstyrelsen och innehåller föreskrifter och allmänna råd. De är på så sätt en del av statens styrning av utbildning (närmare bestämt läkarnas respektive tandläkarnas specialistutbildning). Målen i målbeskrivningarna är menade att användas i utformning av utbildning och i bedömning av kompetens och kompetensutveckling. Kompetensmålen för fast läkarkontakt är utformade utifrån samma metod och modell som målen i målbeskrivningarna för läkarnas respektive tandläkarnas ST. Det som skiljer dem åt är framför allt att målbeskrivningarna för läkarnas respektive tandläkarnas ST är föreskrifter, det vill säga tvingande regler, medan kompetensmålen för fast läkarkontakt är ett stöd som är frivilligt för verksamheterna att använda. De är således utformade som institutionella mål, det vill säga de är i låg grad specifika eller detaljerade. Det gör att den som använder kompetensmålen kan anpassa användandet efter lokala förutsättningar och behov. Det innebär även att det ges utrymme för användarens egna professionella bedömningar. Målen är med andra ord utformade på ett sätt så att de kan användas på flera olika sätt, till exempel i bedömning av kompetens och i utformning av kompetensutvecklande insatser.

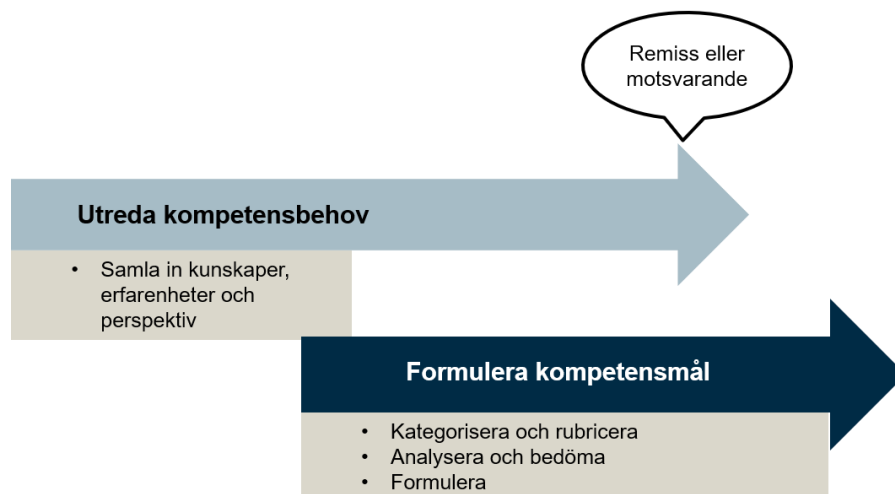
Så här tas målen fram och så här är de utformade

När Socialstyrelsen tar fram institutionella mål görs det genom två processer som delvis sker parallellt. I den första delen, *utreda kompetensbehov*, samlas kunskaper, erfarenheter och perspektiv in genom bland annat intervjuer och workshoppar med berörda aktörer. Den andra, *formulera kompetensmål*,

³⁶ De kallas där kompetenskrav.

handlar om att kategorisera och rubricera, analysera och bedöma och, slutligen, arbeta med själva formuleringarna. I slutet brukar det vara en remissrunda eller motsvarande.³⁷ ”Eller motsvarande” kan till exempel vara ett referensgruppsmöte i vilket ett utkast granskas av experter.

Figur 2. Processen att ta fram institutionella kompetensmål på Socialstyrelsen



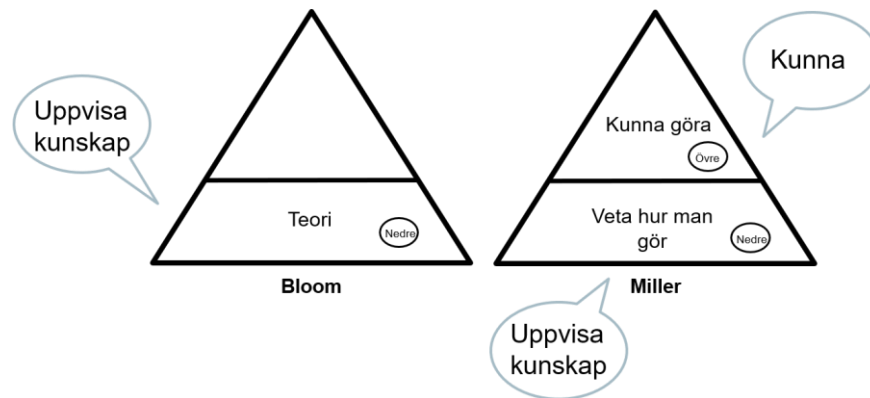
Som hjälp i analys- och formuleringsarbetet används en analysmodell. Den är utformad med utgångspunkt i två befintliga taxonomier³⁸, Blooms reviderade taxonomi (för kunskap) [28] och Millers pyramid för klinisk färdighet [29]. Med hjälp av analysmodellen sorteras kompetensen in i tre kategorier. I modellen kallas de *Nedre Bloom*, *Nedre Miller* och *Övre Miller*. Nedre Bloom handlar om *teori*, Nedre Miller om att *veta hur man gör* och Övre Miller om att *kunna göra*. Kompetensmål som kategoriseras som Nedre Bloom och Nedre Miller inleds med ”uppvisa kunskap om”, medan de som kategoriseras som Övre Miller inleds med ”kunna”. Kompetensmålen är, när de är färdiga, indelade i kompetensområden³⁹. Ofta innehåller ett område minst ett ”Nedre Bloom-mål” och minst ett ”Övre Miller-mål”. Ibland finns det också ett eller flera ”Nedre Miller-mål”.

³⁷ När det rör sig om föreskrifter är det alltid en remissrunda.

³⁸ System för att klassificera något.

³⁹ I målbeskrivningarna för läkarnas respektive tandläkarnas ST kallas det delmål.

Figur 3. Socialstyrelsens analysmodell för utformning av institutionella kompetensmål



Genomförande av uppdraget

Syftes- och målbeskrivning

Syftet med uppdraget är att stödja vårdcentraler i att kunna välja läkare med rätt kompetens till att vara fast läkarkontakt.

Målet med uppdraget är att göra en analys av vilka behov en fast läkarkontakt i primärvården ska möta hos patienterna. Vidare ska Socialstyrelsen göra en analys av vilken kompetens den fasta läkarkontakten bör ha för att denna bäst ska kunna tillmötesgå behoven. Resultatet av arbetet levereras i form av ett kunskapsstöd riktat till verksamhetschefer, huvudmän och läkare i primärvården. Det är även relevant för övriga beslutsfattare, andra yrkesgrupper i primärvården samt patientföreningar och allmänhet.

Den önskade effekt kunskapsstödet kan ge är att bidra till en mer enhetlig tolkning av central kompetens och därmed vem som är lämplig att arbeta som fast läkarkontakt, vilket i förlängningen kan leda till en mer jämlik och patientsäker vård.

Avgränsningar

Socialstyrelsen överlåter till verksamhetschefen eller motsvarande att utifrån en professionell bedömning avgöra vem som är lämpad att arbeta som fast läkarkontakt. Där kan stöd i beslutet ges i form av innevarande kompetensmål. Kompetensmålen för uppdraget fast läkarkontakt kan användas för alla läkarspecialiteter och för ST-läkare i allmänmedicin.

En utmaning i arbetet har varit att formulera kompetensmålen så att de åsyftar just rollen fast läkarkontakt och inte på rollen som läkare i primärvården i allmänhet.

Närmare om uppdragets utförande

Intervjuer, workshoppar och möten

Inom ramen för uppdraget har en intern referensgrupp medverkat i att lyfta fram viktiga kompetenser för en fast läkarkontakt, med utgångspunkt i tidigare arbeten och egen expertis. Socialstyrelsen har även genomfört externa intervjuer med professionsrepresentanter. Syftet har varit att inhämta information om invånares behov och den fasta läkarkontaktens önskvärda kompetens i relation till det, samt över lag. Fast läkarkontakt har diskuterats bland annat utifrån ansvarsbeskrivningen för rollen, vilken har hämtats ur vägledningen för fast läkarkontakt [6] samt utifrån begreppet *reell kompetens*. Med reell kompetens menas vad en individ behöver kunna, men inte vägen till kompetensen. Det anges med andra ord inga formella kriterier, som till exempel vilken examen eller vilka specifika kurser som behövs.

Utifrån vad som framkommit vid professionsintervjuerna har Socialstyrelsen genomfört workshoppar med verksamhetschefer och medarbetare vid vårdcentraler samt med studierektorer för

specialistutbildningen i allmänmedicin i Västra Götalandsregionen. Fördjupad dialog om kompetenser hos en fast läkarkontakt har hållits vid dessa sammankomster.

Socialstyrelsen har även träffat andra externa aktörer för samråd och informationsdelning. Exempel på dessa är patientföreningar, professionsföreningar och SKR. En sammanställning över aktörer för bland annat informationsdelning, samråd och samverkan finns i bilaga 1.

Utifrån resultatet av dessa intervjuer, workshoppar och andra dialoger, samt utifrån myndighetens egna bedömningar har Socialstyrelsen tagit fram de kompetensmål som presenteras i bilaga 2.

Databeställningar

Socialstyrelsen har beställt uppgifter om huvuddiagnoser vid läkarbesök i offentligt driven primärvård från tre regioner: Gotland, Norrbotten och Stockholm. Regionerna valdes utifrån demografiska och geografiska faktorer samt historiskt och nutida användande av klassifikationssystemet ICD-10 i primärvården. Datauttagen gjordes i juni respektive augusti 2022 och avser år 2021 om inte annat anges. En detaljerad beskrivning av dataunderlagen inklusive potentiella felkällor finns i bilaga 4a.

Litteratursökning

Socialstyrelsen har gjort en litteratursökning, vars syfte var att bidra med underlag till den sammanlagda bedömningen av vilka behov som finns i primärvården. Frågeställningen löd *Vilka är vanligt förekommande vårdbehov hos patienter som söker primärvård (sin husläkare/familjeläkare/specialist i allmänmedicin etc.)?*

Strukturerade litteratursökningar genomfördes av myndighetens informationsspecialist i samråd med projektledare och vetenskapligt metodstöd utifrån frågeställningen.

Sökningar gjordes i databaserna PubMed (NLM) och Cinahl (Ebsco) i oktober 2022. Kortare sökning för grå litteratur⁴⁰ genomfördes också i databasen SwePub. Avgränsning avseende publiceringsår var från 2017 och framåt, samt med en geografisk avgränsning till Norden.

En detaljerad beskrivning av sökningen inklusive resultat finns i bilaga 5.

⁴⁰Grå litteratur är ett brett begrepp som ursprungligen kännetecknats av att det inte kontrolleras av kommersiell publicering. Exempel på grå litteratur är pre-prints, konferensbidrag, myndighetsrapporter men även avhandlingar. Utmärkande är också att den ofta kan vara svåråtkämplig, kan kräva inloggning för att komma åt och är ibland heller inte peer-reviewed.

Analys av behov hos befolkningen

Resultat intervjuer och workshoppar

Behoven i primärvården är många och med skillnad i grad av brådskan respektive symtom- och behandlingsduration. SFAM har specificerat vanligt förekommande arbetsuppgifter för det allmänmedicinska specialistarbetet [30], vilket kan ses som ett estimat för vanliga behov i primärvården. Tillstånden som presenteras innefattar i stort sett hela den mänskliga kroppen och därtill psyket. Vidare spänner patientunderlaget från små barn till de allra äldsta (inklusive palliation). Fokus i Socialstyrelsens intervjuer och workshoppar har bland annat legat på behoven som en fast läkarkontakt kan ställas inför.

Det samlade behovet hos befolkningen behöver brytas ner och särskådas i mindre delar för att få en uppfattning om mer specifika behov. Behoven kan se olika ut för olika grupper, utifrån bland annat ålder, funktionsförmåga och bostads- eller geografiskt område. En person kan tillhöra flera grupper samtidigt och de olika grupperna är därmed inte exklusiva utan kan i olika utsträckning omfatta varandra. Vidare kan tillstånden som beskrivs återfinnas i flera grupper (exempelvis skadligt bruk, multisjuklighet med mera).

Nedan följer några exempel på behov hos olika grupper och som framkommit vid våra dialoger.^{41 42}

Barn och ungdomar: Vanliga orsaker till läkarkontakt för barn är exempelvis infektioner, magsmärtor, sängvätning, astma och eksem. Små barn (under två års ålder) kan vara svårbedömda och ha ett sjukdomsförlopp som hastigt kan ändras.

Bland tonåringar är det vanligt med liknande symtom som läkaren möter hos unga vuxna, såsom astma, allergier, magsmärtor, huvud-, rygg- eller knävärk. Utöver det är tonåringen i puberteten och i en snabb tillväxtperiod. Även åttstörningar och akne är något som kan debutera i tonåren.

De allra sjukaste barnen och ungdomarna eller de med funktionsnedsättning har i regel (även) kontakt med specialiserad vård.

Äldre: Äldre personer utgör en betydande del av primärvårdens patientunderlag, såväl inom regional som kommunal hälso- och sjukvård. Vanliga sjukdomar hos äldre är exempelvis diabetes, stroke, höftfraktur, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), demenssjukdom, njursvikt, hjärtsvikt, bensår, psykiatrisk problematik och infektion. Med stigande ålder ökar dessutom risken för depression.

Den äldre kan ha flera kroniska sjukdomar samtidigt och behandlas med ett flertal läkemedel mot dessa. Kognitiv svikt kan medföra en svårighet för personen att hantera sina övriga sjukdomar. Majoriteten av boende på säbo

⁴¹ Redogörelsen bygger framförallt på behov som lyfts fram, men även på Socialstyrelsens egna slutsatser utifrån de tillstånd som beskrivits samt i vissa fall uppgifter från externa rapporter.

⁴² Även patientorganisationer m.fl. beskrivningar ingår i stycket om personer med funktionsnedsättning.

för äldre har en demenssjukdom, framkommer vid en intervju. Det är något som även har konstaterats av Socialstyrelsen sedan tidigare [31].

Personer med psykisk ohälsa: Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i primärvården och återfinns i alla åldersgrupper. Det handlar om personer med allt från tillfälliga psykiska besvär till de med svårare psykiatriska tillstånd. I det senare fallet kan personen exempelvis vara inskriven i socialpsykiatrin och ha vissa läkarinsatser från den specialiserade vården och andra från primärvården. Somatisk samsjuklighet är vanligt hos personer med psykiatriska tillstånd. I vissa fall remitteras patienter över från psykiatrin till primärvården som tar över behandlingsansvaret, inklusive ansvaret för medicinering. Vidare vill inte alla patienter få sin vård inom psykiatrin, vilket primärvården i sin tur behöver förhålla sig till.

En nyligen publicerad kartläggning av den psykiska ohälsan i region Stockholm visar att unga personer, icke-heterosexuella personer, samt boende i socioekonomiskt utsatta områden, med hög andel utrikes födda, i högre utsträckning än andra uppger att de lider av psykisk ohälsa. Emellertid finns tecken på underkonsumtion av vård för psykisk ohälsa, framförallt hos unga män och personer i socioekonomiskt utsatta områden [32].

Personer med någon form av beroende (exempelvis av läkemedel eller alkohol) eller med ett riskbruk är en grupp som är vanligt förekommande i primärvården. Ibland kan det skadliga bruket eller riskbruket yttra sig genom följsymtom, såsom högt blodtryck, psykiska besvär eller sömnproblem, framgår vid en av våra workshoppar.

Personer med funktionsnedsättning: Många personer med funktionsnedsättning har kroniska sjukdomar och tillstånd, och komplexa vård- och omsorgsbehov, menar patientrepresentanter i dialog med Socialstyrelsen. Vidare uppges den somatiska hälsan vara betydligt mer nedsatt hos personer med psykiatriska tillstånd än hos befolkningen i övrigt.

Ett exempel på personer med funktionsnedsättning och som kan ha komplexa medicinska och vårdbehov är de som bor på LSS-boenden⁴³. De kan – utöver en varierande grad av somatiska eller psykiatriska tillstånd – även ha en begränsad förmåga att kunna uttrycka sina behov. När den boende åldras kan utöver grundtillståndet även geriatriska sjukdomar tillkomma, vilket kan komplicera bilden och ytterligare öka behoven, framgår av en intervju.

Hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) är förekomsten av exempelvis epilepsi, tandlossningssjukdom, benskörhet (hos äldre) och syn- och hörselnedsättning vanligare eller debuterar tidigare än hos befolkningen i övrigt. Vidare yttrar sig vissa symtom på demenssjukdom⁴⁴ tidigare hos personer med IF, vanligen redan i 50-årsåldern. Alzheimers sjukdom är den vanligaste dödsorsaken hos dem med Downs syndrom. En annan utsatt grupp är äldre personer med autism och IF, där det är relativt vanligt med depression, ångest, fobier och tvångssyndrom [33].

⁴³ Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

⁴⁴ Hos personer med Downs syndrom finns oftast typiska alzheimerförändringar i hjärnan från 35-årsåldern, men symtomen brukar märkas först runt 50-årsåldern.

Invånare i socioekonomiskt utsatta områden: En grupp där komplexa behov kan föreligga är hos invånare i socioekonomiskt utsatta områden, visar vår dialog med verksamma i ett sådant område. En del patienter har behov av tolk i mötet med vården, en del har tydligt begränsade kunskaper om hälsa eller om hur det svenska samhället fungerar. Multisjuklighet, psykisk ohälsa, våldsutsatthet, droganvändning, fattigdom och könsstymning är några av de tillstånd som beskrivs finnas i dessa utsatta områden. Relativt många blir sjuka i tidig ålder. Vidare är närstående ofta djupt engagerade i patientens vård och i vissa familjer kan det föreligga en maktobalans, beskriver de vi träffat.

Invånare i glesbygd: Resultat från vår workshop med region Västerbotten visar att populationen i deras glesbygdsområden inte sällan är äldre personer. Det berättas bland annat om en hög grad av multisjuklighet, som även förekommer hos de yngre, och ett stort behov av sociala insatser. Vissa områden har en lägre socioekonomi och där beskrivs exempelvis skadligt bruk som ett förekommande hälsoproblem. Generellt sätt skiljer sig sökmönstret för primärvård åt mellan tätort och glesbygd, beskriver de vi träffat. Invånare i glesbygd söker vård i lägre utsträckning och kan ha (relativt) akuta tillstånd när de väl uppsöker primärvården.

Ovan nämnda grupper utgör endast ett urval av sådana som kan ha specifika behov i primärvården. I slutändan är det den enskilde och dess behov, önskemål och förutsättningar som avgör typen av insatser från primärvården.

Resultat databeställning regioner

Resultatet från tre regioners (Gotland, Norrbotten och Stockholm) offentligt drivna primärvård visar att flera av de vanligaste huvuddiagnoserna (det vill säga angiven huvudsaklig anledning till besöket) vid läkarbesök återkommer hos mer än en region. Vanligaste huvuddiagnosen är hypertoni. Därefter ser den inbördes ordningen av vanliga diagnoser olika ut för regionerna, men såväl psykiatriska diagnoser som typ 2-diabetes och olika smärtdiagnoser ryms bland de mest vanligt förekommande. I samtliga regioner är män överrepresenterade vad gäller läkarbesök för typ 2-diabetes, för övriga vanligaste diagnoser är kvinnor överrepresenterade vid läkarbesök. I en doktorsavhandling från 2018 konstateras att kvinnor i högre utsträckning än män får vård i primärvården [34], vilket även speglas i underlaget till den här rapporten.

Resultaten visar att yngre patienter (0–19 år) ofta har läkarbesök av mer ”akut” karaktär, såsom infektioner och buksmärtor. Yngre vuxna (20–39 år) har i hög utsträckning besök kopplade till depression, ångest och stress. Vidare är hypertoni mycket vanligt från och med åldersgruppen medelålders patienter (40–59 år) och den gruppen har i hög utsträckning stressrelaterade diagnoser. Hos patienter 60–79 år är typ 2-diabetes vanligt. I den äldsta gruppen (80 år och uppåt) speglas förekomsten av kroniska sjukdomar som utöver typ-2 diabetes även innefattar hjärt-kärlsjukdomar och

demenssjukdom⁴⁵. Se bilagor 4a samt 4b för en närmare beskrivning av vad som ingår i regionernas dataunderlag samt en fullständig redogörelse över vanligaste huvuddiagnoserna vid läkarbesök i respektive regions primärvård. Resultatet kan förmodas se liknande ut i privat driven vård.⁴⁶

Det är viktigt att ha i åtanke att dessa resultat, på en relativt odetaljerad nivå, endast visar de vanligaste registrerade huvuddiagnoserna⁴⁷ vid läkarbesök i primärvården och inte hur behoven (exempelvis i relation till en fast läkarkontakt) ser ut för dessa eller andra grupper. Det ger emellertid en indikation på vilka tillstånd eller andra anledningar till vårdkontakt som en fast läkarkontakt vanligen kan möta i det dagliga arbetet.⁴⁸ Resultaten säger heller inget om multisjuklighet hos dem som träffar läkare i primärvården. Det är känt att med stigande ålder ökar antalet sjukdomar hos en person (inklusive ökat läkemedelsbruk) och behovet av kontakt med hälso- och sjukvården. Detta har bland annat konstaterats i en registerstudie från region Stockholm år 2017 [35].

För att få en mer nyanserad bild av vilka behov som en fast läkarkontakt ska möta hos den som söker vård ska databeställningarna ses som en del i kartläggningen, tillsammans med intervjuer och workshoppar samt litteratursökning.

Resultat litteratursökning

Genomgången av vetenskapligt publicerad litteratur om vanligt förekommande vårdbehov i primärvården gav förhållandevis få resultat. Vissa resultat stämmer emellertid relativt väl överens med det databeställningen visat avseende vanliga huvuddiagnoser i primärvården. Se bilaga 5 för en fullständig redovisning över litteratursökningen och resultaten.

De exempel som lyfts fram i bilaga 5 ska inte tolkas som att de beskriver en helhetsbild av vilka vårdbehov som är vanliga inom primärvården, utan är bara en sammanställning av fynd vad gäller vetenskapligt publicerad litteratur relaterad till området.

I dag finns det i Sverige inget nationellt register med uppgifter från primärvården, vilket försvårar att bedriva forskning inom området. Socialstyrelsen lämnade år 2021 ett förslag om att få utöka patientregistret med uppgifter från primärvården [36]. Beslut har i dagsläget inte fattats i frågan.

⁴⁵ Demensdiagnos(er) avser region Gotland och Norrbotten. Uppgifter från Gotland avseende demenssjukdom baseras på personer som bor på säbo (i detta fall äldreboenden och korttidsboenden). Ingen åldersinhämtning har gjorts för dessa personer, men de förmodas huvudsakligen tillhöra den äldsta ålderskategorin.

⁴⁶ Med ett eventuellt undantag från digitala utomlänskontakter, där sökorsakerna till viss del kan förmodas se ut på ett annat sätt.

⁴⁷ Med huvuddiagnos avsågs i beställningen det tillstånd som var angivet som den huvudsakliga anledningen till läkarbesöket. Ingen region påtalade något om svårigheter att vid datauttaget avgöra vilken diagnos som var registrerad som huvuddiagnos. Vi kan emellertid inte utesluta ett potentiellt bortfall av för besöket relevanta diagnoser eller tillstånd som kan ha utelämnats eller missats p.g.a. att de inte blivit registrerade alls eller inte blivit registrerade som just huvuddiagnos. Se bilaga 4a för mer information om regionernas journalsystem och registrering av huvuddiagnos.

⁴⁸ Inkludering av koder som inte säger något om en specifik diagnos finns bland vanligaste huvuddiagnoserna hos samtliga regioner. Det avser framförallt treställiga koder från kapitel Z00-Z99 (*Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården*).

Analys av kompetens hos en fast läkarkontakt

Resultat intervjuer och workshoppar

Nedan redogörs för vad som framkommit vid intervjuer och workshoppar med professionsrepresentanter, verksamheter och studierektorer avseende kompetens hos en fast läkarkontakt i primärvården. Den kompetens som behövs hos en fast läkarkontakt är i många fall samma som den som behövs hos en specialist i allmänmedicin. Under intervjuer och workshoppar har vi velat få informanterna att prata om just kompetens för en fast läkarkontakt. Detta har ibland varit svårt för informanterna, vilket vi varit medvetna om i framtagandet av kompetensmålen.

Reell kompetens hos en fast läkarkontakt

Nedan sammanfattas vad som framkommit av intervjuerna och workshopparna och som lett fram till kompetensmålen för en fast läkarkontakt i primärvården. En fullständig redogörelse över kompetensmålen inom respektive kompetensområde, baserat på extern informationsinhämtning och Socialstyrelsens bedömningar, finns i bilaga 2.

I våra dialoger med professionsrepresentanter och verksamheter har det uppgetts en mängd grundläggande färdigheter, förmågor och förhållningssätt som en fast läkarkontakt behöver ha för att på ett framgångsrikt och ändamålsenligt sätt kunna utföra sitt arbete. En del saker har nämnts av flera av de vi träffat, såsom relationell kontinuitet, att arbeta personcentrerat⁴⁹ och se till en persons hela situation, vara spindeln i nätet, ha systemkunskap (inklusive kunskap om den rättsliga regleringen) och kunna samverka. Andra områden som återkommer är kunskap om försäkringsmedicin (inklusive intygsskrivning), ändamålsenlig remisshantering och att inte medikalisera patienten i onödan.

Den fasta läkarkontakten behöver kunna möta vanliga och viktiga behov i primärvården (inklusive multisjuklighet), och även kunna navigera bland så kallade ”sällan-företeelser”. Även området läkemedel utgör en central del, där bland annat polyfarmaci⁵⁰ och uppföljning av läkemedel ingår.

Ytterligare kompetens som har nämnts är exempelvis kommunikationsförmåga, kunna arbeta i team och ”se andra professioner”, arbeta lyhört, omdömesgillt och flexibelt, samt att kunna prioritera och använda vårdens resurser på ett klokt sätt. Läkaren behöver kunna hantera komplexa frågor och kunna arbeta hållbart – inte minst för sitt eget arbetsmiljömässiga välbefinnandes skull. Vidare behöver läkaren våga fatta

⁴⁹ Ett personcentrerat förhållningssätt utgår från personens behov, förutsättningar och förmågor och vården eller omsorgen sker i överenskommelse mellan personen och utföraren (källa: SKR; 2022. Hämtat 22-12-02 från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/personcentreratforhallningssatt.16029.html>).

⁵⁰ Polyfarmaci innebär användning av många läkemedel. Det kan även kallas för multimedcinering.

beslut och navigera mellan patientens syn och sin egen bedömning. Läkaren behöver även kunna hantera ovisshet och ett bristande beslutsunderlag.

För läkare med patienter inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård⁵¹ behöver läkaren ha en god samverkansförmåga med team från annan huvudman. Även läkemedelsgenomgångar nämns som ett viktigt moment.⁵² Vid behov behöver den fasta läkarkontakten bistå personal i kommunal hälso- och sjukvård i bedömning av patientens förmåga att ansvara för sin egenvård, framkommer vid vår intervju med medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Hela kedjan från förebyggande arbete till behov av rehabiliterande eller habiliterande åtgärder behöver uppmärksammas, med en individanpassad samt behandlingsmässig och relationell långsiktighet i åtanke, konstaterar Socialstyrelsen.

Specifik kompetens i mötet med olika grupper

Vad gäller olika grupper av invånare, exempelvis de som presenteras i föregående kapitel, *Analys av behov hos befolkningen*, så framgår det av våra dialoger att den fasta läkarkontakten behöver ha kompetens att kunna möta upp de för gruppen ofta specifika behoven. En person kan tillhöra flera grupper samtidigt och de olika grupperna är därmed inte exklusiva utan kan i olika utsträckning omfatta varandra. Vidare kan tillstånden som beskrivs återfinnas i flera grupper (exempelvis skadligt bruk eller multisjuklighet). Exemplet nedan utgör, liksom i föregående kapitel om behov, endast ett urval av grupper som kan behöva mötas med specifik kompetens i primärvården.

Utifrån dialoger med aktörer⁵³ ⁵⁴ framgår bland annat följande som särskilt viktigt vad gäller reell kompetens hos den som är fast läkarkontakt till:

Barn och ungdomar: Den som är fast läkarkontakt till barn och ungdomar behöver exempelvis kunna den normala (fysiska och psykiska) utvecklingen hos barn och tonåringar och därmed även kunna identifiera avvikelser. Hos små barn behöver läkaren bland annat vara helt trygg med undersökningstekniker och kunna ge livsstilsråd till föräldrar angående barnet. Hos tonåringar behöver läkaren kunna hantera vanliga besvär i tonåren.⁵⁵

Äldre: Den som är fast läkarkontakt till äldre personer behöver exempelvis kunna de organspecifika funktionsnedsättningar som sker med åldern, inklusive kunskap om kognitiv svikt, multisjuklighet och polyfarmaci. En

⁵¹ Exempelvis på säbo för äldre eller LSS-boende, eller för patienter med hemsjukvård och där regionen överlåtit ansvaret till kommunen.

⁵² Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren erbjuda patienter som över 75 år och är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång. Enligt 6 kap. 5 § (HSLF-FS 2017:37) har läkaren en skyldighet att följa upp ordinerade läkemedelsbehandlingar.

⁵³ Redogörelsen bygger framförallt på kompetenser som lyfts fram av externa aktörer, men även på Socialstyrelsens slutsatser utifrån de behov som beskrivits.

⁵⁴ Även patientorganisationers synpunkter ingår delvis i underlaget.

⁵⁵ För närmare beskrivning se kapitel *Analys av behov hos befolkningen*, avsnitt *Resultat intervjuer och workshoppar – Barn och ungdomar*.

fast läkarkontakt till äldre inskrivna i kommunens hälso- och sjukvård behöver kunskap om socialtjänsten och dess lagar, samt ha en aktiv samverkan med team från annan huvudman. Här kan läkaren inta en pedagogisk roll gentemot arbetslaget.

Läkaren behöver även anpassa besöksformen efter den äldres behov. Vidare behöver läkaren kunskap om palliativ vård och medverka vid svåra samtal (brytpunktssamtal). Det är viktigt att läkaren har en främjande dialog med närstående.

Personer med psykisk ohälsa eller risk-, skadligt bruk och beroende: Den som är fast läkarkontakt till personer med psykisk ohälsa behöver bland annat ha kunskap om och beredskap för att hantera bredden av psykisk ohälsa som återfinns inom primärvården. Kunskap om hur psykisk ohälsa kan yttra sig i olika åldersgrupper är också relevant. Vidare behövs psykosomatisk kompetens och en förståelse för personers olika tendens till sårbarhet och hur det påverkar den psykiska hälsan. Den fasta läkarkontakten behöver kunna göra terapibedömningar och samverka i team runt patienten. Ansvarstagande för läkemedelsbehandling och uppföljning (inklusive beroendeframkallande medicinering) ingår i rollen. Även svårare former av psykisk ohälsa behöver kunna hanteras och vid behov remitteras. Suicidriskbedömning ingår här. Extern samordning med psykiatrin och en aktiv teamsamverkan med socialpsykiatrin är viktiga komponenter i vården av patienter med mer komplexa psykiatriska tillstånd och som är inskrivna i socialpsykiatrin.

Vad gäller personer med risk- eller (dolt) skadligt bruk och beroende behöver bland annat en medvetenhet finnas hos läkaren om hur följsymtom kan yttra sig och hur man arbetar förebyggande med patienten vid ett riskbruk. Det är viktigt att skadligt bruk upptäcks i tid. Läkaren behöver våga ställa frågor och patienten behöver känna sig trygg nog att vilja besvara dem.

Viktigt avseende en fast läkarkontakt till såväl personer med psykisk ohälsa som med risk-, skadligt bruk eller beroende är en relationell kontinuitet med god personkännedom som ger en känsla av trygghet för både patient och läkare. En fast läkarkontakt kan förmedla en behandlingsmässig och relationell långsiktighet och visa att patienten inte är övergiven i situationen.

Personer med funktionsnedsättningar: Patientföreningar och andra har i samband med dialog med Socialstyrelsen påpekat bristen på kunskap om och anpassning för personer med funktionsnedsättningar i primärvården. Detta kan i längden leda till en exkludering av stora grupper människor och är viktigt att ha i åtanke vad gäller fast läkarkontakt. Vidare behöver en fast läkarkontakt ha fördjupade kunskaper inom försäkringsmedicin, eftersom det området är särskilt relevant för personer med funktionsnedsättningar, menar patientföreningarna.

Det har i andra dialoger specifikt samtalats om kompetens för den som är fast läkarkontakt för personer vid LSS-boenden. För dessa personer är det relevant att den fasta läkarkontakten exempelvis har kunskap om de komplexa diagnoser eller funktionsnedsättningar som kan föreligga hos

målgruppen. Vidare behövs kunskap om åldrandet och specifikt hur det kan te sig för boende inom LSS. Besöksformen och kommunikationen behöver anpassas efter patientens behov. Den fasta läkarkontakten behöver ha en aktiv samverkan med team från annan eller egen huvudman (exempelvis habiliteringen). En främjande dialog med närstående är också relevant.

Personer i utsatthet: Det finns flera olika aspekter av utsatthet; ekonomiska, sociala-, hälso och samhällsmässiga, och dessa kan samspela med varandra⁵⁶ [37]. En fast läkarkontakt till personer i socioekonomisk utsatthet behöver bland annat förstå de hälsomässiga konsekvenserna (exempelvis multisjuklighet eller uteblivna tandläkarbesök) av trångboddhet och fattigdom. Det är viktigt att ha en helhetsbild av personen, inklusive de sociala aspekterna. Hälsofrämjande levnadsvanor, sjukdomar och tillstånd behöver kunna förklaras på ett pedagogiskt sätt. Läkaren behöver även kunna fatta beslut som kan ifrågasättas av patienten men som bedöms vara för patientens bästa. Läkaren kan behöva förklara hur närliggande delar av samhället fungerar (inklusive arbetsmässiga och försäkringsmedicinska rättigheter och skyldigheter) och vid behov hänvisa till annan instans.

Vad gäller våldsutsatthet behöver läkaren ha kunskap om (symtom på) våld i nära relationer och veta när en orosanmälan bör göras. Vidare behöver läkaren kunna identifiera hedersvåld och förtryck och ha en helhetsförståelse kring detta. En god relationell kontinuitet underlättar när svåra frågor ska ställas. Läkaren behöver även ha en förståelse för gatuvåldets hälsokonsekvenser för den drabbade och de framförallt psykiska konsekvenserna för de som indirekt drabbas. Kunskap om olika former av skadligt bruk är relevant för en fast läkarkontakt som arbetar med personer i utsatthet.

Det är även viktigt att (åter) kunna möta patienter när kontinuiteten i relationen bryts, exempelvis efter att patienten varit på en långvarig resa. Vidare behöver läkaren ha en beredskap att möta papperslösa⁵⁷ patienter.

Vad gäller patienter där närstående har synpunkter på planerade eller vidtagna åtgärder behöver läkaren ha en pedagogisk och främjande dialog, där läkarens helhetsbedömning av patientens bästa är utgångspunkten.

Invånare i glesbygd: För invånare som bor långt till närmaste akutmottagning behöver läkaren ha en beredskap att hantera situationer där patienten inte förmår eller vill åka till sjukhuset vid behov, utan istället vänder sig till vårdcentralen. Här ser Socialstyrelsen att en relationell kontinuitet med en god personkännedom kan underlätta hanteringen av situationen.

En god och bred samverkan med andra instanser i samhället, exempelvis socialtjänst och andra brottsförebyggande verksamheter, arbetsförmedling

⁵⁶ I den refererade rapporten definieras ungas (16–25 år) utsatthet efter en ursprunglig definition av filosofen Martha C. Nussbaum. Socialstyrelsen anser att vår (något modifierade) definition även är applicerbar på andra åldersgrupper.

⁵⁷ Papperslösa nämndes som exempel i workshopen, men kan förmodas innefatta även asylsökanden och andra sökanden, menar Socialstyrelsen.

och skola kan underlätta arbetet i mötet med personer i utsatthet eller invånare i glesbygd, framkommer vid workshoppar.

Rätt organisatoriska förutsättningar behövs

Under våra intervjuer, workshoppar och andra dialoger som genomförts har det även framkommit att de organisatoriska förutsättningarna behöver vara goda för att arbetet med fast läkarkontakt ska vara ändamålsenligt.⁵⁸

SFAM och Svenska Distriktsläkarföreningen, DLF, vill att det införs ett nationellt strukturerat program för dubbelspecialisering, i syfte att kunna utbilda fler specialister i allmänmedicin [38]. SFAM uttrycker under vår intervju att de ser andra läkarspecialiteter i rollen fast läkarkontakt i primärvården som en övergångslösning.

Möjligheten till fortbildning, kompetensutveckling och kollegialt lärande nämns från flera håll som en viktig faktor för att den fasta läkarkontakten ska kunna arbeta ändamålsenligt. Remissgrupper utgör ett exempel på kollegialt lärande och intern samverkan. Vikten av en väl fungerande extern samverkan lyfts fram av flera aktörer. Här behövs en samsyn på ansvarsfördelning och att samtliga vårdnivåer ser sin roll i omställningsarbetet till en mer nära vård. Dessutom behöver kunskapsöverföring ske från specialiserad vård till primärvård, vad gäller exempelvis nya behandlingsmetoder. Patientföreningar har genom Funktionsrätt Sverige menat att det bör finnas en läkare med särskild kompetens kring vissa funktionsnedsättningar vid åtminstone en vårdcentral i varje kommun.

Vidare framhålls ett klokt och ändamålsenligt användande av digitala verktyg som en viktig sak att ha i åtanke, i en allt mer utbredd digitaliseringsprocess.

Kontinuitet utgör en grundläggande faktor i uppdraget som fast läkarkontakt. Möjligheten till kontinuitet blir inte minst viktig för ST-läkare i allmänmedicin som arbetar som fast läkarkontakt, eftersom de periodvis inte är på plats på vårdcentralen. Vid vår workshop med studierektorer för ST-läkare i allmänmedicin lyfts vikten av att begränsa hur många invånare en ST-läkare kan vara fast läkarkontakt till. Ett förslag som getts är att ansvaret för invånarna delas mellan ST-läkaren och handledaren, så att handledaren kan täcka upp när ST-läkaren inte är på plats. Handledaren behöver emellertid också vara fast läkarkontakt till ett begränsat antal invånare och möjlighet att handleda ett fåtal ST-läkare åt gången, påpekar studierektorer. I region Västerbotten är upplevelsen att bristen på utbildningsplatser hindrar dem från att ta emot så många ST-läkare som de egentligen velat. Socialstyrelsen anser att verksamheterna kan behöva göra vissa avvägningar eller bedömningar för att ST-läkare i allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt, samt säkerställa lokala rutiner för ändamålet [6]. Vidare kan rollens omfattning anpassas utifrån hur långt ST-läkaren har kommit i sin specialiseringstjänstgöring [7].

En annan faktor som lyfts fram är att den fasta läkarkontakten behöver vara tillgänglig för de invånare som den ansvarar för. Socialstyrelsen ser att tillgänglighet till stor del har att göra med läkarens totala mängd

⁵⁸ Se mer om sambandet mellan kompetens och organisatoriska förutsättningar i kapitel *Om kompetens och kompetensmål*, avsnitt *Om kompetens*.

arbetsuppgifter och ligger således närmare den organisatoriska strukturen än den reella kompetensen.

Ett lyhört och väl insatt ledarskap betonas, eftersom det påverkar läkare i primärvårdens arbete i stort – och i förlängningen möjligheten att kunna arbeta som fast läkarkontakt. Ett förslag som lagts fram är att verksamhetschefen följer upp hur läkarens fasta läkarkontaktuppsdrag fungerar. Vad gäller primärvårdens utmaningar med kompetensförsörjning speglar resultaten av myndighetens dialoger mycket av det som beskrivs i tidigare avsnitt.⁵⁹

Exempel på organisatoriska förutsättningar som kan påverka arbetet för en fast läkarkontakt:

- begränsat antal invånare som den fasta läkarkontakten ansvarar för
- att läkaren kan styra över sin tid
- mängden administrativa arbetsuppgifter
- möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling
- gemensamt ansvarstagande och en trygg organisation
- intern samverkan och kollegialt lärande
- extern samverkan där alla parter tar sitt ansvar
- tillgång till andra yrkesgrupper och teamarbete
- lyhörd ledning med förståelse för läkarens arbete
- möjlighet till kontinuitet för ST-läkare
- tillräckligt med utbildningsplatser för ST-läkare.

Förutsättningar inom kommunal hälso- och sjukvård

Vid intervjuer med representanter med insyn i den kommunala hälso- och sjukvården framkommer organisatoriska utmaningar exempelvis vad gäller externa beroenden. Vid dialoger nämns bristen på läkarresurser (inklusive geriatriker) som ett problem på organisatorisk nivå.

Behovet av samverkan med habiliteringen avseende (en del) personer som bor i LSS-boenden, är något som också lyfts fram. Region Sörmland framhålls som ett gott exempel, där finns ett så kallat samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. Det innebär bland annat utvalda vårdcentraler med fördjupad kunskap om olika funktionsnedsättningar, och med en aktiv samverkan med bland annat habiliteringen [39].

På en mer generell nivå lyfts vikten av akademisk kompetens i äldreomsorg och behovet av forskning på multisjuka i kommunal hälso- och sjukvård. En annan synpunkt som har framhållits, även från den kommunala hälso- och sjukvårdens sida, är att rätt ambitionsnivå behövs i den digitala omställningen, så att såväl patienter och brukare som boendepersonal görs delaktiga efter önskemål och förmåga.

⁵⁹ Se kapitel *Inledning*, avsnitt *Kompetensförsörjning i primärvården; Ytterligare utmaningar i primärvårdens kompetensförsörjning*.

Vem anses kunna arbeta som fast läkarkontakt?

Idag finns ingen reglering över vilken specialistutbildning en läkare behöver ha för att arbeta som fast läkarkontakt i primärvården. Regeringen underströk i propositionen *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* vårdgivarens ansvar att säkerställa att en god vård ska kunna ges.⁶⁰ I propositionen framgår även, som tidigare nämnts, att det får anses naturligt att utgångspunkten är att den fasta läkarkontakten är en specialist i allmänmedicin.⁶¹

I Socialstyrelsens externa dialoger om vilka läkarspecialiteter som är lämpade att arbeta som fast läkarkontakt framgår att den naturliga utgångspunkten, och i vissas mening enda alternativet, är att den fasta läkarkontakten är en specialist i allmänmedicin. SFAM menar att en dubbelspecialisering i annan specialitet plus allmänmedicin är den enda långsiktigt tänkbara lösningen för vem (utöver ”vanliga” specialister i allmänmedicin) som kan arbeta som fast läkarkontakt. Dubbelspecialisering som det önskvärda alternativet på en breddning av vem som är fast läkarkontakt lyfts även av studierektorer och verksamhetsrepresentanter från en region.⁶² I Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal framgår det att 1 119 legitimerade läkare (till och med 65 års ålder) har ett specialistkompetensbevis inom allmänmedicin och minst ett annat specialistområde. Vanligaste ytterligare specialistkompetensbevis (i kombination med allmänmedicin) är internmedicin.⁶³ Det framgår emellertid inte av uppgifterna hur många av de med flera specialistkompetensbevis som är yrkesverksamma och var de i så fall arbetar.

Aktörer anställda i kommunal hälso- och sjukvård, eller med bakgrund i geriatrik, är i huvudsak positivt inställda till att (även) specialister i geriatrik är lämpade som fast läkarkontakt för äldre. Över lag är de vi intervjuat och workshoppat med mer positiva till geriatriker som fast läkarkontakt (på exempelvis säbo för äldre eller i hemsjukvården) än att en specialist i barn- och ungdomsmedicin är fast läkarkontakt för den yngre populationen. Några öppnar upp för att en specialist i internmedicin kan vara lämpad som fast läkarkontakt.

Vad gäller ST-läkare i allmänmedicin som fast läkarkontakt anser de flesta vi fört dialog om den saken med att det är positivt att dessa läkare introduceras som fast läkarkontakt redan under sin specialiseringstjänstgöring. Upplägget kan med fördel anpassas, med exempelvis ansvar för ett successivt ökande antal invånare och att en tillgänglig handledning säkerställs.

Socialstyrelsen har med utgångspunkt i det allmänmedicinska arbetsättet och förhållningssättet tagit fram kompetensmål som hänvisar till reell kompetens och inte till formell kompetens i form av utbildningar. Kompetensmålen kan användas för alla läkarspecialiteter och för ST-läkare i

⁶⁰ Prop. 2021/22:72 s. 66–67.

⁶¹ Prop. 2021/22:72 s. 66.

⁶² Samt i möte med Svenska Distriktsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet m.fl.

⁶³ Uppgifter från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 22-06-21. Borträknade är de som, enligt folkbokföringsregistret, är avlidna samt de som fått sin läkarlegitimation återkallad efter beslut av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) eller efter dom i domstol. Medräknade är de som gått i pension eller av någon annan anledning inte är verksamma inom sitt legitimerade yrke.

allmänmedicin. Det är upp till den som leder och fördelar arbetet att bedöma vilka specialiteter som stödet kan användas på. Kompetensmålen kan underlätta bedömningen av vem som är lämplig att tjänstgöra som fast läkarkontakt och i längden bidra till en mer patientsäker vård. Se mer under kapitlet *Slutsatser och arbete framåt*.

Kompetensmål indelade i 21 kompetensområden

Socialstyrelsen har utifrån extern informationsinhämtning (se tidigare avsnitt) och egna bedömningar tagit fram kompetensområden för en fast läkarkontakt i primärvården. Varje kompetensområde har underliggande kompetensmål, som beskriver den reella kompetensen för en fast läkarkontakt inom respektive område. *Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården* (bilaga 2) är ett stöd som riktar sig till den som leder och fördelar arbetet på vårdcentraler eller motsvarande. Det syftar till att stödja verksamheterna i fråga om kompetens hos den som är eller ska vara fast läkarkontakt i primärvården.

Kompetensområden för en fast läkarkontakt i primärvården:

1. Primärvårdens uppdrag och ansvar
2. Lagar och andra regler
3. Allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt
4. Etik
5. Personcentrering
6. Möten och kommunikation med patienter och närstående
7. Samverkan
8. Teamarbete
9. Lärande
10. Försäkringsmedicin
11. Läkemedel
12. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
13. Uppföljning och rehabilitering
14. Äldre
15. Barn och ungdomar
16. Psykisk ohälsa
17. Riskbruk, skadligt bruk och beroende
18. Personer med funktionsnedsättning
19. Personer i utsatthet
20. Invånare i glesbygd
21. Palliativ vård i livets slutskede

Kompetensområdena är inte exklusiva utan kan gå in i varandra. Likaså kan vissa kompetensmål (potentiellt sett) återfinnas inom flera olika områden. Vidare kan vissa områden vara mer eller mindre aktuella för den enskilda läkaren, beroende på invånarunderlag. Områdena ska ses som introducerande rubriker till viktiga områden i primärvården utifrån perspektivet fast läkarkontakt. I det här sammanhanget ska de läsas tillsammans med

kompetensmålen, där utgångspunkten är den fasta läkarkontaktens arbete. I bilaga 2 finns, utöver samtliga kompetensområden med tillhörande kompetensmål, även en beskrivning av utgångspunkten och målgruppen för kompetensmålen, samt en instruktion för hur stödet kan användas.

Slutsatser och arbete framåt

I dagsläget är det inte reglerat vilken specialiserad läkarkategori som får arbeta som fast läkarkontakt i primärvården, utan det är vanligen upp till vårdgivaren, vårdenheten eller verksamhetschefen att avgöra. Vidare saknas ett nationellt stöd att bedöma vem som är lämplig att arbeta som fast läkarkontakt, utifrån det ansvar som rollen innebär. Socialstyrelsens stödjande kompetensmål för fast läkarkontakt är framtaget med det allmänmedicinska arbetssättet och förhållningssättet som utgångspunkt, i linje med vad som fastställs i den proposition som föranledde uppdraget.⁶⁴

Adekvat kompetens – en patientsäkerhetsfråga

Några av de specialister i allmänmedicin som vi fört en dialog med lyfter att en bristsituation kan leda till att den som ansvarar för att anställa läkare eller utse en fast läkarkontakt gör en kompromiss i vilka kunskaper som krävs och med hjälp av stödet berättigar tillsättande av andra specialiteter än specialister i allmänmedicin. Det anses kunna påverka såväl patientsäkerheten som statusen för att vara specialist i allmänmedicin. Breda inklusionskriterier kan medföra ett kunskapstapp hos verksamhetens befintliga specialister i allmänmedicin, om de exkluderas från att träffa specifika grupper (exempelvis barn), menar några. Det framförs även en farhåga om att specialisten i allmänmedicin riskerar att behöva kompensera för kollegor med bristande kunskap inom den breda mängd områden som vårdcentralens arbete innefattar. Samtidigt påpekas från annat håll bristen av specifik kompetens, exempelvis geriatrisk kompetens i äldreomsorgen, vilket även betänkan det av utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) lyft fram. Här menar andra av de vi träffat att det snarare handlar om tidsbrist än kompetensbrist.

Socialstyrelsen anser att patientsäkerhetsrisker kan förebyggas och säkerställande av adekvat kompetens kan främjas av tydliga kompetensmål, med utgångspunkt i det allmänmedicinska arbets- och förhållningssättet. Myndigheten menar att ett vägledande stöd i form av kompetensmål spelar en viktig roll i det patientsäkerhetsfrämjande arbetet, eftersom det kan underlätta bedömningen av vem som är lämpad att arbeta som fast läkarkontakt åt bredare grupper, eller under vissa omständigheter åt specifika grupper, exempelvis på säbo för äldre. Det utesluter emellertid inte att exempelvis en geriatriker kan behöva kompetensutveckling inom vissa områden för att fullfölja sitt uppdrag, och stödet kan då vara behjälpligt i att bedöma detta. Tydliggörande av roller och möjlighet till kompetensutveckling och fortbildning är två viktiga faktorer som främjar patientsäkerheten [5]. Avsikten med stödet är att rätt läkare tillsätts som fast

⁶⁴ Prop. 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.

läkarkontakt. Socialstyrelsen anser att det förhållningssättet gagnar såväl patienter som läkare. Intresset för att rekrytera andra heltidsarbetande läkarspecialiteter än specialister i allmänmedicin har tidigare framstått som relativt begränsat [13] och vår utredning bekräftar den bilden.

Organisatoriska förutsättningar påverkar läkarens arbete – och därmed vårdens kvalitet

Det finns andra faktorer utöver läkarens kompetens som påverkar möjligheten att framgångsrikt utföra uppdraget som fast läkarkontakt. Organisatoriska förutsättningar påverkar möjligheterna att kunna använda kompetensen på rätt sätt. Här behöver ledningen uppmärksamma och möta behoven som finns hos läkare och annan personal. Exempel på det är att arbeta aktivt med arbetsmiljöfrågor, men även säkerställa möjligheten till fortbildning och kompetensutveckling, vilket kan vara nödvändigt för att kunna arbeta som fast läkarkontakt. Socialstyrelsens stödmaterial kan här bidra till att belysa vilka behov som föreligger hos verksamheten och enskilda medarbetare, men ledningen behöver även underlätta möjligheten för läkare att kunna arbeta som fast läkarkontakt.

Idag råder stora utmaningar vad gäller tillgången till specialistläkare i hälso- och sjukvården. Vad gäller primärvårdens kompetensförsörjning finns utmaningar, inte minst i socioekonomiskt utsatta områden och glesbygd. Otillräcklig kompetensförsörjning kan resultera i en ond cirkel där rekryteringssvårigheter av specialistläkare i allmänmedicin leder till handledarbrist vilket i sin tur försvårar framtida rekryteringar, eftersom färre specialistläkare utbildas [16]. Nationella och lokala satsningar pågår emellertid för att lösa kompetensförsörjningsfrågan. Rekommendationerna från Nationella vårdkompetensrådet gällande dimensioneringen av läkartjänster (inklusive ST) [17] har potential att kunna påverka den framtida tillgången till specialistläkare i allmänmedicin i primärvården.⁶⁵

Vårdgivaren har, som tidigare nämnts, ett lagstadgat ansvar för att verksamheten upprätthåller en god vård, och där även verksamhetens personal lever upp till detta krav. Verksamhetschefen ska i sin tur säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.⁶⁶ Det finns få regler om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården. Vanligen är det verksamhetschefen som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter baserat på den enskildes kompetens.

I slutändan är det oftast verksamhetschefen som ansvarar för att bedöma vem som kan vara lämplig som fast läkarkontakt och här kan kompetensmålen utgöra ett stöd i bedömningen. Stödet är frivilligt för verksamheterna att använda. Vår avsikt och förhoppning är att kompetensmålen underlättar för verksamhetschefen att tillsätta lämplig läkare till rollen som fast läkarkontakt och på så sätt värna om såväl

⁶⁵ För närmare redovisning av rekommendationerna hänvisas till Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen rapport *Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport* (2022).

⁶⁶ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

patientsäkerheten som utvecklingen hos medarbetarna, enskilt och som team. En trygg patient med en fast läkarkontakt som känner säkerhet i sin roll skapar goda relationella och behandlingsmässiga förutsättningar. Det kan på sikt även medföra positiva effekter för primärvårdens roll som vårdgivare och attraktiv arbetsplats.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2021. Citerad 22-06-21. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/>
2. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
3. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – utvecklingen i regioner och kommuner. Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-08-31 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8004.pdf>
4. Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41). Stockholm; 2022. Hämtad 22-08-26 från: https://www.regeringen.se/49ef2a/contentassets/bf57c17d12804992acf4b31349f0df75/sou-2022_41.pdf
5. Socialstyrelsen. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Socialstyrelsen; 2020. Hämtad 22-06-27 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
6. Socialstyrelsen. Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-06-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7726.pdf>
7. Socialstyrelsen. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården [pm]. Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-06-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7896.pdf>
8. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). Kontinuitet och fast läkarkontakt – Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022 [pm 2022:5]. Vårdanalys; 2022. Hämtad 22-10-31 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/kontinuitet-och-fast-lakarkontakt/>
9. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Nästan alla på särskilda boenden har fast läkarkontakt [nyhet]. SKR; 2022. Citerad 22-06-10. Hämtad från <https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/nastanallapasarskilda-boendeharfastlakarkontakt.62023.html>
10. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och regioner (SKR). God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 22-06-28 från: https://skr.se/download/18.71a6757217b07d9b39fb939b/1629783112706/God_och_nara_varld_2021_uppdaterad.pdf
11. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2022. Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-06-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759.pdf>

12. Socialstyrelsen. Bilaga 2. Tillgång och efterfrågan på specialitetsläkare inom samtliga specialiteter – Nationella planeringsstödet 2022. Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-06-28 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759-bilaga2.pdf>
13. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). Allmän tillgång? – Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Rapport 2018:5. Vårdanalys; 2018. Hämtad 22-06-27 från <https://www.varदानalys.se/rapporter/allman-tillgang/>
14. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. IVO; 2022. Hämtad 22-08-26 från: <https://ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2022/sabo/ivo-tillsyn-av-medicinsk-varदान-och-behandling-vid-sarskilda-boenden-for-aldre.pdf>
15. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2022. Resultat från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-08-30 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-6-7918.pdf>
16. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-06-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7865.pdf>
17. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen; 2022. Hämtad 22-11-30 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-11-8246.pdf>
18. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys). Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Rapport 2020:5. Vårdanalys; 2019. Hämtad 22-06-27 från <https://www.varदानalys.se/rapporter/ihp-2019/>
19. Delegationen mot segregation (DELMOS). Segregation i Sverige - årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling. DELMOS; 2021. Hämtad 22-06-27 från: <https://delmos.se/wp-content/uploads/2021/07/Segregation-i-Sverige.pdf>
20. Socialstyrelsen. Bilaga 2. Tillgång och efterfrågan på specialitetsläkare inom samtliga specialiteter – Nationella planeringsstödet 2021. Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 22-06-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200-bilaga2.pdf>
21. Hoffstedt C. Informed patient choice – chimera or reality? [doktorsavhandling på Internet]. Uppsala: Uppsala Universitet; 2022. Hämtad 22-06-27 från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1648392/FULLTEXT01.pdf>
22. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen; 2018. Hämtad 22-06-23 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>

23. Socialstyrelsen. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen; 2015 [fjärde upplagan]. Hämtad 22-11-09 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>
24. Ellström, P.-E. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 1992.
25. Biggs J, Tang C. Teaching for Quality Learning at University. 4 uppl. New York: McGraw Hill; 2011.
26. Socialstyrelsen. Läkarnas specialiseringstjänstgöring Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 22-11-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-2-7194.pdf>.
27. Socialstyrelsen. Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring HSLF-FS 2017:77. Socialstyrelsen; 2017. Hämtad 22-11-28 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2017-12-40.pdf>
28. Andersson, LW, Krathwool, DR red. A Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing. A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
29. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine 1990; 65 (9) September suppl: 63-7.
30. Svensk förening för allmänmedicin. Genomsnittligt allmänmedicinskt specialistarbete i Sverige. SFAM; 2008 (rev. 2020). Hämtad 22-09-26 från: <https://sfam.se/wp-content/uploads/2020/12/Genomsnittl-am-specialistarbete-i-Sverige-2020.pdf>
31. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Socialstyrelsen; 2014. Hämtad 23-01-19 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2014-6-3.pdf>
32. Åhlén J, Dal H, Muwonge J, Lundin A, Wicks S. Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:13.
33. Svenskt Demenscentrum. Riksförbundet FUB. Åldern har sin rätt – om att åldras med intellektuell funktionsnedsättning. Svenskt Demenscentrum. Riksförbundet FUB; 2018. Hämtad 22-10-27 från https://www.demenscentrum.se/globalassets/utbildning_pdf/int_funk_de mens.pdf
34. Osika Friberg I. Women and men's health care utilisation from a cost perspective [doktorsavhandling på Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2018. Hämtad 22-08-29 från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/56911/gupea_2077_56911_1.pdf;jsessionid=12611F1F030875FCC3A827B6EF40B3E6?sequence=1
35. Forslund T, Wettermark B. Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Region Stockholm; 2019.

36. Socialstyrelsen. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen; 2021. Hämtad 22-06-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7223.pdf>
37. Ungdomsstyrelsen. Att förstå utsatthet (2008:6) Ungdomsstyrelsen; 2008. Hämtad 22-12-07 från: <https://www.mucf.se/sites/default/files/2013/04/utsatta-ungdomar.pdf>
38. Svenska Distriktsläkarföreningen. Svensk förening för allmänmedicin. På väg mot en fullt utbyggd primärvård. DLF, SFAM; 2020. Hämtad 22-11-29 från: <https://slf.se/dlf/app/uploads/2022/05/DLF-SFAM-overgangslosningar.pdf>
39. 1177 Region Sörmland. SMO - Samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning. 1177. Citerad 22-09-22. Hämtad från <https://www.1177.se/Sormland/behandling--hjalpmedel/habilitering/smo---samordnat-medicinskt-omhandertagande-for-vuxna-personer-med-funktionsnedsattning/>

Bilaga 1. Deltagare i arbetet

Projektledning

Maria A Hilberth	<i>Projektägare samt enhetschef, Vägledning för hälso- och sjukvården 1</i>
Anna Granath	<i>Projektledare samt utredare, Vägledning för hälso- och sjukvården 1</i>
Ragnhild Mogren Svensén	<i>Utredare, Enheten för kunskapstillämpning</i>
Anneli Bashore	<i>Utredare, Enheten för klassifikationer och terminologi</i>
Agneta Calleberg	<i>Jurist, Enheten för hälso- och sjukvårdsjuridik</i>
Ulrika Nylén	<i>Kommunikatör, Enheten för kommunikationsutveckling 1</i>
Urban Nylén	<i>Medicinalråd, Enheten för patientsäkerhet och beredskap</i>
Sara Sjölund Andoff	<i>Utredare, Vägledning för hälso- och sjukvården 1</i>

Övriga projektmedarbetare

Jonas Berkow	<i>Utredare, Enheten för specialiststöd 2</i>
Susanne Blomkvist	<i>Webbredaktör, Webbenheten</i>
Malin Bruce	<i>Tidigare utredare, Vägledning för hälso- och sjukvården 1</i>
Carl-Erik Flodmark	<i>Medicinskt sakkunnig, Enheten för patientsäkerhet och beredskap</i>
Ylva Ginsberg	<i>Medicinskt sakkunnig, Enheten för psykisk ohälsa</i>
Kajsa Mulder	<i>Produktionsledare, Enheten för kommunikationsutveckling 1</i>
Thomas Lavergren	<i>Utredare, Enheten för behörighet 1</i>
Kenneth Levin	<i>Statistiker, Enheten för specialiststöd 2</i>
Cecilia Mård Sterne	<i>Informationsspecialist, Vägledning för hälso- och sjukvården 1</i>
Frida Nobel	<i>Medicinalråd, Nationellt kompetenscentrum och vägledning äldreomsorg</i>
Fredrik Söderberg Bruce	<i>Pressekreterare, Enheten för samordnad myndighetskommunikation</i>

Myndigheter

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Organisationer och nätverk

Sveriges Kommuner och Regioner

Nätverket för studierektorer i ST allmänmedicin, Västra Götalandsregionen

Professionsrepresentanter genom

Distriktssköterskeföreningen
Riksföreningen MAS/MAR
Svenska barnläkarföreningen
Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
Svensk geriatrisk förening
Svensk internmedicinsk förening
Svenska psykiatriska föreningen

Verksamheter

Borgholms hälsocentral
Praktikertjänst Ultuna vårdcentral
Region Västerbotten: Representanter från hälsocentraler i regionen
Tensta vårdcentral

Socialstyrelsens råd och nämnder

Funktionshindersnämnden
ST-rådet
Äldrerådet

Leverans av registerdata

Monica Kokkonen	<i>Avdelningen för ekonomi och uppföljning, region Norrbotten</i>
Göran Lord	<i>Vårdanalys och statistik, region Stockholm</i>
Sara Nilsson	<i>Statistik och verksamhetsuppföljning, region Gotland</i>
Fredrik Ros	<i>Vårdanalys och statistik, region Stockholm</i>

Kunskapsstyrningen

Nationellt primärvårdsråd
RSS Nätverk Äldre och kommunal hälso- och sjukvård

Övriga

Per-Ola Sundin	<i>Medicinsk strateg, Örebro kommun</i>
Ingmar Skoog	<i>Föreståndare för centrum för åldrande och hälsa, Göteborgs universitet</i>

Svenska Läkaresällskapet

Nationella vårdkompetensrådet
Akademiskt primärvårdscentrum
Distriktsläkarföreningen
Kry

Bilaga 2. Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården

Inledning och anvisning

Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården är ett stöd från Socialstyrelsen som riktar sig till den som leder och fördelar arbetet på vårdcentraler eller motsvarande. Det syftar till att stödja verksamheterna i fråga om kompetens hos den som är eller ska vara fast läkarkontakt i primärvården.

Stödet består av kompetensmål. De anger den kompetens (de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) som Socialstyrelsen bedömer är särskilt central för rollen som fast läkarkontakt i primärvården. Stödet ska kunna användas i bedömning av kompetens och kompetensutveckling och för att rikta kompetenshöjande insatser på ett ändamålsenligt sätt (läs mer nedan). Det är frivilligt för verksamheterna att använda stödet.

Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården är menat att tillämpas på specialistläkare. Det går också att använda på ST-läkare i allmänmedicin.⁶⁷ Stödet är framtaget inom ramen för ett regeringsuppdrag som utgår från regeringens proposition *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.⁶⁸ I propositionen står att det får [...] *anses naturligt att utgångspunkten är att det är specialister i allmänmedicin som är fast läkarkontakt*.⁶⁹ Det har varit utgångspunkten även i framtagandet av detta stöd.

Kompetensmålen i stödet är indelade i kompetensområden (se nedan). Målen bildar en helhet som tillsammans ringar in den kompetens som behövs för rollen. (Den kan dock ändå i vissa fall vara relevant att bortse från en eller flera av kompetensområdena, se nedan).

Stödet, det vill säga kompetensmålen, kan användas på olika sätt beroende på verksamheternas förutsättningar och behov:

- Kompetensmålen kan användas på enskilda läkare i bedömning av om de har den kompetens som behövs för rollen som fast läkarkontakt.
- Om en bedömning utifrån kompetensmålen visar att en eller flera läkare saknar delar av den kompetens som behövs, kan kompetensmålen användas som grund för utformning av olika former av kompetenshöjande insatser som syftar till att läkaren eller läkarna når målen.
- Kompetensmålen skulle också kunna användas för att göra kontinuerliga bedömningar av läkares kompetensutveckling i fråga om sådan kompetens som behövs för rollen som fast läkarkontakt.

⁶⁷ Stödet är däremot inte tillämpligt på BT-läkare. Se ordförklaringar i 1 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

⁶⁸ Prop. 2021/22:72.

⁶⁹ Prop. 2021/22:72 s. 66.

- Möjligen kan också resultatet av bedömningar utifrån stödet användas i verksamhetens planering och fördelning av arbetsuppgifter gällande fast läkarkontakt.
- Kompetensmålen är i första hand menade att användas som en helhet. Det kan dock vara relevant att i vissa fall bortse från en eller flera kompetensområden. Till exempel: i det fall en läkare bara träffar äldre patienter går det att bortse från kompetensområdet Barn och ungdomar. På motsvarande sätt kan det vara relevant att bortse från området Invånare i glesbygd om en läkare bara verkar i storstad eller tätort.

Kompetensmålen är indelade i följande **kompetensområden**:

1. Primärvårdens uppdrag, ansvar och förutsättningar	12. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
2. Lagar och andra regler	13. Uppföljning och rehabilitering
3. Allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt	14. Äldre
4. Etik	15. Barn och ungdomar
5. Personcentrering	16. Psykisk ohälsa
6. Möten och kommunikation med patienter och närstående	17. Riskbruk, skadligt bruk och beroende
7. Samverkan	18. Personer med funktionsnedsättning
8. Teamarbete	19. Personer i utsatthet
9. Lärande	20. Invånare i glesbygd
10. Försäkringsmedicin	21. Palliativ vård i livets slutskede
11. Läkemedel	

Kompetensmål

Kompetensområde	Kompetensmål
1. Primärvårdens uppdrag, ansvar och förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om primärvårdens uppdrag och ansvar - Uppvisa kunskap om primärvårdens styrning och organisation - Uppvisa kunskap om uppdrag och ansvar hos aktörer som primärvården samverkar med - Uppvisa kunskap om de särskilda förutsättningar som råder för vård i hemmet eller olika former av särskilt boende
2. Lagar och andra regler	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna tillämpa lagar och andra regler som är särskilt relevanta för primärvården, inklusive reglering inom socialtjänstens område
3. Allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna handlägga sjukdomar, tillstånd och behov som förekommer hos patienter i primärvården, inklusive multisjuklighet - Kunna särskilja sjukdom från andra faktorer som kan ta sig uttryck som hälsoproblem - Kunna stödja patienter i att hantera hälsoproblem som kan ha sin grund i andra faktorer än sjukdom, såsom förändrad livssituation, stress eller sorg - Kunna prioritera insatser och åtgärder utifrån en bedömning av vad som gynnar den enskilda patienten, på kort och lång sikt - Kunna samordna och administrera insatser och åtgärder för en enskild patient - Kunna tillämpa en ändamålsenlig remisshantering
4. Etik	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna prioritera insatser och åtgärder för en enskild patient utifrån en avvägning mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser och patientens behov, på kort och lång sikt - Kunna bemöta patienter och deras närstående med respekt och empati även när deras handlingar eller perspektiv inte motsvarar det önskade eller förväntade
5. Personcentrering	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna lägga upp och genomföra vård och behandling med utgångspunkt i en enskild patients förutsättningar, behov och förmågor - Kunna beakta patientens hela livssituation – inklusive nutid och historia – i vård och behandling - Kunna främja förutsättningar för patienters och närståendes delaktighet i vård och behandling
6. Möten och kommunikation med patienter och närstående	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna välja mötesform med utgångspunkt i den enskilda patientens förutsättningar, behov eller önskemål - Kunna kommunicera lyhört och på ett sätt som bygger förtroende med patienter och närstående
7. Samverkan	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna ta ett ansvar för samverkan kring en enskild patient, såväl inom som utanför den egna organisationen
8. Teamarbete	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om vad som ingår i närliggande yrkesgruppers kunskaps- och ansvarsområden - Kunna samarbeta kring en enskild patient i team med medarbetare från egen och annan yrkesgrupp - Kunna samarbeta kring en enskild patient i team med medarbetare från andra organisationer

Kompetensområde	Kompetensmål
9. Lärande	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna ta ett ansvar för att ny medicinsk kunskap – även från den specialiserade vården – omsätts i den egna verksamheten
10. Försäkringsmedicin	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om socialförsäkringssystemet och dess tillämpningar - Kunna bedöma behov av sjukskrivning utifrån en sammantagen bedömning av en enskild patients hälsotillstånd samt behov på kort och lång sikt
11. Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om effekter av polyfarmaci - Kunna följa upp en enskild patients samlade läkemedelsbehandling och kunna vidta adekvata åtgärder när så behövs - Kunna omvärdera egna och andras beslut i fråga om en enskild patients läkemedelsbehandling
12. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna handlägga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser med beaktande av en enskild patients hälsotillstånd och livssituation - Kunna stödja patienters och närståendes förmåga att få tag i, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation
13. Uppföljning och rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna ta ett ansvar för uppföljningen av en enskild patients behandling – såväl pågående som avslutad – med beaktande av patientens samtliga vårdinsatser och behov - Kunna ta ett ansvar för rehabiliteringen av en enskild patient med beaktande av patientens samtliga behov samt livssituation
14. Äldre	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om hur sjukdomar hos äldre personer kan påverka varandra - Uppvisa kunskap om vad skörhet innebär och hur det kan påverka en äldre persons förutsättningar och behov - Kunna anpassa läkemedelsbehandlingen utifrån den sköra äldre patientens specifika behov - Uppvisa kunskap om hur kognitiv svikt – till exempel till följd av en eller flera demenssjukdomar – kan ta sig uttryck hos en äldre person - Kunna ta ett övergripande ansvar för en äldre patients sammantagna medicinska behov
15. Barn och ungdomar	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om barns normala utveckling och kunna identifiera avvikelser ifrån detta hos ett enskilt barn - Uppvisa kunskap om normal utveckling i ungdomsåren och kunna identifiera avvikelser ifrån detta hos en enskild ung person - Kunna bedöma mognadsnivån hos ett enskilt barn eller en enskild ung person och kunna anpassa behandlingen och bemötandet utifrån detta - Kunna handlägga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för barn och ungdomar - Kunna stötta och vägleda en vårdnadshavare eller annan närstående kring ett enskilt barns hälsa - Uppvisa kunskap om förhållanden under vilka barn eller ungdomar kan fara illa

Kompetensområde	Kompetensmål
	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna identifiera tecken på att ett enskilt barn eller en enskild ung person far illa eller riskerar att fara illa och kunna vidta adekvata åtgärder
16. Psykisk ohälsa ⁷⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om faktorer som kan göra en person mer sårbar för psykisk ohälsa än andra - Uppvisa kunskap om hur faktorer som ålder, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck kan påverka hur psykisk ohälsa tar sig uttryck hos en patient - Kunna särskilja psykiatriska tillstånd från annan form av psykisk ohälsa hos patienter - Kunna följa upp en enskild patients psykofarmakabehandling, inklusive den som ordinerats av annan läkare, och kunna vidta adekvata åtgärder när så behövs - Kunna handlägga fysiska symtom hos patienter som kan ha sitt ursprung i psykisk ohälsa - Kunna bedöma behov av annan behandling än medicinsk – till exempel psykoterapi – hos en enskild patient - Kunna bedöma suicidrisk hos en enskild patient och kunna vidta adekvata åtgärder
17. Riskbruk, skadligt bruk ⁷¹ och beroende	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om hur ett riskbruk av alkohol kan ta sig uttryck hos patienter och hur ett skadligt bruk av alkohol kan förebyggas - Uppvisa kunskap om symtom på skadligt bruk och beroende av skadliga substanser - Kunna vägleda patienter med riskbruk, skadligt bruk eller beroendeproblematik, inklusive informera om möjliga hälsokonsekvenser - Kunna genomföra känsliga samtal om riskbruk, skadligt bruk och beroende - Kunna beakta risker för skadligt bruk och beroende vid läkemedelsbehandling
18. Personer med funktionsnedsättning	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om fysiska, psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar som förekommer hos patienter i primärvården (inklusive den som kommunerna ansvarar för) och hur de kan påverka hälsan hos den enskilda patienten - Uppvisa kunskap om hur åldrandet kan påverka personer med intellektuell eller annan funktionsnedsättning - Kunna anpassa handläggningen och bemötandet utifrån behoven hos en enskild patient med en eller flera funktionsnedsättningar
19. Personer i utsatthet	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om hur en persons hälsa kan påverkas av faktorer som utanförskap, fattigdom, hemlöshet eller trångboddhet och av att befinna sig i ett sammanhang där hot eller våld förekommer - Uppvisa kunskap om hur olika former av utsatthet kan ta sig uttryck hos en patient

⁷⁰ Socialstyrelsen använder i det här kompetensområdet den indelning av psykisk ohälsa som görs utifrån den modell myndigheten tagit fram i samverkan med andra nationella aktörer inom området och som publicerades år 2020: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/vad-menas-med-psykisk-halsa-och-ohalsa/> (hämtat 23-01-23). I modellen delas psykisk ohälsa in i Psykiska besvär respektive Psykiatriska tillstånd. Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i Psykiska sjukdomar och syndrom respektive Utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser.

⁷¹ Kan också kallas missbruk.

Kompetensområde	Kompetensmål
	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna anpassa handläggningen och bemötandet utifrån behoven hos en enskild patient som befinner sig i någon form av utsatthet - Kunna identifiera tecken på att patienter eller närstående är utsatta för våld, till exempel våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld, och kunna vidta adekvata åtgärder - Kunna identifiera tecken på att en person utsätter andra för våld, till exempel i nära relationer, och kunna vidta adekvata åtgärder - Uppvisa kunskap om de särskilda förutsättningar och behov som kan råda för patienter som befinner sig i asylprocess eller vistas i landet utan tillstånd
20. Invånare i glesbygd	<ul style="list-style-type: none"> - Uppvisa kunskap om de särskilda förutsättningar – till exempel sociala, psykologiska, ekonomiska och samhällsstrukturella – som kan råda för personer som bor i glesbygd - Kunna hantera situationer – även akuta – som kan uppstå när det är långt till närmaste sjukhus, inklusive ta ett övergripande ansvar för patientens vård
21. Palliativ vård i livets slutskede	<ul style="list-style-type: none"> - Kunna planera och genomföra vård och behandling för patienter i livets slutskede med beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov - Kunna genomföra brytpunktssamtal med patienter och närstående

Bilaga 3. Närliggande uppdrag

Socialstyrelsen har, som tidigare nämnts, ett övergripande uppdrag att ta fram ett nationellt stöd till fast läkarkontakt. Innevarande uppdrag om kompetenser för en fast läkarkontakt ska därigenom ses som en del i det övergripande nationella stödet om fast läkarkontakt och med utgångspunkt i det som sedan tidigare har publicerats.⁷²

Vidare har myndigheten sedan 2019 ett pågående uppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård⁷³, där utvecklingen av regionernas arbete med fast läkarkontakt är ett av områdena som följs. Uppdraget rapporteras årligen fram till och med år 2023.

Utöver ovan nämnda regeringsuppdrag har myndigheten flera pågående eller nyligen slutförda arbeten som mer indirekt berör området fast läkarkontakt. Till det räknas exempelvis uppdraget tillsammans med nationella vårdkompetensrådet om kompetensförsörjning i primärvården⁷⁴, uppdraget att förbereda arbetet med att meddela föreskrifter om listningstjänst för vårdval⁷⁵, uppdraget om en fast omsorgskontakt i hemtjänsten⁷⁶, uppdraget om teambaserat arbetssätt i arbete med äldre personer som har sammansatta behov⁷⁷ samt uppdraget om vårdkontakter i LSS-boende⁷⁸. I maj 2022 fick myndigheten ett uppdrag kring god och nära vård med inriktning mot att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.⁷⁹ Socialstyrelsen arbetar även med att ta fram kunskapsstöd för vård i hemmet⁸⁰ och publicerar dessutom fortlöpande underlag för analys av tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal (Nationella planeringsstödet, NPS).⁸¹

Det pågår även regeringsuppdrag vid andra myndigheter med direkt respektive indirekt koppling till området fast läkarkontakt. Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) har sedan 2020 ett uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård⁸², bland annat ur ett patientperspektiv. En del av arbetet avser kartläggning av tillgången till fast läkarkontakt. Uppdraget pågår till och med 2025. Även

⁷² Socialstyrelsen. *Fast läkarkontakt*. Hämtad 22-06-21 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/>

⁷³ Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård (S2008/00857/FS, S2017/06952/FS, S2018/05694/FS, S2019/03056, delvis) samt Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS, delvis, S2020/03319/FS, delvis).

⁷⁴ Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården (S2021/06575, delvis).

⁷⁵ Uppdrag att förbereda arbetet med att meddela föreskrifter om listningstjänst för vårdval (S2022/01374, delvis).

⁷⁶ Uppdrag angående vägledning och uppföljning av reformen En fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S2022/01824, delvis).

⁷⁷ Uppdrag att ta fram kunskapsmaterial för teambaserat arbetssätt i arbete med äldre personer som har sammansatta behov (S2021/08111, delvis).

⁷⁸ Uppdrag om vårdkontakter i LSS-boende med anledning av sjukdomen covid-19 (S2022/01055, delvis).

⁷⁹ Uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa (S2022/02309, delvis).

⁸⁰ Kunskapsstödet planeras att publiceras under våren 2023.

⁸¹ Socialstyrelsen. *Nationella planeringsstödet (NPS)*. Hämtad 22-06-21 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/nationella-planeringsstodet/>

⁸² Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2020/03320/FS, delvis)

IVO har ett pågående uppdrag om god och nära vård⁸³ om än inte med särskilt fokus på fast läkarkontakt. Myndigheten ska genomföra tillsynsinsatser på systemnivå i hälso- och sjukvården samt ur ett patientperspektiv och ska slutredovisas 2023. Vidare har även e-hälsomyndigheten ett uppdrag om en listningstjänst⁸⁴, vilket kan ses som nära angränsande till motsvarande uppdrag hos Socialstyrelsen. E-hälsomyndigheten ska inom ramen för sitt uppdrag kartlägga, analysera och ge förslag på hur en nationell listningstjänst för vårdval i primärvården ska kunna inrättas i statlig regi. Myndigheternas respektive uppdrag om nationell listningstjänst slutredovisas i början av 2023.

Slutligen kan nämnas att Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (SOU 2022:41) i juni 2022 presenterade såväl lagförslag som förslag till åtgärder för att skapa långsiktiga förutsättningar för äldreomsorgen, tydliggöra dess uppdrag och innehåll och säkerställa tillgången till god hälso- och sjukvård och medicinsk kompetens.⁸⁵

⁸³ Uppdrag att genomföra särskilda tillsynsinsatser som bidrar till omställningen till en god och nära vård (S2019/02870, S2021/06574, delvis).

⁸⁴ Uppdrag att kartlägga, analysera och ge förslag på hur en nationell listningstjänst ska kunna inrättas i statlig regi (S2022/01375, delvis).

⁸⁵ Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41). Hämtad 22-08-26 från: https://www.regeringen.se/49ef2a/contentassets/bf57c17d12804992acf4b31349f0df75/sou-2022_41.pdf