

Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt

Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om
uppföljning av omställningen till en mer nära vård

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 2020-12-7054

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2020

Förord

Inom ramen för uppdraget om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå.

Rapporten utgör ett underlag för regeringen, myndigheter och regioner vad gäller beslut om åtgärder och uppföljning avseende fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen har genomförts av utredarna Camilla Salomonsson och Anna Dahlin på Socialstyrelsens analysavdelning. Ansvariga enhetschefer har varit Anders Bengtsson och Björn Nilsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens uppdrag	9
Genomförande.....	9
Bakgrund	12
Primärvård.....	12
Utredningen Styrning för en mer jämlik vård betonar vikten av kontinuitet	13
Regeringen betonar att fast läkarkontakt är viktigt för kontinuiteten	13
Regelverk – fast läkarkontakt och fast vårdkontakt	14
Kunskapsläget om fast läkarkontakt.....	17
Utvecklingsinitiativ med relevans för uppföljning av fast läkarkontakt...19	
Kartläggning av regionernas arbete med fast läkarkontakt	22
Definition av fast läkarkontakt i regionerna	22
Definition av uppdrag, ansvar och befogenheter	22
Bemanningsförutsättningar för fast läkarkontakt	23
Vem får vara fast läkarkontakt i regionerna?.....	24
Möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt	24
Information till patienter om fast läkarkontakt.....	25
Sker prioritering av patienter med större behov?	26
Sker styrning mot en begränsning av antal patienter per fast läkarkontakt?	26
Regionernas uppföljning av fast läkarkontakt.....	27
Styrning mot fast läkarkontakt i ersättningssystemen	27
Hur registreras uppgifter om fast läkarkontakt i regionerna idag?	29
Uppgifter om fast läkarkontakt kan hämtas ur två huvudsakliga datakällor.....	29
Tillgång till information om fast läkarkontakt i systemen på hälso- eller vårdcentralen	30
Tillgång till uppgifter om fast läkarkontakt på regionnivå.....	31
Förslag på hur fast läkarkontakt kan följas på nationell nivå	36
Förutsättningar och utgångspunkter för att följa fast läkarkontakt	36
Hur kan Socialstyrelsen följa regionernas arbete med fast läkarkontakt?	37
Hur kan Socialstyrelsen via registeruppgifter följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter.....	37
Uppföljning ur ett patientperspektiv	39

Andra sätt att följa utvecklingen av fast läkarkontakt	40
Det finns behov av information om fast läkarkontakt	42
Referenser	44
Bilaga 1. Möjliga framtida datakällor för nationell uppföljning av fast läkarkontakt.....	45
Bilaga 2. Metod	48
Intervjuer med regioner	48
Enkätundersökning till vårdcentraler och regionintervjuer inom deluppdrag I	50
Bilaga 3. Intervjuade regioners arbete med fast läkarkontakt	52
Bilaga 4. Tillgängliga uppgifter om fast läkarkontakt i regionerna.....	55

Sammanfattning

I april 2020 fick Socialstyrelsen ett tillägg till uppdraget om uppföljning av primärvård och uppföljningen av omställningen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård. Tillägget innebär att Socialstyrelsen inom ramen för nämnda uppdrag ska följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå.

Mot bakgrund av propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) ska Socialstyrelsen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter, till exempel när det gäller hur många och vilka patienter som får fast läkarkontakt. Särskilt fokus ska ligga på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för.

Som utgångspunkt för att kunna följa regionernas arbete liksom att föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas, har myndigheten gjort en kartläggning av hur regionerna arbetar i dag och vilken information om fast läkarkontakt som finns tillgänglig. Kartläggningen visar att såväl tolkningen av begreppet som arbetet med fast läkarkontakt skiljer sig mellan regionerna. Det finns inte sällan en överlappning mellan fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. I ett antal undersökta regioner ställs krav på viss specialistkompetens, vanligen i allmänmedicin, för att en läkare i primärvården ska vara listningsbar i systemet alternativt kunna väljas som patientens fasta läkarkontakt.

I merparten av de undersökta regionerna likställs fast läkarkontakt i primärvården med den namngivna läkare som patienten är listad hos, alternativt har blivit tilldelad på annat sätt. Det behöver emellertid inte vara utifrån önskemål från patienten eller ett val. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att informera om vad fast läkarkontakt i primärvården innebär, inklusive hur det förhåller sig till fast vårdkontakt.

Det är i de flesta regioner tekniskt möjligt att dokumentera uppgifter om listning på namngiven läkare i systemen. Uppgifterna är emellertid i flertalet fall inte heltäckande och/eller av bristfällig kvalitet. Då tolkningen av och arbetssätten för fast läkarkontakt skiljer sig mellan regioner och vårdgivare, utgör uppgifterna en blandning av fast läkarkontakt utifrån patientens önskemål och andra typer av fördelning av patienter på namngiven läkare.

Socialstyrelsen föreslår att myndigheten till en början följer antal/andel patienter med namngiven läkare och antal patienter per namngiven läkare i de regioner där sådana uppgifter bedöms finnas tillgängliga. Det rör sig om cirka en tredjedel av regionerna. I vilken utsträckning patienter med mer omfattande vårdbehov har en namngiven läkarkontakt kan i samma regioner i viss mån följas via den bakgrundsinformation om patienterna som finns i ak-

tuella listningssystem. Då det är oklart vad uppgifterna om listning på namngiven läkare i aktuella regioners informationssystem står för bedömer myndigheten att uppgifterna behöver valideras.

För att möjliggöra en enhetlig dokumentation av fast läkarkontakt i regionernas informationssystem, och därmed en jämförbarhet vid registerbaserad uppföljning, tycks det finnas behov av ett informatikarbete. Ett sådant arbete skulle behöva beakta regionernas åtagande i överenskommelsen om nära vård 2020 om att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter för fast läkarkontakt utifrån lokala behov och förutsättningar.

Vartefter de systemtekniska och begreppsmässiga förutsättningarna för dokumentation av fast läkarkontakt utvecklas kan uppföljningen utökas till fler regioner, och den information som hämtas ur regionernas informationssystem gradvis närma sig fast läkarkontakt i lagens bemärkelse.

Socialstyrelsen bedömer att såväl befolknings- och patientrapporterade uppgifter som kvalitativa uppgifter från regioner, vårdgivare och professionsföreträdare på flera sätt lämpar sig bättre än registerbaserade uppgifter för att följa patienternas möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. Via sådana uppgifter är det möjligt att fånga invånarnas/patienternas upplevda tillgång till och önskemål om fast läkarkontakt, liksom patienters respektive professionsföreträdarens upplevelse av hur det fungerar i praktiken med fast läkarkontakt. Det är därför centralt att den registerbaserade uppföljningen kompletteras med exempelvis patientrapporterade mått.

Socialstyrelsens uppdrag att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt sker lämpligen inom ramen för tidigare givet uppdrag om att följa omställningen till en mer nära vård. Denna uppföljning behöver inkludera hur regionerna arbetar med att ställa krav på, och skapa förutsättningar för, att fler patienter ska kunna få en fast läkarkontakt.

Resultaten av uppföljningen av regionernas arbete med fast läkarkontakt och inrapporterade mätetal avseende exempelvis andel patienter med en namngiven läkare, behöver analyseras tillsammans med uppgifter om väntetider, fast(a) vårdkontakt(er), patientrapporterade uppgifter på området liksom verksamhets-/professionsrapporterade uppgifter om förutsättningarna för att i praktiken kunna leva upp till förväntningarna på en fast läkarkontakt, och där så är möjligt, uppgifter om faktisk läkarkontinuitet.

Socialstyrelsens uppdrag

Sedan juli 2019 har Socialstyrelsen regeringens uppdrag (S2019/03056/FS) att följa upp primärvård och att omställningen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård. Uppdraget består av tre delar och sträcker sig fram till år 2021 (deluppdrag I), 2022 (deluppdrag II) respektive 2023 (deluppdrag III). Deluppdrag I berör nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Deluppdrag II handlar om att inhämta resultat på aggregerad nivå i syfte att följa omställningen. I deluppdrag III ska Socialstyrelsen årligen följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas.

Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS, S2019/03056/FS). Ändringen innebär att Socialstyrelsen inom ramen för nyss nämnda uppdrag ska följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå. Mot bakgrund av propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) ska Socialstyrelsen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur myndigheten löpande kan följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter, till exempel när det gäller hur många och vilka patienter som får fast läkarkontakt. Särskilt fokus ska ligga på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för.

Den del av uppdraget som handlar om att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt tolkar Socialstyrelsen som ett uppdrag som kan införlivas i den årliga uppföljningen av regionernas arbete med omställningen till en mer nära vård. I detta uppdrag ingår att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt inom ramen för överenskommelsen 2020 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om God och nära vård [1]. Resultatet av denna uppföljning kommer myndigheten att redovisa tillsammans med övrig uppföljning av regionernas arbete med omställningen.

I april 2020 fick Socialstyrelsen även i uppdrag att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för en lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt. Detta uppdrag ska redovisas senast den 30 juni 2021.

Utöver generella förslag om att beakta jämställdhet och jämlikhet i uppföljningen av fast läkarkontakt bedöms uppdraget inte ha någon direkt koppling till Agenda 2030.

Genomförande

Rapporten bygger på information som är inhämtad mellan juni och oktober 2020. Uppdraget har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag om uppföljning av primärvård och uppföljningen av omställningen till en mer nära vård, deluppdrag II och III. Samordning har skett med deluppdrag I.

Som grund för uppföljningen av regionernas arbete med fast läkarkontakt, har Socialstyrelsen genomfört en kartläggning av hur ett urval av regioner arbetar med fast läkarkontakt idag. I utredningen av förutsättningarna att löpande följa utvecklingen har myndigheten gjort en undersökning av vilken information som finns i regionerna om hur många patienter som har tillgång till en fast läkarkontakt, vilka patienter som har tillgång till en fast läkarkontakt, med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov, samt hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för.

Kartläggning

Socialstyrelsen har undersökt vilken information som finns tillgänglig om fast läkarkontakt i regionernas förfrågningsunderlag eller motsvarande dokument. I tillägg till detta genomförde Socialstyrelsen inledningsvis i projektet ett antal sonderande intervjuer med bland annat specialistläkare i allmänmedicin med erfarenhet av arbete vid vårdcentral såväl som övergripande uppföljning av primärvården. Därutöver har kunskapsläget på området liksom relevanta utvecklingsinitiativ med relevans för fast läkarkontakt kartlagts översiktligt.

Intervjuer

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget intervjuat elva regioner¹ om hur de arbetar med fast läkarkontakt och vilken information som finns tillgänglig i regionernas informationssystem. Socialstyrelsen intervjuade omkring hälften av Sveriges regioner av skälet att intervjuer med samtliga regioner inte bedömdes rymmas i projektet. Myndigheten gjorde ett urval baserat på bland annat regionernas spridning över landet och fördelning mellan större och mindre regioner.

I den del som handlar om att undersöka vilken information som finns tillgänglig om fast läkarkontakt i regionernas informationssystem har Socialstyrelsen intervjuat företrädare för Inera², samt även tagit del av underlag från Ineras undersökning av möjligheten att visualisera fast läkarkontakt via 1177 [2].³ Därutöver har en fråga om fast läkarkontakt inkluderats i de regionintervjuer som myndighetens regeringsuppdrag om primärvårdsregister genomfört under hösten 2020.

Dessutom har företrädare för företaget MedRave intervjuats. Företaget tillhandahåller ett utdataverktyg som vårdgivare bland annat kan använda för att presentera resultat för indikatorer inom PrimärvårdsKvalitet.

Detta utöver de metoder för insamling av information som beskrivs i avsnittet i övrigt.

Enkäter

Inom deluppdrag I av uppföljningsuppdraget om primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård har Socialstyrelsen skickat ut en enkät till 392 hälso- eller vårdcentraler i samtliga regioner, vilken kunde besvaras

¹ I bilaga 2 återfinns information om intervjufrågor samt vilka regioner som intervjuats av Socialstyrelsen.

² Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Uppdraget är att skapa förutsättningar för att digitalisera välfärden, genom att förse ägarna med gemensam digital infrastruktur och arkitektur.

³ Inom ramen för Ineras undersökning ställdes frågor till ett urval av regioner om förekomst av dokumentation av fast läkarkontakt i journalsystem respektive listningssystem i regionen.

under perioden den 10 september till den 11 oktober 2020. Frågor ställdes också i enkäten om var det registreras om patienten har en fast läkarkontakt och hur stor andel av de listade patienterna som har en fast läkarkontakt. Svar på dessa två frågor utgör underlag för föreliggande rapport. Enkäten besvarades av totalt 226 hälso- eller vårdcentraler (svarsfrekvens 58 procent).

Samverkan och dialog

Uppdraget har genomförts i nära samarbete med Socialstyrelsens uppdrag att utforma ett nationellt stöd på området fast läkarkontakt, se avsnitt Socialstyrelsens uppdrag. De båda uppdragen har i möjligaste mån samordnat intervjuer och dialoger med externa intressenter. Inom projektet har det också förts en dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Socialstyrelsen har även haft kontinuerlig dialog med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys), som också har uppdrag (S2020/03320/FS) på området fast läkarkontakt, i syfte att samordna arbetet. Vård- och omsorgsanalys ska enligt uppdraget bland annat kartlägga patienters tillgång till fast läkarkontakt och redovisa sin rapport skriftligen senast den 31 januari 2021. I Vård- och omsorgsanalys uppdrag ingår även att utvärdera vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt.

Inom ramen för ovan nämnda uppdrag om att utforma ett nationellt stöd har en dialog också förts med Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk distriktsläkarförening (DLF), Svensk sjuksköterskeförening, Distriktsköterskeföreningen och Vårdförbundet.

Om begreppet fast läkarkontakt

I avsnittet Kartläggning av regionernas arbete med fast läkarkontakt redogör Socialstyrelsen för att begreppet fast läkarkontakt tolkas olika i olika regioner och av olika aktörer. Svaren på frågorna i kartläggningen av fast läkarkontakt från regioner och vårdcentraler omfattar en blandning av listning på läkare i vårdvalets listningssystem, patientansvarig läkare (enligt tidigare rättslig reglering), fast vårdkontakt som utgörs av läkare och administrativ fördelning av patienter på läkare vid den aktuella hälso- eller vårdcentralen, med eller utan patientens aktiva val. I lagens bemärkelse avses med fast läkarkontakt att man ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården.

I avsnittet Regelverk redogör Socialstyrelsen för gällande regelverk avseende såväl fast läkarkontakt som fast vårdkontakt. Detta med anledning av nyss nämnda överlappning mellan fast läkarkontakt och fast vårdkontakt som ses i regionernas arbete. Av överenskommelsen God och nära vård 2020 framgår att regionerna ska genomföra insatser för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning mot att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården.

Bakgrund

Av 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Med det avses bland annat att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Primärvård

Primärvård är enligt 2 kap. 6 § HSL hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.⁴

Regionerna har, enligt 8 kap. 1 § HSL det övergripande ansvaret och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa hos befolkningen.

Merparten av svensk primärvård, liksom övrig hälso- och sjukvård, är offentligt finansierad och har region eller kommun som huvudman. Regionerna är, enligt 7 kap. 3 § HSL, skyldiga att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får regionerna själva bestämma utifrån lokala förutsättningar, så länge vissa grundläggande principer respekteras. Det innebär att regionerna kan organisera sin del av primärvårdsuppdraget i ett samlat vårdval för primärvården eller organisera delar av uppdraget i andra vårdval, genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller i egen regi.

⁴ I prop. 2019/20:164 föreslås att med *primärvård ska* avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av *sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och* behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver *särskilda medicinska eller* tekniska resurser eller *någon* annan särskild kompetens. Vidare föreslås att det i HSL ska införas en beskrivning av primärvårdens grunduppdrag. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2021.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård betonar vikten av kontinuitet

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) har haft regeringens uppdrag att bland annat se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att minska användandet av inhyrd vårdpersonal. Utredningen överlämnade slutbetänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) i oktober 2019.

I betänkandet framgår att det finns stark evidens för att personlig kontinuitet i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården, har en positiv effekt på hälsa, patientnöjdhet, medicinska utfallsmått, ökad följsamhet till behandling samt minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader (s. 231).

Utredningen föreslår bland annat att alla som omfattas av en regions ansvar ska kunna välja utförare genom att lista sig hos utföraren och hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Utredningen föreslår att bestämmelsen införs genom ändringar i 7 kap. 3 § HSL och i patientlagen (2014:821). Regionen ska enligt utredningens förslag även tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare. Genom ändringar i 7 kap. 3 § HSL föreslår utredningen också att det ska regleras att regionen får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare.

Regeringen betonar att fast läkarkontakt är viktigt för kontinuiteten

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård (prop. 2019/20:164) anges att ett av målen för omställningen till en mer nära vård är en ökad kontinuitet. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även bygga på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser kring den enskilde (s. 27–28).

Det uttrycks samtidigt att vården behöver respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Därför bör graden av kontinuitet anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser (s. 28).

Regeringen uttrycker vidare att det finns ett behov av att regionerna särskilt arbetar med utvecklingen av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar. Regionerna bör också, enligt regeringen, säkerställa att patienter får information om och bereds tillgång till en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort (s. 28–29).

Att en patient erbjuds en fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar i sig risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren

får dessutom en bättre överblick över pågående aktiviteter vilket underlättar arbetet. Att läkaren ges möjlighet att följa en enskild patient och ta del av resultat från de olika undersökningar, behandlingar och förlopp som planeras och genomförs bidrar till en känsla av sammanhang – inte bara för patienten utan även för läkaren (s. 31).

Regeringen konstaterar också i propositionen att det både i betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) och i betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) lämnas förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. Regeringen avser att lägga förslag som förstärker skyldigheten för regionerna att informera om och erbjuda en fast läkarkontakt, samt patientens möjlighet att få en sådan. Dessa förslag bör enligt propositionen hanteras samlat inom ramen för beredningen av det sistnämnda betänkandet. Redan i aktuell proposition behandlas emellertid förslaget i betänkandet SOU 2018:39 om en begränsning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården (s. 31). Regeringen gör bedömningen att det bör tas fram råd eller riktlinjer som stöder verksamheter och vårdgivare i hur patientansvar lämpligast kan fördelas på funktionen fast läkarkontakt i primärvården (s. 92 ff.). Som nämns i avsnitt Socialstyrelsens uppdrag har Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram ett nationellt stöd för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.

I propositionen hänvisas även till vad som angetts i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Där framgår bland annat att kontinuitet kan skapa bättre arbetsmiljö och bidra till att professionerna kan arbeta effektivare. Inläsningstiden minskar om läkaren känner patienten och risken minskar också för att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger (s. 30 f.).

Regelverk – fast läkarkontakt och fast vårdkontakt

I följande avsnitt redogörs för gällande regelverk avseende såväl fast läkarkontakt som fast vårdkontakt.

Fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt i primärvården

Enligt 7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Enligt 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Genom lagen (1993:58) om husläkare infördes i lag möjligheten att välja läkare. Numera regleras detta i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Bestämmelsen om fast läkarkontakt gäller enbart hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med regionen som huvudman, vilket framgår av bestämmelsen i 1 kap. 2 § andra stycket patientlagen. Regionen är huvudman för offentligt finansierad primärvård även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller däremot utanför regleringen.

Förarbeten om fast läkarkontakt

För många patienter är det viktigt att så långt som möjligt få möta samma vårdgivare. Det gäller särskilt för dem som på grund av sina hälsoproblem ofta behöver ha kontakt med hälso- och sjukvården. Bland dem finns naturligtvis många äldre. En patient befinner sig alltid i ett utsatt och känsligt läge. Det finns därför ett värde för patienten att kunna välja vem man vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen om fast läkarkontakt syftar till att skapa trygghet och kontinuitet genom att patienten ges möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården. På så sätt förbättras också möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient. Ett sådant förtroende förutsätter att den enskilde själv fritt kan välja sin läkare i primärvården. Inte minst viktigt är det för patienten att kunna välja en annan läkare om patienten inte har förtroende för läkaren eller om den valde läkaren inte längre är tillgänglig (prop. 1994/95:195 s. 41 f. och 80 f.).

Enligt förarbetena ska den fasta läkarkontakten bland annat ha följande uppgifter. Läkaren ska svara för att patienten undersöks, såvitt möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver och vidta andra åtgärder som kan vara nödvändiga. Den fasta läkarkontakten ska också ge patienten vägledning i patientens övriga kontakter med hälso- och sjukvården. Om det krävs, ska den fasta läkarkontakten samordna vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder. Läkaren ska även informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga och vilket av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämpligt. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten har en möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen (prop. 1994/95:195 s. 41 f.).

Regionen får inte begränsa den enskildes val av fast läkarkontakt till ett visst geografiskt område inom regionen. En patient ska således kunna välja en fast läkarkontakt var som helst inom regionområdet utan att vara hänvisad till ett visst urval utifrån exempelvis områdesindelning eller bostadsort.

Det kan givetvis finnas situationer där valet av läkare kan begränsas av praktiska skäl. Så kan vara fallet till exempel om enskilda läkares arbetsbelastning är sådan att den sätter gränser för läkarvalet. I glest befolkade delar av landet torde dessutom möjligheterna att välja mellan flera olika läkare inom ett rimligt geografiskt avstånd vara begränsade. Regionerna måste också kunna begränsa rätten till hembesök i de fall patienter som har andra alternativ väljer en läkare långt från bostadsorten eller kräva att patienten själv svarar för resekostnaden till mottagningen (prop. 1997/98:189 s. 21 ff. och s 31 f.).

Tidigare fanns ett krav på att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin. Genom att ta bort detta krav avsåg lagstiftaren att skapa möjligheter även för andra kategorier av läkare att fungera som fast läkarkontakt. Förslaget innebar inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskade eller omvärderades. Allmänläkarspecialisten ansågs även framöver vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården. Det ansågs dock att kravet på att den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin kunde verka hämmande på utvecklingen av vårdvalssystem. Regeln kunde innebära ett hinder i konkurrensen mellan vårdgivare då patienterna är hänvisade till en viss specialitet (prop. 2008/09:74 s. 38).

Även om det tidigare framhölls i förarbetena att den enskilde även skulle ges möjlighet att välja en läkare som är verksam i en annan region blev det först genom införandet av patientlagen reglerat att en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra regioner (prop. 1997/98:189 s. 21 ff. och s 31 f. och prop. 2013/14:106 s. 93).

Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt

Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ska en verksamhetschef enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt enligt vad som anges i 6 kap. 2 § patientlagen.

Förarbeten om fast vårdkontakt

Den fasta vårdkontakten har varit avsedd att ersätta funktionen patientansvarig läkare, PAL, som inte hade tillämpats på det sätt som var dess ursprungliga syfte och inte hade gett avsedd effekt. Genom att ge verksamhetschefen en tydlig skyldighet att svara för patientens behov av trygghet, samordning, säkerhet och kontinuitet blev det möjligt för vårdgivarna att forma system efter patienternas behov, men också efter lokala och regionala förutsättningar. Till skillnad från systemet med PAL öppnade det för andra typer av lösningar där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kunde konstrueras (prop. 2009/10:67 s. 63).

I syfte att stärka patientens ställning och tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet gäller från den 1 juli 2010 en möjlighet för patienten att under vissa förutsättningar få en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och

stödja patienten i kontakterna med vården. Kontakten ska hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet med bestämmelsen är således att framför allt stärka patientens ställning, men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (prop. 2013/14:106 s. 99).

Vårdkontakten ska alltid utses om patienten begär det, oavsett om det anses behövt eller inte. På så sätt skapas en trygghet för patienten i form av att hans eller hennes behov alltid blir styrande. Patientens önskemål om vem som ska bli den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt som möjligt och patienten ska få vara delaktig i processen. Beroende av vilka medicinska och övriga behov patienten har kan den fasta vårdkontakten utgöras av olika yrkesgrupper, exempelvis en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog. Ibland kan det även vara en mer administrativ funktion som då syftar till att primärt koordinera patientens vård (prop. 2013/14:106 s. 99).

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som exempelvis Försäkringskassan (prop. 2013/14:106 s. 99).

Då vissa patienter har kontakt med flera olika delar av sjukvården, olika vårdgivare och vårdenheter samt olika huvudmän inom vården i form av både kommunal och regional hälso- och sjukvård, kan de patienterna få mer än en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan även utses i en annan region än patientens hemregion. De fasta vårdkontaktarna ska samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt beaktas. Det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens (prop. 2013/14:106 s. 99 f.).

Kunskapsläget om fast läkarkontakt

Det finns kunskaper om patienters upplevelse av fasta kontakter och kontinuitet, från olika källor. Kunskapen när det gäller vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt är emellertid begränsad.

Tillgång till fast läkarbemannning i primärvården

I Vård- och omsorgsanalys rapport 2018:5 Allmän tillgång? – Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård, 2018, uttrycks att det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemannning i primärvården i Sverige. Vård- och omsorgsanalys kopplar bristen till otillräcklig planering och samordning på både statlig och regional nivå. Omkring hälften av vårdcentralerna har vakanser och var femte läkare är hyrläkare eller vikarie, enligt rapporten. Vårdcentraler i glesbygd har lägre andel fast anställda och uppvisar ett större behov av hyrläkare och vikarier än vårdcentralerna generellt i landet [3].

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas varierade antalet specialister i allmänmedicin som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2018 mellan 47 och 79 per 100 000 invånare mellan regionerna [4]. Enligt Socialstyrelsens rapport Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård 2019 framkom att samtliga regioner hösten 2018 bedömde att de hade brist på specialister i allmänmedicin inom sina verksamheter [5]. Hösten 2019 bedömde 19 av 21 regioner att de hade brist på specialistläkare generellt. Regionerna beskrev att det var större efterfrågan inom vissa läkarspecialiteter än andra och 7 av 21 regioner uppgav specifikt att det rådde brist på allmänläkare [6]. Det går i dagsläget inte att urskilja vilka läkare som är sysselsatta just inom primärvården. Däremot kan antalet specialister i allmänmedicin per 100 000 invånare ge en indikation på läkarbemanningen inom primärvården, då denna grupp i huvudsak kan antas tjänstgöra inom denna del av vården.

SKR har 2016–2019 bedrivit ett projekt tillsammans med regionerna för att minska beroendet av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Enligt SKR:s webbplats fortsätter arbetet nu i ordinarie verksamhet där regionerna bland annat kommit överens om ett antal gemensamma fokusområden, exempelvis utökat samarbete vid upphandling av inhyrd personal. Enligt en uppföljning från SKR minskade kostnaderna för inhyrda läkare inom primärvården mellan första halvåret 2019 och samma period 2020 i 13 av 21 regioner [7].

Patienters upplevelse av läkarkontinuitet inom primärvården

Nationell patientenkät (NPE) är återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Arbetet samordnas av SKR.⁵ Genom NPE samlas information om patienters erfarenheter och upplevelser av vården. Sedan 2009 deltar samtliga regioner i NPE. I den enkät som genomförs inom hälso-/vårdcentraler i samtliga regioner vartannat år finns flera frågor med relevans för läkarkontinuitet, såsom ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?” respektive ”Fick du träffa den läkare du ville?”. I 2019 års enkät svarade 49 procent ja på den första frågan och 77 procent ja på den andra. På grund av låga och varierande svarsfrekvenser är det svårt att dra slutsatser om utvecklingen över tid [8].

Vård- och omsorgsanalys har genomfört ett antal undersökningar av patienters och medborgares upplevelser av vården. Myndigheten publicerar varje år den svenska delen av den internationella undersökningen *The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 countries* (IHP-studien). IHP-studien är en årlig undersökning av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården i elva olika länder. I ett rullande treårsschema vänder sig studien till tre olika grupper – befolkningen, patienter 65 år och äldre, samt läkare i primärvården. 2016 års undersökning riktar sig till befolkningen (18 år och äldre).

⁵ patientenkät.se

I 2016 års IHP-rapport som vänder sig till befolkningen [9] angav nio av tio svarande att de har en särskild mottagning eller vårdcentral som de vanligen går till. Det är ett liknande resultat som i de flesta andra länder som ingår i studien. Däremot är det betydligt färre av de svarande i Sverige – fyra av tio – som anger att de har en fast läkarkontakt jämfört med andra länder. Drygt hälften av de svarande patienterna anger att de får hjälp av sin ordinarie läkare med att koordinera eller planera sin vård.

Vård- och omsorgsanalys har också undersökt befolkningens syn på fasta kontakter inom hälso- och sjukvården. I rapporten Primärt i vården [10] presenteras resultaten av en enkätundersökning till befolkningen på detta tema. Enligt undersökningen har en hög andel av befolkningen en ordinarie vårdcentral (ca 90 procent) samtidigt som endast en tredjedel har en fast läkare eller annan fast vårdkontakt där. 26 procent av befolkningen har en fast läkarkontakt och 15 procent har en annan fast vårdkontakt såsom sjuksköterska på vårdcentralen. Kvinnor, äldre och personer med långvarig sjukdom har oftare fast läkarkontakt än befolkningen i övrigt. Enligt Vård- och omsorgsanalys finns indikationer på att andelen med fast läkarkontakt minskat de senaste åren.

Enligt undersökningen finns tydliga skillnader i befolkningen vad gäller vilka kvalitetsaspekter inom primärvården man värdesätter. En grupp värdesätter delaktighet högst, en annan möjlighet till fast kontakt och en tredje grupp värdesätter kort väntetid även till icke-akuta besök högst. Många som anser att det är viktigt att ha en fast vårdkontakt har det inte i dag. Vidare visar undersökningen att personer med fasta kontakter på vårdcentraler har bättre erfarenheter av vården där. Det gäller särskilt personer som har både en fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt. Personer med en fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt [10].

Utvecklingsinitiativ med relevans för uppföljning av fast läkarkontakt

Patientkontrakt och SKR:s undersökning om visualisering av fast läkarkontakt

Ett patientkontrakt syftar enligt SKR till att säkerställa patientens delaktighet i sin egen hälsa och vård och stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser.⁶ Innehållet i patientkontraktet, som är en överenskommelse och inte ett bindande kontrakt, ska spegla vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård 2020 [1] beskrivs hur patientkontrakt kan främja arbetet med personcentrering, samordning och kontinuitet i vården, som är ett av målen med omställningen.

⁶ www.skr.se

I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Överenskommelsen om patientkontrakt består av tre delar; sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskommen tid.

Inera har under våren 2020 på uppdrag av SKR undersökt möjligheten att på 1177 visualisera information om fast läkarkontakt för patient och vårdgivare som ett stöd för vårdprocessen [2]. Syftet med Ineras utredning har varit att undersöka om det finns utvecklade arbetssätt kring fast läkarkontakt i regionerna samt förutsättningar för dokumentation och delning av information om vem som är en patients fasta läkarkontakt, regionalt och nationellt.

I rapporten konstaterar Inera att det på regional nivå saknas fastställda, gemensamma rutiner eller krav på dokumentering av information om fast läkarkontakt, i utpekade system. Vidare konstateras att det idag vare sig finns definitions- eller tekniska förutsättningar för delning av listningsinformation via exempelvis 1177. Det krävs enligt Inera ett arbete med informatik och kravställning på vårdinformationssystem för att kunna dela information om listning på namngiven läkare. I det fall SKR väljer att ta arbetet med visualisering av fast läkarkontakt vidare, rekommenderar Inera att införliva visualisering av fast läkarkontakt i projektet Sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden, där arbete med visualisering av fast vårdkontakt är planerat att ingå. Detta med argumentet att informationsmängderna är likartade och det finns tydliga synergier. Enligt Ineras rapport har något beslut om detta ännu inte tagits.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har i sitt huvudbetänkande (SOU 2020:19) föreslagit att patientkontrakt ska bli en del av den rättsliga regleringen. Det föreslås att det i HSL ska anges att regionen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienter i enlighet med vad som anges i patientlagen. I patientlagen anges sedan att om patienten begär det ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakter och individuell plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.

PrimärvårdsKvalitets arbete med att följa personkontinuitet

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården som leds av SKR.⁷ Det syftar i första hand till att ge den lokala hälso-/vårdcentraler tillgång till kvalitetsindikatorer för uppföljning och utveckling av sin verksamhet. Den enskilda vårdcentralen har tillgång till såväl indikatorer som patientspecifik information om till exempel diagnoser, åtgärder och antal vårdkontakter. Indikatorerna för varje vårdcentral räknas fram genom data som extraheras från vårdcentralens journalsystem. Inga personuppgifter samlas in centralt, vilket innebär att uppgifterna inte går att sambearbeta med

⁷ PrimärvårdsKvalitet leds via en stödfunktion bestående av personer specialiserade inom området på SKR:s avdelning för vård och omsorg. Utvecklingsarbetet planeras och genomförs av en arbetsgrupp med representanter från SKR och berörda professionsorganisationer och arbetet förankras vid behov med berörda myndigheter och specialistgrupperingar. Vidare finns en Nationell valideringsgrupp knuten till PrimärvårdsKvalitet, med huvudsakligt fokus på validering av aggregerade data som samlas in nationellt. Fram till 2020 finansierades PrimärvårdsKvalitet med statliga medel inom ramen för olika överenskommelser mellan staten, SKR och regionerna, nu sker finansiering gemensamt av regionerna.

andra registeruppgifter och inte heller går att kvalitetsgranska nationellt. Där-
emot är det möjligt att jämföra resultaten i PrimärvårdsKvalitet på vårdcen-
tralsnivå med resultaten i Nationell patientenkät avseende exempelvis pati-
entupplevd kontinuitet.

PrimärvårdsKvalitet inkluderar flera indikatorer som berör kontinuitet till
såväl läkare som andra yrkesgrupper. Ett par exempel utgörs av kontinuitets-
index för alla patienter som haft minst tre läkarbesök (eller motsvarande för
besök hos exempelvis sjuksköterska) och uppgift om mest frekventa läkare.

Idag går det dock inte att genom PrimärvårdsKvalitets applikationer ta
fram uppgifter om patienters fasta läkarkontakt. Det beror på att det saknas
en enhetlig dokumentation av fast läkarkontakt i hälso-/vårdcentralernas in-
formationssystem.

I juni 2020 hade enligt uppgift 15 regioner anslutit sig till Primärvårds-
Kvalitet och omkring tre fjärdedelar av landets vårdcentraler kunde se sina
resultat i PrimärvårdsKvalitets applikationer lokalt. Arbete pågår för att
kunna presentera resultat på regional och nationell nivå. Enligt Primärvårds-
Kvalitets egen bedömning i juni 2020 skulle resultat för de första fem indika-
torerna (vilka inte omfattar kontinuitet) bli tillgängliga på nationell nivå un-
der innevarande år för de mindre regionerna och merparten av resterande
regioner ansluta under 2021.

Kartläggning av regionernas arbete med fast läkarkontakt

Enligt regeringsuppdraget ska Socialstyrelsen utreda förutsättningarna att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt. Socialstyrelsen har, genom intervjuer och granskning av regionernas förfrågningsunderlag eller motsvarande dokument kartlagt hur regionerna arbetar med fast läkarkontakt i dag, vilket beskrivs i följande avsnitt. Detta utgör också grunden för att kunna följa regionernas arbete över tid. En översikt över hur de intervjuade regionerna arbetar finns även i bilaga 3.

Definition av fast läkarkontakt i regionerna

Av kartläggningen framgår att begreppen fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inte sällan överlappar i regionernas tolkningar av begreppen och även i deras arbete.

I praktiken kan en patient ha flera olika fasta vårdkontakter, både läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med flera yrkesgrupper. Samtidigt kan patienten ha en fast läkarkontakt i primärvården.

Flertalet undersökta regioner definierar fast läkarkontakt som att en patient är listad hos en namngiven läkare i det centrala listningssystemet eller har blivit tilldelad en namngiven läkare enligt någon fördelningsprincip lokalt på aktuell vårdenheter. Andra regioner gör inte den definitionen. Flera regioner definierar det också som att fast läkarkontakt är en delmängd av fast vårdkontakt.

Definition av uppdrag, ansvar och befogenheter

Av förfrågningsunderlagen för de elva regioner som Socialstyrelsen undersökt uttrycks det i nio regioners dokument att patienten ska erbjudas möjligheten att få välja en fast läkarkontakt, fast vårdkontakt som är läkare, eller liknande skrivning.

Socialstyrelsen har också undersökt om det finns specificerat vilket uppdrag, ansvar eller vilka befogenheter en fast läkarkontakt har i regionen. I de flesta fall finns detta inte specificerat. I ett par regioner är detta under utveckling.

Samtliga regioner i Sverige använder 1177 Vårdguiden som kanal för att informera patienterna om fast vårdkontakt respektive fast läkarkontakt. Av informationen till invånarna på 1177 framkommer att en fast läkarkontakt på vårdcentral/hälsocentral innebär att man i möjligaste mån får träffa sin fasta läkarkontakt varje gång man besöker sin vårdcentral/hälsocentral för sin

grundsjukdom och att läkaren i fråga samordnar vården mellan olika vårdenheter.

I förfrågningsunderlagen förekommer beskrivningen att fast läkarkontakt innebär bättre möjligheter att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Detta är samma beskrivning som av fast vårdkontakt i HSL. Det förekommer också skrivningar om att den fasta läkarkontakten ska vara patientens förstahandsval vid planerade läkarbesök inom primärvårdens område.

Av flera intervjuer framgår att det vore av värde om uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt kunde definieras, gärna genom ett nationellt ramverk. Vissa regioner uttrycker att förhållandet till fast vårdkontakt också behöver tydliggöras. Socialstyrelsen publicerade 2012 ett meddelandeblad om fast vårdkontakt, med fokus på verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning [11] och 2017 en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan [12]. Någon motsvarande vägledning avseende fast läkarkontakt finns inte.

Bemanningsförutsättningar för fast läkarkontakt

De flesta av de intervjuade regionerna lyfter bemanningssituationen som en central fråga i arbetet med fast läkarkontakt. Svårigheten för hälso- och vårdcentraler att tillsvidareanställa läkare, exempelvis specialister i allmänmedicin är ett genomgående problem som de intervjuade regionerna lyfter, om än med viss variation över landet och ofta även inom respektive region.⁸ Att ha ett stort beroende av hyrläkare för sin läkartillgång på vårdenheten innebär av förklarliga skäl svårigheter att erbjuda patienterna en fast läkarkontakt. Flera regioner försöker dock lösa kontinuiteten genom en långsiktigt planerad läkarbemanning, även om det är genom bemanningsföretag, för att kunna erbjuda patienterna möjlighet att få träffa samma läkare till exempel vid undersökning och uppföljning.

Bemanningsförutsättningarna vad gäller läkare har bland annat medfört att hälso- eller vårdcentralerna i flera regioner utvecklat teamarbetet på vårdenheten. Man använder sig då exempelvis av en fast vårdkontakt som utgörs av annan yrkeskategori än läkare. Den fasta vårdkontakten utgör del i ett team till vilket även en läkarresurs är knuten. Det behöver inte alltid vara bemanningssvårigheter som påverkar, utan utvecklingen mot mer teambaserade arbetssätt och kontinuitet i relation till andra yrkesgrupper än läkare förefaller också drivas av en strävan att finna mer effektiva och ändamålsenliga arbetsätt för att skapa kontinuitet i relation till en viss patientgrupp.

⁸ I avsnittet lyfter Socialstyrelsen särskilt fram bristen på läkare på hälso- och vårdcentraler. Det är dock värt att notera att utmaningar vad gäller bemanning också finns i andra yrkesgrupper och i andra delar av hälso- och sjukvården.

Vem får vara fast läkarkontakt i regionerna?

En del regioner som undersökts beskriver i sina förfrågningsunderlag eller motsvarande att den fasta läkarkontakten ska ha specialistkompetens, exempelvis i allmänmedicin, geriatrik, barn- och ungdomsmedicin eller annan likvärdig kompetens. I vissa regioner inkluderas också läkare under specialiseringsstjänstgöring i allmänmedicin.⁹ Den rättsliga regleringen kräver emellertid inte att den fasta läkarkontakten ska ha en viss specialitet. Kravet på specialistkompetens i allmänmedicin togs bort år 2009.

I de flesta regioner som har särskild reglering av fast läkarkontakt anges i styrdokumentet att den fasta läkarkontakten ska utgöras av en tillsvidareanställd läkare alternativt en läkare med någon form av långsiktigt planerad bemanning. Detta med anledning av att man inte ska kunna listas på exempelvis en vakant tjänst. I vissa fall kan det i regionerna accepteras att inhyrda läkare utgör fast läkarkontakt.

Möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt

Av Socialstyrelsens genomförda intervjuer med regionerna framgår att möjligheterna till, och formerna för val av läkare varierar mellan regioner såväl som mellan hälso- och vårdcentraler.

I merparten av regionerna finns ett system där patienten fyller i en pappersblankett för att specificera sitt val av vårdcentral. På blanketterna finns i vissa regioner också möjlighet att önska en viss läkare. I två av de undersökta regionerna är det möjligt att lista sig på en namngiven läkare via 1177 Vårdguidens digitala tjänster. I ytterligare en annan region kan man i samband med val av vårdcentral på 1177 skicka en förfrågan till hälso-/vårdcentralen om att få en viss läkare. I vissa regioner är det möjligt att ställa sig i kö hos en viss läkare i de fall då läkarens patientlista är fulltecknad.

Det förefaller dock vara vanligast att en eventuell fördelning av hälso-/vårdcentralens listade patienter på enskilda läkare sker baserat på patienternas geografiska tillhörighet eller födelsedatum. I den mån patienten gör ett aktivt val av läkare kan det ske i samband med läkarbesök, exempelvis i dialog mellan läkare och patient.

I flera av de intervjuade regionerna uttrycker företrädarna att patienterna har möjlighet att välja en fast läkarkontakt och att vårdgivarna så långt möjligt ska försöka tillgodose patienternas önskemål. Det kan dock vara så att man inte får den läkare man önskat eller att vårdcentralen i liten utsträckning har fast läkarbemanning. I några fall nämns att regionen inte i första hand ar-

⁹ Beskrivningen ligger nära det utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård presenterar i sitt delbetänkande från 2018, SOU 2018:39. Där föreslås att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringsstjänstgöring i allmänmedicin (s. 380–381). Förslaget har dock hittills inte tagits vidare av regeringen.

betar utifrån fast läkarkontakt i bemärkelsen patientens möjlighet att välja läkare, utan exempelvis strävar efter att utse en fast läkare till patienten i de fall man bedömer att patienten är i behov av det.

Information till patienter om fast läkarkontakt

Av informationen på 1177 Vårdguiden [13] framgår att en fast läkarkontakt inte är samma sak som en fast vårdkontakt. En fast läkarkontakt har man enbart i primärvården, till exempel vid en hälso- eller vårdcentral. Det framkommer av informationen att en fast läkarkontakt är den person man så långt det är möjligt ska få träffa varje gång man gör ett vårdbesök för sin grundsjukdom. Det uttrycks också att det kan vara en kontakt via telelänk eller telefon. Har man flera sjukdomar eller besvär kan man få träffa flera olika läkare. En fast läkarkontakt ska enligt 1177 Vårdguiden vara en trygghet för patienten och vara den man kan kontakta. En fast läkarkontakt ska också samordna vården mellan olika kliniker.

Regionernas styrdokument för vårdvalet inom primärvården innehåller sällan specifika skrivningar om att patienten ska få information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt (3 kap. 2 § 1 patientlagen). Däremot finns ofta i förfrågningsunderlagen generella skrivningar om vårdgivarnas skyldighet att informera patienterna om deras rättigheter/möjligheter. Därutöver ställer de intervjuade regionerna i regel inga ytterligare krav på att hälso- eller vårdcentralen aktivt ska informera sina patienter om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.

Tre av elva intervjuade regioner uppger att det i regionen finns rutiner och/eller krav på vårdgivarna att informera patienterna om vem deras fasta läkarkontakt är. En sådan rutin kan exempelvis innebära att det automatiskt skickas ett brev till personen när hen aktivt valt att lista sig på en viss läkare eller på annat sätt blivit tilldelad en ny namngiven läkare.

Regionernas företrädare uppger att information till patienten vanligen ges när det uppstår en situation då patienten uttrycker önskemål om att få lista sig eller lista om sig eller välja en fast läkarkontakt. Flera företrädare för regioner nämner i intervjuer att de uppfattar att patienterna i allmänhet är relativt välinformerade om sina möjligheter att välja såväl vårdgivare som läkare. Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag dock inte haft möjlighet att undersöka hur vårdcentralerna i aktuella regioner arbetar med patientdelaktighet och patientinformation, eller hur välinformerade patienterna är i frågan.

Utöver 1177 Vårdguiden har ett antal regioner särskilda webbplatser som handlar om vårdgivarnas skyldigheter gentemot patienterna, där hänvisningar till HSL:s och patientlagens skrivningar om fast läkarkontakt görs.

Skjer prioritering av pasienter med større behov?

Av spøringsunderlagen og intervjuerna framkommer det at i merparten av de undersøkte regionerna ska vordgivaren særskilt beakta grupper med størst behov når det gæller at erbjuda kontinuitet i form av fast lækarkontakt. Vilka grupper som omfattas varierer mellom regionerna. Det ror sig eksempelvis om personer med en eller flera kroniska sjukdomar, personer med nedsatt autonomi, ældre personer, ældre med stort vordbehov, personer som har mænga kontakter med vorden, omfattande funksjonsnedsætning eller øvriga med stort behov av kontinuitet. Behovet av fast lækarkontakt i primærvorden pæverkas økså av i vilken utstrækning pasienter med omfattande vordbehov økså har en fast vordkontakt som eksempelvis en diabetesskøterska på hælso- eller vordcentralen eller en lækare inom den spesialiserte vorden.

I de flesta intervjuede regioner prioriteras at ha en fast lækarkontakt, i bemærkelsen en utsedd namngiven lækare, till pasienter med kommunal hemsjukvord og pasienter i særskilt boende. Flere regioner har rutiner for denna kontinuitet. Dette innebær en signal om prioritering av lækarkontinuitet till personer med omfattande og kompleksa vordbehov. Ofta er en lækare kopplad till respektive særskilt boende og har kontinuerlig dialog og kontakt med ansvarig sjukskøterska på boendet. Regionerna beskriver samtidig gjennomgående at pasienter på særskilt boende har møjligheit at vëlja en annan lækare æn den som er knuten till det særskilde boendet. Emellertid gæller at det då inte alltid er med samma møjligheter till fysiska lækarbeøk som pasienter som er listede den lækare som er kopplad till det særskilde boendet. Pasienter med kommunal hemsjukvord kan økså vara listede hos ett team med en ansvarig lækare från vordcentralen eller hælsoentralen samt med personal från kommunal hælso- og sjukvord.

Flertallet undersøkte regioner oppger at de utifrån dagens bemanningssituasjon inte har kapasitet at erbjuda hela befolkningen møjligheiten at få vëlja og få tillgæng till en fast lækarkontakt i primærvorden. Vissa regioner bedømmer dock at de har møjligheit at erbjuda fast lækarkontakt till de spesifikke grupper som de prioriterer og æven till dem som efterfråger en fast lækarkontakt. Flere regioner framhæller i intervjuer at det inte alltid går at tillmøtesgå pasienternas ønskemål om at få en spesifikk lækare, eksempelvis då dennes lista kan vara fullteknad. I dessa fall kan man således tillmøtesgå pasientens ønskemål om at få en fast lækarkontakt, men inte ønskemålet om at vëlja en viss lækare.

Skjer styrning mot en begrænsning av antal pasienter per fast lækarkontakt?

Bland de regioner som Sosialstyrelsen har intervjuat har merparten inga riktlinjer eller krav på regionnivå vad gæller hur mænga pasienter en fast lækarkontakt kan eller bør vara ansvarig for. I vissa fall er det en naturlig føljd av at ett antal av de undersøkte regionerna fokuserer sitt kontinuitetsarbeite i forsta hand på vordteam og fast vordkontakt, vilket æven inkluderer andra

yrkeskategorier än läkare. I andra fall hänger det samman med att regionerna bedömer att fördelningen av antal patienter per läkare utgör ett arbetsgivaransvar som bör falla på vårdgivarna snarare än på regionen i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.

I tre intervjuade regioner finns ett riktvärde (inte tvingande) för antal patienter per fast läkarkontakt och i två regioner har huvudmannen angivit en övre gräns för antal patienter per fast läkarkontakt för att hälso- eller vårdcentralen ska få extra ersättning för att uppnå en viss andel patienter med fast läkarkontakt. Denna begränsning motiveras med att man därmed utesluter möjligheten att lista patienter på fast läkare utan egentlig möjlighet till personkontinuitet med avseende på läkare i praktiken.

Regionernas uppföljning av fast läkarkontakt

Det är stor variation i de undersökta regionernas uppföljning av vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt. Av de elva regioner Socialstyrelsen intervjuat följer tre regioner upp andelen listade patienter på namngiven läkare baserat på uppgifter som är möjliga att ta fram automatiskt. En av dessa regioner uppger också att underlagen utgör grund för dialog och att vårdgivare som uppvisar låg andel patienter listade på namngiven läkare uppmanas att ta fram handlingsplaner för att öka denna andel.

I två undersökta regioner sker uppföljning av fast läkarkontakt genom dialog men utan tillgång till exakta uppgifter om exempelvis andel patienter med en namngiven läkare. I ytterligare en region sker endast uppföljning av fast vårdkontakt, vilket inkluderar de fasta vårdkontakter som utgörs av läkare. Uppföljningen av fast läkarkontakt respektive fast vårdkontakt i regionerna sker inte alltid systematiskt varje år utan kan lyftas som ett fokusområde i avtalsuppföljningen under ett eller flera år. Ingen av företrädarna för de intervjuade regionerna har angett att de följer patienternas upplevelse av läkar-kontinuitet i NPE som underlag vid uppföljningen.

I fyra av elva regioner sker ingen uppföljning av fast läkarkontakt vilket bland annat kan hänga samman med att regionerna valt att prioritera arbete med fast vårdkontakt.

Styrning mot fast läkarkontakt i ersättningssystemen

Av de elva regioner som Socialstyrelsen intervjuat är det två regioner som valt att koppla en ersättning till förekomst av fast läkarkontakt på vårdcentralerna. Ersättningen baserar sig på den andel av de listade patienterna som har en fast läkarkontakt¹⁰, där vårdcentralerna får ersättning för att nå vissa nivåer. I en av regionerna kan vårdcentraler med låg andel patienter med fast läkarkontakt också få ersättning om man ökar andelen patienter med fast

¹⁰ Vilket enligt Socialstyrelsens bedömning kan innefatta såväl namngiven läkare som patienten valt, som namngiven läkare som patienten på annat sätt blivit fördelad till.

läkarkontakt. För att få ersättningen krävs också i bägge fallen att vårdcentralerna inte överskrider ett visst antal listade patienter per namngiven läkare.¹¹

Tre intervjuade regioner uppger att de valt att inte koppla ersättning till antal listade per fast läkarkontakt eftersom de ser en risk att det kan påverka kvaliteten i inrapporteringen. Det kan exempelvis leda till att fler patienter får en fast läkarkontakt på papperet men inte nödvändigtvis en ökad läkar-kontinuitet i praktiken.

¹¹ I Region Blekinge sätts gränsen vid 2 200 patienter per namngiven läkare. I Västra Götalandsregionen får antalet listade patienter per heltidsarbetande läkare vara maximalt 2 400 och samt högst 800 listningspoäng. Listningspoängen är tänkt att spegla vårdtyngden för de patienter som är listade hos en enskild läkare. Motsvarande gräns för ST-läkare går i regionen vid 1 200 personer och 400 listningspoäng.

Hur registreras uppgifter om fast läkarkontakt i regionerna idag?

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att särskilt undersöka förutsättningarna för att på nationell nivå följa fast läkarkontakt avseende följande aspekter:

- Hur många patienter som får en fast läkarkontakt,
- Vilka patienter som får en fast läkarkontakt. Särskilt fokus ska enligt uppdraget vara på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov,
- Hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för.

Nedan redogörs för hur uppgifter om fast läkarkontakt registreras i systemen och dagens systemtekniska förutsättningar för att kunna följa respektive fråga. Observera att vissa av uppgifterna som ligger till grund för sammanställningen vid inrapporteringen inte varit helt koherenta eller kompletta. Därutöver har en viss förenkling skett genom att regioner som till övervägande del bedömts uppfylla kriterierna för en viss kategori har placerats där. Förutsättningarna i verkligheten är dock mer mångfacetterade. Dessa omständigheter bedöms emellertid inte påverka de övergripande slutsatserna i rapporten. I bilaga 4 återfinns en sammanställning av regionernas möjligheter att ta fram uppgifter om namngiven läkare ur sina informationssystem.

Uppgifter om fast läkarkontakt kan hämtas ur två huvudsakliga datakällor

Enligt Ineras rapport och Socialstyrelsens genomförda intervjuer finns idag i huvudsak två datakällor som kan vara aktuella för att hämta uppgifter om fast läkarkontakt: de regionala listningssystemen kopplade till vårdvalet för primärvården respektive journalsystemen (även kallade vårdinformationssystemen). Inera konstaterar i sin rapport att i den mån information om listning på namngiven läkarkontakt dokumenteras sker det ofta i journalsystemet, eller förs över dit från listningssystemet [2].

Information i listningssystem

Gemensamt för samtliga listningssystem är att de innehåller patientens personnummer (eller motsvarande) genom vilket det är möjligt att ta fram uppgift om ålder, kön och folkbokföringsadress. Dessutom innehåller systemen information om vilken vårdcentral patienten är listad på och datum för listning. Informationen i listningssystemen utgör underlag för ersättning till vårdcentralerna och informationen i dessa uppdateras relativt snabbt. Listningssystemen är vanligen organiserade så att regionen har tillgång till all information (inklusive eventuella olistade individer). Vidare har verksamhetschef i varierande grad tillgång till information utöver den om verksamhetens listade patienter, medan vårdcentralens medarbetare har tillgång till information om de patienter som för närvarande är listade på vårdcentralen. I de fall

listning på namngiven läkare registreras i listningssystemet kan en enskild läkare ibland ur systemet ta fram en lista över "sina" patienter.

Varje region har utformat sitt eget listningssystem vilket innebär att det finns skillnader mellan regioner vad gäller vilka övriga uppgifter som finns registrerade i dessa. I vissa regioner innehåller systemen information om patienten är listad på en specifik läkare (behöver dock inte innebära att patienten gjort ett val), i andra regioner är det möjligt att även lista patienten på fast vårdkontakt (flera yrkeskategorier) medan det i ytterligare andra regioner saknas möjlighet att registrera sådan information. Ungefär hälften av regionerna uppger att tillförlitligheten/kvaliteten i informationen om listning på läkare i systemen är bristfällig. Exempelvis finns det skillnader i hur uppgifter registreras, uppgifter kan vara ofullständiga och i vissa fall uppdateras informationen inte automatiskt.

I de regioner där listning på namngiven läkare inte görs i det regionala listningssystemet är det som nämnts ovan ändå vanligt förekommande att vårdcentralerna lokalt fördelar patienter per läkare, baserat på exempelvis patienternas födelsedatum eller folkbokföringsadress.

Information i journalsystem

Den andra huvudsakliga källan till information om fast läkarkontakt utgörs av journalsystemet eller vårdinformationssystemet. Förutsättningarna för att registrera fast läkarkontakt (alternativt listning på namngiven läkare), eller att hämta informationen från listningssystemet till journalsystemet, skiljer sig mycket mellan regioner och vårdcentraler. I vissa regioners journalsystem går det att registrera vem som är patientens fasta läkarkontakt i journalsystemet på ett sätt som gör det möjligt att hämta ut informationen automatiskt. I andra journalsystem finns endast möjlighet att registrera uppgiften som en underkategori till fast vårdkontakt, eller som fri text, vilket gör att det ibland inte är möjligt att automatiskt hämta ut information om fast läkarkontakt (alternativt listning på namngiven läkare) ur systemet för samtliga listade patienter i primärvården. Dessutom har inte alltid samtliga vårdgivare i samma region samma journalsystem vilket gör att möjligheten att registrera listning på läkare i dessa system kan skilja sig även inom en region.

Tillgång till information om fast läkarkontakt i systemen på hälso- eller vårdcentralen

Av Socialstyrelsens intervjuer samt Ineras undersökning framkommer att man på vårdcentralsnivå ofta kan ta fram uppgifter om vilka patienter som är listade på en viss läkare, samt hur många listade patienter en viss läkare har.

Vad gäller uppgifter på systemnivå har Socialstyrelsen inkluderat frågor om fast läkarkontakt i en enkät till vårdcentraler om regionala förutsättningar för att tillhandahålla uppgifter till ett eventuella framtida hälsodataregister för primärvården. Frågorna som ställdes i enkäten handlade om var vårdcentralen registrerar om patienten har en fast läkarkontakt, samt hur stor andel av

vårdcentralens listade patienter som hade en fast läkarkontakt. Undersökningen har i ett flertal regioner låg svarsfrekvens och det går inte att säga att de svarande vårdcentralerna är representativa för respektive regions eller rikets vårdcentraler. Därför behöver de presenterade svaren i form av andelar tolkas med försiktighet. I de flesta regioner likställs därutöver fast läkarkontakt med listning på namngiven läkare, vilket gör att uppgifterna som redogörs för nedan i huvudsak avser listning på läkare.

Av de svarande vårdcentralerna uppgav cirka 70 procent att de registrerar information om fast läkarkontakt i journalen. Det framgår dock inte i vilken form. Det kan röra sig om såväl strukturerad form, vilket möjliggör uttag avseende samtliga patienter i systemet, som i form av fritext eller annan kategori, vilket medför att vårdcentralen endast kan få tillgång till informationen i varje enskilt patientärende. Vidare uppger cirka 30 procent av de svarande vårdcentralerna att de registrerar uppgift om fast läkarkontakt i regionens listningssystem.¹² Sju procent av de svarande vårdcentralerna uppger att de inte alls registrerar fast läkarkontakt. Dessa vårdcentraler återfinns i nio olika regioner.

På frågan ”Hur stor andel av de listade patienterna i er verksamhet har en fast läkarkontakt?” varierade svaren mellan 0 och 100 procent. Variationen förefaller vara stor såväl mellan regioner som mellan vårdcentraler inom respektive region.¹³ Vissa vårdcentraler som uppgav sig inte registrera fast läkarkontakt hade ändå en ungefärlig uppfattning om hur stor andel av de listade patienterna som hade en fast läkarkontakt. Flera av de svarande vårdcentralerna uppgav att de inte kunde få fram exakta siffror utan gjort en uppskattning av andelen patienter med fast läkarkontakt.

Tillgång till uppgifter om fast läkarkontakt på regionnivå

Uppgifter om andel patienter med fast läkarkontakt

I cirka en tredjedel av regionerna bedöms det vara möjligt att idag inhämta förhållandevis tillförlitliga uppgifter om listning på namngiven läkare. Av de 21 regioner som Socialstyrelsen tagit del av information om uppger 17 att det rent tekniskt är möjligt att på regionnivå automatiskt ta fram uppgifter om antal respektive andel listade patienter med en namngiven läkare.¹⁴ Tio av dessa 17 regioner uppger emellertid att de uppgifter som går att ta fram är ofullständiga eller av bristande kvalitet.

Även för de sju regioner där det förefaller vara möjligt att ta fram uppgifterna bedömer myndigheten att dessa sannolikt inte är jämförbara mellan regioner (eller mellan vårdgivare) då definitionen av innehållet och vem som får

¹² På grund av hur frågan var ställd svarade vårdcentralerna att de registrerade uppgiften i det administrativa systemet, och lade till fritextsvar om att aktuellt system utgjordes av listningssystemet.

¹³ I vissa regioner har endast en eller ett fåtal vårdcentraler svarat varför det är svårt att uttala sig om variationen i andel med fast läkarkontakt.

¹⁴ Definierat som något av följande: patientansvarig läkare, läkare som tilldelats en viss patient enligt lokal fördelningsprincip, fast vårdkontakt inom primärvården som utgörs av läkare eller läkare patienten aktivt valt eller blivit tilldelad som sin fasta läkarkontakt.

vara en fast läkarkontakt skiljer sig mellan regionerna (och mellan vårdgivare). Exempelvis ställer vissa regioner krav på specialistbevis, viss anställningsform eller har ett tak eller riktvärde för antal listade patienter per läkare. Vad gäller de tio regioner där tekniska förutsättningar bedöms finnas men där data är ofullständiga eller av bristande kvalitet, skulle regionerna behöva införa krav på dokumentation av fast läkarkontakt/namn given läkare för att möjliggöra användning av informationen i uppföljnings syfte. I vissa av dessa tio regioner skulle det också behövas insatser för att säkerställa kvaliteten på de dokumenterade uppgifterna.

I fyra regioner krävs därutöver utveckling av funktionalitet i listnings-/vårdinformationssystemet för att möjliggöra uppföljning av antal och andel patienter som har en namngiven läkare.¹⁵

Uppgifter om vilka som får en fast läkarkontakt med fokus på patienter med större behov

Möjligheten är mycket begränsad idag att följa vilka patienter som har en fast läkarkontakt, med särskild fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Av landets 21 regioner skulle det vara tekniskt möjligt att i cirka sju regioner i viss utsträckning följa vilka patienter som är listade på en namngiven läkare. Detta skulle kunna ske via bakgrunds uppgifter i listnings systemet (ålder, kön och folkbokföringsadress som kan kopplas till CNI¹⁶ och på områdes-/grupp nivå indikerar hälsostatus/vårdbehov hos befolkningen). I två regioner förefaller det vara möjligt att ta fram uppgifter om vilka patienter som får en fast vårdkontakt kopplat till bakgrunds information om diagnos eller ACG¹⁷. I ytterligare sju regioner finns systemtekniska möjligheter att dokumentera uppgift om fast läkarkontakt som kan kopplas till bakgrunds information om diagnos eller motsvarande. För att få fram tillförlitliga uppgifter skulle det dock krävas att regionerna ställer enhetliga krav på registrering av listning på namngiven läkare.

Givet slutsatserna av den juridiska bedömningen i Socialstyrelsens tidigare rapport om uppföljning av omställningen till en mer nära vård skulle de juridiska förutsättningarna för att använda bakgrunds information om diagnoser eller ACG som härrör från journalsystemet behöva utredas närmare innan en sådan modell föreslås för uppföljning på nationell nivå. [14, 15].

Uppgifter om hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för

Vad gäller möjligheten att ta fram uppgifter om hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för uppger cirka sex av regionerna¹⁸ att de kan ta fram

¹⁵ Det kan handla om utveckling vad gäller sökord och fält för registrering av listning på namngiven läkare och möjlighet för dessa system att överföra information sinsemellan. Som Inera påpekar i sin rapport om visualisering av fast läkarkontakt skulle det vara önskvärt om regionerna kom överens om vilket informationssystem som ska utgöra huvudkälla till uppgift om patientens namngivna läkare.

¹⁶ Care Need Index, CNI, är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa.

¹⁷ACG (adjusted clinical groups) ACG är ett beskrivningssystem för analys av en populations samlade sjuklighet.

¹⁸ Här avses samtliga 21 regioner.

uppgiften ur systemen idag. Två av regionerna uppger att de inte tar fram sådana uppgifter med hänvisning till att dimensionering av verksamheten är en fråga för vårdgivaren.

I ytterligare nio regioner är det tekniskt möjligt att dokumentera uppgifterna i något informationssystem. I dessa regioner skulle det på sikt gå att ta fram uppgifter om antal patienter per fast läkarkontakt förutsatt att regionerna inför enhetliga krav på dokumentation av detta i aktuellt informationssystem. I resterande sex regioner skulle det därutöver krävas en utveckling av funktionaliteten i regionernas informationssystem för att möjliggöra en sådan uppföljning. Liksom för övriga mått avseende fast läkarkontakt gäller att uppgifterna i dagsläget inte bedöms vara jämförbara mellan regioner (eller vårdgivare).

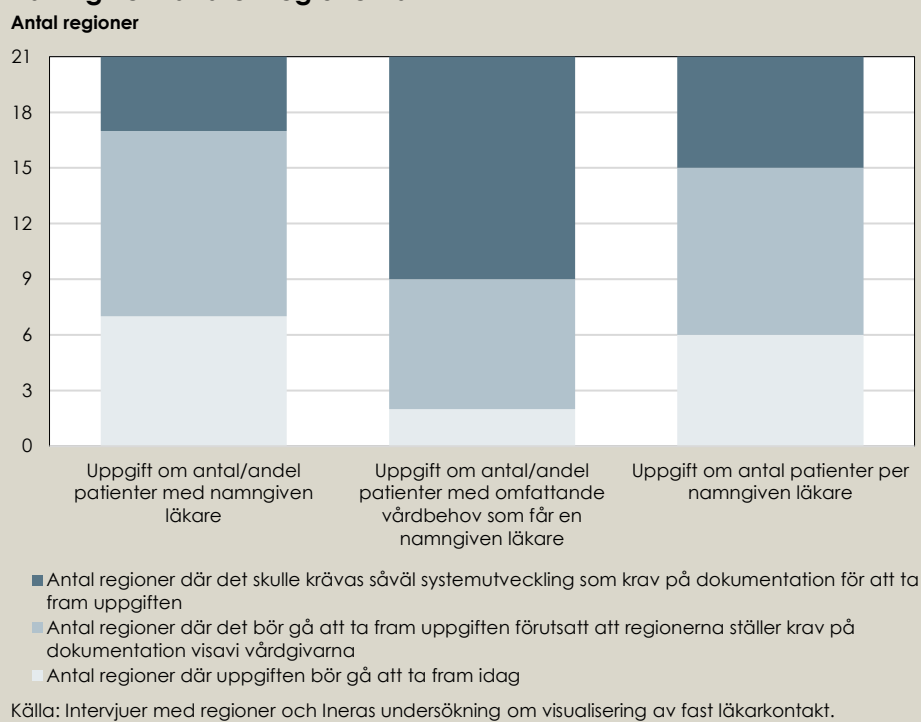
Fast läkarkontakt eller listning på läkare i informationssystemen?

Av den information som Socialstyrelsen tagit del av från regioner och vårdcentraler drar myndigheten slutsatsen att de uppgifter om patientens namngivna läkare som är möjliga att dokumentera i strukturerad form i regionernas informationssystem utgör en blandning av flera olika saker. De inkluderar namngiven läkare som patienten antingen valt aktivt eller passivt (genom att inte välja en annan läkare) eller andra former av fördelning av patienter till namngivna läkare, inklusive fast vårdkontakt i primärvården som utgörs av läkare. Det går i dagsläget inte alltid att på systemnivå urskilja vad som är vad. När det gäller möjligheten att ta fram uppgifter ur dagens informationssystem i uppföljningssyfte används hädanefter begreppet listning på namngiven läkare som samlingsbegrepp för såväl namngivna läkare som patienten själv valt och motsvarande som patienten fördelats till.

Slutsatser vad gäller förutsättningar för att följa listning på namngiven läkare via registeruppgifter från regionerna

Figur 1 sammanfattar Socialstyrelsens bedömning av de systemtekniska förutsättningarna att ta fram uppgifter ur regionernas informationssystem om listning på namngiven läkare idag.

Figur 1. Möjlighet att ta fram registerbaserade uppgifter om listning på namngiven läkare i regionerna



Möjlighet att följa listning på namngiven läkare på kort sikt
 Baserat på regionernas uppgifter i Socialstyrelsens kartläggning bedömer myndigheten att det bör vara möjligt att ta fram uppgifter om antal och andel patienter som har en namngiven läkare i ungefär en tredjedel av regionerna. I samma regioner bedömer myndigheten att det via bakgrundsuppgifter om patienternas ålder, kön och folkbokföringsadress i listningssystemet bör gå att sammanställa uppgifter om i vilken utsträckning patientgrupper med större risk för ohälsa (baserat på aktuella variabler¹⁹) har en namngiven läkare i primärvården. I två regioner bör det vara systemtekniskt möjligt att ta fram uppgifter om vilka patienter som får en fast läkarkontakt kopplat till mer precis bakgrundsinformation om vårdbehov såsom exempelvis diagnos.²⁰ I ungefär en tredjedel av regionerna bedömer myndigheten att det är möjligt att ta fram uppgifter om antal listade patienter per namngiven läkare i primärvården. Innan en genomlysning/validering av ovan nämnda uppgifter gjorts är det emellertid inte möjligt att uttala sig om kvaliteten i dessa.

Då den information som dokumenteras i regionernas listnings- respektive journalsystem skiljer sig åt mellan regioner och hälso-/vårdcentraler är det viktigt att uppgifterna tolkas med försiktighet till dess att de validerats genom

¹⁹ Baserat på ålder, kön och bostadsort, vilket i sin tur kan kopplas till CNI.

²⁰ Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag dock inte haft möjlighet att utreda denna typ av informationsuttag ur ett dataskyddsperspektiv. Givet Socialstyrelsens tidigare utredningar på området kan det finnas juridiska begränsningar för denna typ av uttag/uppföljning, även om det är systemtekniskt möjligt (se vidare ref. nr 14 och 15).

att stämmas av mot exempelvis patient- och befolkningsrapporterade uppgifter samt andra tillgängliga uppgifter om läkarkontinuitet.²¹ Samma försiktighet behöver iaktas vad gäller att jämföra regioner med varandra.

Möjlighet att följa listning på namngiven läkare alternativt fast läkarkontakt på längre sikt

Av figur 1 framgår att det, utöver de regioner där uppgifter går att ta fram idag, finns systemtekniska möjligheter att dokumentera listning på namngiven läkare i ytterligare ett antal regioner, men att det skulle behöva bli obligatoriskt för vårdgivarna att dokumentera fast läkarkontakt för att uppgifterna ska bli fullständiga.²² Om sådana krav skulle ställas i aktuella regioner skulle det vara möjligt att följa såväl antal/andel patienter med en namngiven läkare som antal patienter per namngiven läkare i en majoritet av regionerna (cirka 17 respektive 15 regioner). I cirka en tredjedel av regionerna skulle det med motsvarande krav på dokumentation vara möjligt att följa utvecklingen av fast läkarkontakt till patienter med omfattande och komplexa vårdbehov kopplat till exempelvis uppgift om diagnos, förutsatt att dataskyddsjuridiken medger det.

I återstående regioner krävs därutöver någon form av utveckling av informationssystemen för att möjliggöra strukturerad dokumentation av listning på namngiven läkare alternativt fast läkarkontakt.

²¹ I tolkningen bör också beaktas att resultaten för de regioner som redan har system på plats för att följa listning på namngiven läkare troligen inte är representativa för utvecklingen i landet som helhet.

²² I några fall uppger också regionerna att det finns andra problem med kvaliteten/tillförlitligheten i uppgifterna, utöver att uppgifterna inte är fullständiga.

Förslag på hur fast läkarkontakt kan följas på nationell nivå

Förutsättningar och utgångspunkter för att följa fast läkarkontakt

Som framgår av kartläggningen i de föregående kapitlen finns i dag utmaningar att kvantitativt följa utvecklingen av fast läkarkontakt såväl i regionerna som på nationell nivå. Det hänger delvis samman med att begreppet tolkas olika av olika aktörer och att det inte finns någon nationell överenskommelse om hur det ska dokumenteras i regionernas informationssystem. Dessutom finns ett flertal aspekter av fast läkarkontakt, såsom exempelvis kvaliteten i relationen och patientens preferenser, vilka svårigen låter sig fångas via register.

Socialstyrelsen presenterar i detta kapitel ett förslag på hur myndigheten till en början kan följa utvecklingen av listning på läkare i ett urval av regioner och därefter utöka uppföljningen vartefter förutsättningar för detta skapas.

Listning på namngiven läkare har begränsningar som indirekt mått för fast läkarkontakt. Om man följer upp hur många eller hur stor andel i befolkningen som är listade på en namngiven läkare i listningssystemet har man egentligen inte följt upp fast läkarkontakt i lagens mening, det vill säga om patienten fått möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Det säger inte heller något om den faktiska kontinuiteten och tillgängligheten till aktuell läkare, eller om kvaliteten i relationen. Uppföljningen av fast läkarkontakt behöver därför ske i ett sammanhang där uppgifter från olika datakällor inkluderas. Registerbaserad information såsom antal/andel patienter med en namngiven läkare behöver kombineras med patienternas upplevelse av läkarkontinuitet i förhållande till deras upplevda behov och preferenser, samt även inkludera verksamheternas och professionernas uppfattning om förutsättningarna för att ge fast läkarkontakt till patienterna i praktiken. Dessutom behöver uppföljningen inkludera regionernas arbete med att skapa förutsättningar för att fler ska kunna få en fast läkarkontakt.

Generellt gäller att uppföljningen av fast läkarkontakt liksom eventuellt utvecklingsarbete på området behöver samordnas mellan berörda aktörer, såsom Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys och regioner/kommuner/SKR. Det gäller såväl att tydliggöra vem som ansvarar för framtagande av vilka uppgifter på området som att samordna eventuell utveckling av relevanta uppföljningsmått.

Hur kan Socialstyrelsen följa regionernas arbete med fast läkarkontakt?

Socialstyrelsen bedömer att uppföljningen av regionernas arbete med fast läkarkontakt lämpligen sker inom ramen för myndighetens pågående regeringsuppdrag att följa upp regionernas arbete med omställningen till en mer nära vård. Uppdraget inkluderar bland annat att följa upp insatser inom ramen för regeringens årliga överenskommelser med SKR på området (se avsnitt Socialstyrelsens uppdrag). På området kontinuitet ska regionerna exempelvis enligt överenskommelsen 2020 [1] arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar. Regionerna bör också enligt överenskommelsen säkerställa att patienter får anpassad information och bereds möjlighet att välja fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.

Inom ovan nämnda regeringsuppdrag ska regionerna årligen lämna in rapporter till Socialstyrelsen som underlag för uppföljningen. Rapporteringen sker i en strukturerad mall.

Inrapporteringen från regionerna behöver omfatta regionens styrning i relation till hälso- och vårdcentralerna vad gäller fast läkarkontakt, inklusive vilka krav som ställs på vårdgivare att informera patienter om fast läkarkontakt²³ och vilken systematisk uppföljning som görs av frågan, samt i den mån det är möjligt vilka resultat som uppnås²⁴. Uppföljningen kan också med fördel inkludera i vilken mån vårdgivarna infört rutiner/arbetssätt som syftar till att säkra patienternas tillgång till sin fasta läkarkontakt.

I de regioner där relevant uppföljningsinformation om utveckling av fast läkarkontakt finns tillgänglig, kan regionernas inrapportering inkludera sådan information. Inrapporteringen inkluderar också lämpligen hur regionerna arbetar med att skapa förutsättningar för att fler patienter ska kunna få en fast läkarkontakt, exempelvis genom att öka möjligheten att tillsvidareanställa läkare i primärvården samt erbjuda mesta möjliga kontinuitet till läkare för patienter i de fall det inte finns läkare att tillsvidareanställa. Det kan också inkludera hur regionerna arbetar med att undanröja hinder för att fler ska kunna få en fast läkarkontakt.

Hur kan Socialstyrelsen via registeruppgifter följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter

Socialstyrelsen bedömer att det är möjligt att följa listning på namngiven läkare, i bemärkelsen proxymått (indirekt mått) eller ”mått på vägen” mot ökad andel patienter med en fast läkarkontakt i praktiken. Myndigheten föreslår att

²³ Skrivningen avser både information om möjlighet att välja en fast läkarkontakt och att ge information till patienten om vem som är dennes fasta läkarkontakt.

²⁴ Här kan Socialstyrelsen efterfråga i vilken utsträckning befintliga datakällor med relevans för fast läkarkontakt såsom information i listnings- eller journalsystem, nationell patientenkät och PrimärvårdsKvalitet används i regionens uppföljning av den aktuella hälso- eller vårdcentralen.

redovisning av sådana uppgifter sker inom ramen för myndighetens befintliga uppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Inom ramen för detta uppdrag skulle såväl andelen patienter med namngiven läkare som antalet patienter per namngiven läkare kunna följas upp i de regioner där mer tillförlitliga sådana uppgifter finns tillgängliga. Det rör sig om cirka en tredjedel av regionerna som idag bedöms ha förutsättningar att kunna ta fram dessa uppgifter. I vilken utsträckning patienter med omfattande och komplexa vårdbehov har en namngiven läkarkontakt kan i viss mån följas i samma regioner via den bakgrundsinformation som finns i aktuella listnings-system, såsom ålder, kön och folkbokföringsadress²⁵.

Det är dock viktigt att ha i åtanke att uppgifterna om listning på namngiven läkare som går att ta fram ur aktuella regioners informationssystem idag betyder olika saker och i flertalet fall inte bedöms vara jämförbara mellan regioner.²⁶

Det vore därför önskvärt med någon form av validering av hur väl listning på namngiven läkare stämmer överens med patienternas uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och andra kontinuitetsmått med avseende på läkare. Det skulle eventuellt vara möjligt att göra vid ett mindre urval av vårdcentraler som är anslutna till PrimärvårdsKvalitet, och då ställa uppgifter om listning i relation till relevanta kontinuitetsmått som PrimärvårdsKvalitet tar fram på vårdcentralsnivå, såsom mest frekvent läkare och kontinuitetsindex, samt patientrapporterade mått, liksom uppgifter om väntetider och rutiner för tidbokning med mera.

För att möjliggöra en enhetlig dokumentation av fast läkarkontakt i regionernas informationssystem, och därmed en jämförbarhet vid registerbaserad uppföljning, tycks det finnas behov av ett informatikarbete (se nedan under rubriken Det finns behov av information om fast läkarkontakt).

Allteftersom de systemtekniska och definitionsmissiga förutsättningarna för dokumentation av listning på namngiven läkare utvecklas, och juridiken kring sådan uppföljning klargörs, skulle informationen ovan kunna kompletteras med ytterligare bakgrundsinformation från exempelvis journalsystemen. Detta skulle göras för att på ett mer precist sätt kunna följa i vilken utsträckning patienter med omfattande behov har möjlighet att få en namngiven läkare. I några regioner, där uppdaterad information om namngiven läkare redan finns i journalsystemen, kan det eventuellt vara möjligt att ta fram sådana uppgifter redan idag.²⁷

Utöver de mått som anges i uppdraget, skulle det vara relevant att följa frekvens av omlistning/byte av läkarkontakt samt hur länge patienter i genomsnitt har samma fasta läkarkontakt. Det är dock oklart hur möjligheterna att följa detta via register ser ut i dagsläget, då det inte är möjligt att följa patienternas listningshistorik i alla listningssystem. Detta behöver undersökas närmare.

²⁵ Folkbokföringsadressen skulle kunna kopplas till CNI (care ned index) för den aktuella kommunen vilket ger en indikation på graden av vårdbehov.

²⁶ Det är inte heller säkert att uppgifterna om listning på namngiven läkare från de regioner som har sådana uppgifter tillgängliga ger en representativ bild av utvecklingen i landet som helhet.

²⁷ Både på kort och längre sikt kräver dock denna typ av uppföljning en genomlysning av dataskyddsjuridiken på området. Se Socialstyrelsens rapport Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer, 2020.

Så snart PrimärvårdsKvalitets indikatorer med inriktning på läkarkontinuitet finns tillgängliga på regional och nationell nivå behöver Socialstyrelsens uppföljning av fast läkarkontakt kombineras med dessa uppgifter.²⁸ Förutsatt att dokumentationen av fast läkarkontakt i regionernas informationssystem blir mer enhetlig och fullständig kan det på sikt vara möjligt att följa kontinuiteten till den fasta läkarkontakten med fokus på de besök som görs för patientens grundsjukdom(ar).

Uppföljning ur ett patientperspektiv

Uppföljning av patienternas möjligheter att få välja och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården är en central del av uppföljningen på området. Detta beror på att bestämmelserna om fast läkarkontakt tar sin utgångspunkt i patientens önskemål om läkarkontinuitet genom att få tillgång till och få möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Socialstyrelsen bedömer att befolknings- och patientrapporterade uppgifter, såsom exempelvis Nationell patientenkät²⁹ eller Hälso- och sjukvårdsbarometern³⁰ på flera sätt lämpar sig bättre än registerbaserade uppgifter för att följa invånarnas/patienternas möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården.

Via befolknings-/patientrapporterade uppgifter är det möjligt att fånga såväl invånarnas eller patienternas upplevda information om, tillgång till, och önskemål om fast läkarkontakt, som deras upplevelse av hur fast läkarkontakt fungerar i praktiken. Exempelvis är det möjligt att följa upplevelsen av vårdens kvalitet och samordning hos patienter med fast läkarkontakt respektive patienter utan fast läkarkontakt. Det är också möjligt att följa i vilken utsträckning patienterna, om de vill, får möjlighet att träffa eller konsultera sin fasta läkarkontakt när de söker vård. Vidare är det via patientrapporterade uppgifter möjligt att följa patienternas prioriteringar mellan exempelvis en hög personkontinuitet och hög tillgänglighet, vilka beroende på patientens aktuella behov av vård kan variera. Liksom i vilken utsträckning patienter upplever att de behöver göra ett val mellan väntetid och tillgång till sin fasta läkare. Vård- och omsorgsanalys rapport Primärt i vården [10] belyser flera av dessa aspekter.

Via befolknings- eller patientrapporterade uppgifter är det också i viss mån möjligt att via bakgrundsinformation om ålder, kön, bostadsort och hälsotillstånd hos de svarande följa i vilken utsträckning patienter med mer omfattande vårdbehov får en fast läkarkontakt. Nationell patientenkät som genomförs på hälso- och vårdcentralerna vartannat år innehåller frågor som belyser upplevelse av kontinuitet i vården och samtidigt kan ge en indikation på i vilken utsträckning den fasta läkarkontakten har tillräckliga förutsättningar för

²⁸ Det finns dock utmaningar med att bedöma kvaliteten i uppgifterna.

²⁹ Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner.

³⁰ Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som riktar sig till alla individer 18 år och äldre, som är folkbokförda i respektive region. Syftet med undersökningen är att fånga befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen samordnas av Sveriges Kommuner och Regioner.

att leva upp till lagstiftarens intentioner med fast läkarkontakt³¹. Det gäller exempelvis frågor om patientens delaktighet, om läkaren var insatt i patientens tidigare vårdkontakter och om patienten fick tillräckligt med information om sin vård och behandling.

Även patienters upplevelse av fast läkarkontakt och läkarkontinuitet inom den kommunala hälso- och sjukvården behöver följas. I den årliga undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? ställs idag endast en fråga om personernas upplevda tillgänglighet till läkare³², men inga frågor om upplevd (person)kontinuitet eller kvalitet i läkarbesöken/-kontakterna. Det kan finnas anledning att från myndighetens sida utveckla denna uppföljning.

Det finns samtidigt utmaningar med att följa utvecklingen av kontinuitet via patientrapporterade uppgifter från traditionella enkäter, såsom exempelvis Nationell patientenkät. Detta till följd av låga och i flera fall sjunkande svarsfrekvenser. Därför bedömer Socialstyrelsen att det kan finnas behov av att utveckla nya sätt att följa patienters upplevelser. Utveckling i den riktningen pågår också enligt uppgift, exempelvis inom ramen för SKR:s plattform för patientrapporterade mått. Utvecklade möjligheter för patienter att ge återkoppling direkt i anslutning till respektive vårdkontakt, via exempelvis appar för kontakter med hälso-/vårdcentralen eller webbkollen³³, kan komplettera redan etablerade patientrapporterade uppgifter. En annan kompletterande metod för att kunna följa utvecklingen kan vara att systematiskt tillfråga patienter i olika fokusgrupper eller paneler, i ett särskilt urval och följa upp samma grupp patienter över längre tid.

Vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att kartlägga patienternas tillgång till fast läkarkontakt. Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har inlett ett arbete med att samordna myndigheternas insatser på området så att uppföljningen och utvärderingen på området beaktar den samlade kunskapen på området.

Andra sätt att följa utvecklingen av fast läkarkontakt

Utöver registerbaserade och patientrapporterade mått bedömer Socialstyrelsen att det finns flera andra möjligheter att följa utvecklingen av fast läkarkontakt.

Uppföljning av kompetensförsörjning som förutsättning för fast läkarkontakt

Möjligheten att erbjuda fast läkarkontakt i primärvården är som tidigare nämnts avhängig hälso- och vårdcentralernas möjligheter att tillsvidareanställa läkare. Att följa tillgången till tillsvidareanställda läkare i primärvården

³¹ Här avses även det som anges i de förarbeten som ligger till grund för skrivningarna i HSL och patientlagen om fast läkarkontakt.

³² Frågan lyder Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?

³³ Webbkollen är ett intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner.

bland annat via befintliga former för årlig uppföljning kan ge viktig information om möjligheten att erbjuda fast läkarkontakt till fler patienter. Inte minst är sådan information viktig att ta fram för de regioner där uppgifter om listning på namngiven läkare saknas. Kombinerat med hur många patienter som är listade på en viss hälso- eller vårdcentral bedömer myndigheten att detta kan ge översiktlig information om förutsättningar för kontinuitet till läkare på hälso- och vårdcentralerna. För att kunna följa läkartillgången specifikt inom primärvården krävs ett utvecklingsarbete hos myndigheten vad gäller de mått som i dag tas fram inom ramen för det nationella planeringsstödet med flera pågående uppdrag om att följa kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.³⁴

Även antalet läkare som genomgår specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin i primärvården skulle vara av värde att följa. Samordning med andra nationella pågående arbeten kan behöva ske. Att följa sådana uppgifter specifikt för primärvården kräver sannolikt också ett utvecklingsarbete hos myndigheten.

I vissa regioner utgår kontinuitetsarbetet i första hand från fast vårdkontakt. Fast läkarkontakt ses i vissa fall också som en del av fast vårdkontakt. Tillgången till läkare behöver följas tillsammans med tillgången till andra personalkategorier. Därutöver kan det i det enskilda fallet skilja sig mycket mellan verksamheter och patienter hur stort ansvar exempelvis fasta vårdkontakter i form av läkare i specialistvården tar för helheten och samordningen av insatserna för den enskilda patienten. Det faktum att bemanningsförutsättningar och arbetssätt skiljer sig över landet påverkar såväl möjligheterna som meningsfullheten i att jämföra utvecklingen mellan regioner.

Det är inte Socialstyrelsens uppdrag att följa vårdprofessionernas arbetsmiljö. Emellertid skulle övergripande mått avseende exempelvis personalomsättning och sjukskrivningar bland läkare och andra yrkeskategorier som myndigheten eller andra aktörer tar fram i andra sammanhang kunna bidra till uppföljningen av förutsättningarna för att tillhandahålla fast läkarkontakt till fler patienter.

Uppföljning ur ett verksamhets- och professionsperspektiv

Förutom det centrala patient- och invånarperspektivet, finns det behov av att följa verksameters och medarbetares perspektiv på förutsättningarna för att kunna leva upp till kraven och förväntningarna på en fast läkarkontakt, liksom deras upplevelse av hur exempelvis kvaliteten, samordningen och effektiviteten i vården påverkas av patientens möjlighet till en fast läkarkontakt. Sådan information är viktig för att komplettera exempelvis uppgifter om antal listade per läkare. I synnerhet är det viktigt att kunna följa upp i vilken utsträckning läkarna upplever att de har förutsättningar för att kunna tillgodose patienternas behov av kontinuitet i relation till deras önskemål och behov, och i praktiken kunna ta ett helhetsansvar för sina patienter. Vissa sådana

³⁴ I deluppdrag II om uppföljning av omställningen till en mer nära vård har antalet yrkesverksamma allmänspecialister i öppen hälso- och sjukvård använts som proxymått för läkartillgång på hälso- eller vårdcentral, men detta mått kan behöva förfinas.

undersökningar genomförs redan, såsom exempelvis Vård- och omsorgsanalys undersökning riktad till primärvårdsläkare vilken genomförs vart tredje år [16].

Motsvarande perspektiv, vad gäller möjligheten till faktisk läkarkontinuitet skulle även behöva inhämtas från andra yrkesgrupper, liksom från exempelvis sjuksköterskor på särskilda boenden och inom den kommunala hemsjukvården.

Socialstyrelsen bedömer att en möjlig väg att genomföra denna uppföljning är genom verksamhetsenkäter, intervjuundersökningar eller paneler av verksamhetschefer. Vilken aktör som eventuellt bör ansvara för en sådan uppföljning behöver stämmas av med andra berörda aktörer med angränsande uppdrag.

Det finns behov av information om fast läkarkontakt

Som nämns ovan har listning på namngiven läkare begränsningar som indirekt mått för fast läkarkontakt. Om man följer upp hur många eller hur stor andel i befolkningen som är listade på en namngiven läkare i listningssystemet har man egentligen inte följt upp fast läkarkontakt i lagens mening, det vill säga om patienten fått möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Det säger inte heller något om den faktiska kontinuiteten och tillgängligheten till aktuell läkare. Utan en tydlighet i vad begreppet innefattar och syftar till finns det en risk att regionerna och Socialstyrelsen i huvudsak följer fast läkare ”på papperet”.

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att informera om vad fast läkarkontakt i primärvården innebär, inklusive hur det förhåller sig till fast vårdkontakt och listning på namngiven läkare.

Av flera intervjuer framgår att det vore av värde om uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt kunde definieras, gärna genom ett nationellt ramverk. Vissa regioner uttrycker att förhållandet till fast vårdkontakt också behöver tydliggöras. Socialstyrelsen publicerade 2012 ett meddelandeblad om fast vårdkontakt, med fokus på verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning [11] och 2017 en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan [12]. Någon motsvarande vägledning avseende fast läkarkontakt finns inte.

Socialstyrelsen bedömer att det skulle underlätta arbetet med att ge fler patienter tillgång till en fast läkarkontakt, om det tas fram information om begreppet fast läkarkontakt. Detta kan förslagsvis ske inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag om nationellt stöd avseende fast läkarkontakt.³⁵

För att möjliggöra en enhetlig dokumentation av fast läkarkontakt i regionernas informationssystem, och därmed en jämförbarhet vid registerbaserad uppföljning, tycks det finnas behov av ett informatikarbete. Ett sådant arbete skulle behöva beakta regionernas åtagande i överenskommelsen om nära

³⁵ Uppdraget om nationellt stöd ingår i samma regeringsuppdrag som denna rapport S2020/03319/FS och ska redovisas till regeringen i juni 2021.

vård 2020 om att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter för fast läkar-
kontakt utifrån lokala behov och förutsättningar [1].

Därutöver skulle de regioner där det ännu inte är möjligt att strukturerat
dokumentera fast läkarkontakt behöva utveckla sina informationssystem för
att göra detta möjligt.

Referenser

1. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. 2020:
2. Undersökning. Visualisering av fast läkarkontakt. Stockholm: Inera; 2020.
3. Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
4. Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2020 28-10 från: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_per/val.aspx
5. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet 2019. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
6. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet. Socialstyrelsen; 2020.
7. Bemanningstrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. 2020. Hämtad 2020 15-10 från: https://skr.se/download/18.30233521174b9d2f82ae196e/1601551849958/Kostnader_for_inhyrd_personal_i_halso_och_sjukvarden_halvar_1_2020.pdf
8. Nationell patientenkät. Hämtad från: <https://patientenkät.se/sv/>
9. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
10. Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020.
11. Meddelandeblad. Patientens rätt till fast vårdkontakt. Socialstyrelsen; 2012.
12. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning. Socialstyrelsen; 2017.
13. 1177 Vårdguiden. Hämtad 02-10-20 från: 1177.se
14. Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II. Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen. Socialstyrelsen; 2019.
15. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2020.
16. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020.

Bilaga 1. Möjliga framtida datakällor för nationell uppföljning av fast läkarkontakt

I rapporten nämns ett antal utvecklingsinitiativ och utvecklingsförslag vilka, om de tas vidare, skulle kunna utgöra framtida datakällor för att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Eventuella beslut om att ställa krav på dokumentation av fast läkarkontakt i regionernas informationssystem och/eller nationella initiativ för att utveckla nationella informationsmängder för fast läkarkontakt, behöver beakta dessa utvecklingsinitiativ och utvecklingsförslag. I denna bilaga redogörs för dessa utvecklingsinitiativ och utvecklingsförslag och vilka möjligheter de kan innebära.

Nya vårdinformationssystem/journalsystem

I ett antal regioner pågår en förberedelse eller införande av nya vårdinformationssystem vilka inkluderar primärvården. Kravställande på hantering av listning på namngiven läkare på ett strukturerat sätt i dessa system skulle kunna innebära att regionerna, förutsatt att dataskyddsjuridiken så medger, skulle kunna hämta ut information ur systemen om såväl andel patienter med en namngiven läkare, som hur stor andel av patienterna med omfattande och komplexa vårdbehov som har en namngiven läkare.

Visualisering av fast läkarkontakt inom ramen för Patientkontrakt på 1177 Vårdguiden

Om Ineras/SKR:s projekt om Patientkontrakt skulle utvidgas till att också omfatta visualisering av fast läkarkontakt/namngiven läkare skulle denna information också kunna användas som utgångspunkt för uppföljning på nationell nivå. Genom en sådan lösning skulle det sannolikt gå att följa andel patienter med en namngiven läkare samt eventuellt antal patienter per fast läkarkontakt. Däremot är det mer tveksamt i vilken utsträckning det skulle vara möjligt att följa om patienter med omfattande och komplexa vårdbehov får tillgång till en namngiven läkare, eftersom det är oklart vilka bakgrundsuppgifter om patienterna som skulle finnas att tillgå i detta sammanhang.

Nationell listningstjänst

Om regeringen skulle välja att gå vidare med förslag om en listningstjänst, vilket föreslås i utredningen Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), skulle en sådan tjänst kunna inkludera möjligheten att dokumentera information om listning på läkare³⁶. Ur ett sådant system skulle man då kunna följa andelar med namngiven läkare och antal listade per läkare. Däremot är det mer tveksamt att en eventuell nationell listningstjänst skulle kunna inkludera bakgrundsuppgifter som gör det möjligt att följa i vilken utsträckning patienter med

³⁶ Förutsatt att en sådan tjänst utgörs antingen av ett gemensamt informationssystem för alla regioner, alternativt att kraven på regionernas listningssystem utformas så att en enhetlig registrering av listning på namngiven läkare möjliggörs i alla regioner.

omfattande och komplexa vårdbehov listas på en namngiven läkare, detta utöver bakgrundsinformation om ålder, kön och bostadsort.

PrimärvårdsKvalitet

En annan tänkbar framtida källa till information om listning på namngiven läkare är PrimärvårdsKvalitet. Liksom Visualisering av fast läkarkontakt kräver detta alternativ utveckling av underliggande journalsystem och/eller listningssystem. Förutsatt att journalsystemet (eller möjligen listningssystemet) innehåller information om vem som är den namngivna läkarkontakten skulle man via systemet kunna hämta ut uppgifter såväl om antalet/andelen patienter med en namngiven läkarkontakt som om information om antal patienter per namngiven läkare. Det skulle även gå att ställa dessa uppgifter mot patienternas bakgrundsinformation för att belysa i vilken utsträckning patienter med omfattande och komplexa vårdbehov får en namngiven läkare. Att kunna använda uppgifter från PrimärvårdsKvalitet på nationell nivå förutsätter dock att merparten av landets vårdcentraler är anslutna till initiativet och att initiativet kan presentera uppgifter om kontinuitet på regional och nationell nivå. Det är ännu inte möjligt. Eftersom PrimärvårdsKvalitet utgår från uppgifter som finns i journalsystemet på den enskilda vårdcentralen, skulle uppföljning via detta initiativ sannolikt innebära en fördel vad gäller möjligheten att ta fram uppgifter om såväl listning på läkare och faktisk kontinuitet som patientens behov och kvaliteten i vården. Samtidigt finns frågetecken kring möjligheterna att på nationell nivå kvalitetssäkra uppgifterna i systemet.

Förhållningssätt till utveckling av datakällor för att följa listning på läkare

Socialstyrelsen bedömer att det är viktigt att systemutvecklingsinitiativ avseende fast läkarkontakt tar sin utgångspunkt i patienternas, verksamheternas och huvudmännens behov av information om fast läkarkontakt. Alla eventuella initiativ som syftar till att utveckla informatiken och informationssystemen för att kunna följa listning på namngiven läkare, behöver också stämmas av med upphovsmännen till förslag om listningstjänst, patientkontrakt/visualisering av fast läkarkontakt via 1177 med flera initiativ. Detta bland annat för att undersöka i vilken utsträckning behoven av uppföljningsinformation om fast läkarkontakt på nationell nivå kan tillgodoses inom ramen för dessa initiativ.

Ett liknande resonemang kan föras i relation till utvecklingen inom PrimärvårdsKvalitet. Där har indikatorer utvecklats för att kunna följa personkontinuitet till bland annat läkare. Men bristande enhetlighet i hur fast läkarkontakt dokumenteras idag i journal- eller listningssystemen gör det svårt att följa detta via applikationerna som tar fram och visualiserar PrimärvårdsKvalitets indikatorer på vårdcentralsnivå. Eventuella initiativ till utveckling av informatik och informationssystem på området behöver stämmas av med PrimärvårdsKvalitet för att säkerställa att uppgifterna går att hämta in till systemet och använda för uppföljning på vårdcentralsnivå.

Övervägande om primärvårdsregister

Socialstyrelsen har i arbetet med att utreda förutsättningarna också övervägt möjligheten att i ett eventuellt framtida hälsodataregister med uppgifter om primärvården³⁷ inkludera variabler som skulle göra det möjligt att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. En förutsättning för en sådan insamling är bland annat att det finns en tydlig definition av begreppet och att de krav som ställs på en fast läkarkontakt är samma i hela landet. Vidare krävs att uppgifter om fast läkarkontakt finns enhetligt dokumenterade i regionernas journal-/vårdinformationssystem (vilka koder som används et cetera). Ingen av dessa förutsättningar finns på plats idag. Det finns uppenbara risker att uppgifter om fast läkarkontakt i ett primärvårdsregister inte skulle bli tillräckligt tillförlitliga, alternativt kräva för mycket extra dokumentation av vårdgivarna, för att vara värda att inkludera i ett sådant register.

Socialstyrelsen bedömer att det finns andra mer lämpliga vägar att följa utvecklingen av fast läkarkontakt.

³⁷ Deluppdrag I om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en god och nära vård utreder för närvarande förutsättningarna för ett sådant hälsodataregister (32019/03056/FS respektive S2020/03319/FS).

Bilaga 2. Metod

Nedan återfinns en närmare beskrivning av de metoder som använts i kartläggningen av regionernas arbete med respektive registrering/dokumentation av fast läkarkontakt.

Intervjuer med regioner

Huvudkällan till informationen om hur regionerna arbetar med fast läkarkontakt har utgjorts av telefonintervjuer med företrädare för elva regioner. Intervjuerna genomfördes under perioden 17 september–8 oktober 2020³⁸. En sammanställning av resultaten av intervjuerna, samt vissa kompletterande underlag, finns i bilaga 2 och 3. Vid intervjuerna deltog också företrädare för deluppdrag om nationellt stöd avseende fast läkarkontakt från Socialstyrelsen.

Inför intervjuerna gjordes en genomgång av regionernas styrdokument (förfrågningsunderlag eller motsvarande samt andra styrdokument såsom rutiner på området) och webbplatser som berörde fast läkarkontakt.

Urval

Urvalet av regioner beaktade behovet av att kartlägga såväl mindre som större regioner, i olika delar av landet och med olika grad av glesbygdsproblematik. Dessutom valdes i huvudsak regioner vilka inte ingått i Ineras motsvarande undersökning av förutsättningarna för visualisering av fast läkarkontakt. Detta för att sammantaget få en så heltäckande bild av läget i landets regioner som möjligt. Följande regioner har intervjuats: Blekinge, Halland, Jämtland-Härjedalen, Kalmar, Norrbotten, Skåne, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västra Götaland och Östergötland.

De personer som intervjuats i regionerna har utgjorts av avtalsansvariga/avtalshandläggare för vårdvalet primärvård och/eller personer som arbetar med styrning och uppföljning av primärvård/nära vård med fokus på fast läkarkontakt. Intervjupersonerna fick frågorna i förväg.

Intervjufrågor

Med fast läkarkontakt avses i denna intervju fast läkarkontakt i primärvården.

1. Vad innebär fast läkarkontakt i er region?
 - a. Hur definieras uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt i primärvården av regionen?
Om definitioner etc. saknas, finns planer på att ta fram det?
 - b. Hur förhåller sig begreppet fast läkarkontakt till begreppet fast vårdkontakt?

³⁸ Region Västra Götaland intervjuades dock i juni i en sonderingsintervju med en delvis annan intervjuguide.

- c. Hur förhåller sig fast läkarkontakt till listning (inom vårdvalet) i regionen?
 - d. Sker listning av patienterna enbart hos hälso-/vårdcentral eller också hos en specifik läkare på hälso-/vårdcentralen?
 - e. Kan man i systemen se skillnad på om patienten blivit (passivt) listad på en specifik läkare eller valt läkare själv?
2. Vilka förutsättningar och/eller hinder ser ni för möjligheterna att kunna erbjuda fast läkarkontakt till dem som önskar, respektive har störst behov av det?
 3. Finns det i regionen ett centralt system för listning på hälso-/vårdcentral?
 - a. Kan både vårdgivare och region ta ut information ur systemet om var olika invånare är listade? (samt vem som är olistad)
 - b. Finns det i systemet också uppgift om patienten är listad på en specifik läkare, och i så fall vem?
 - c. Vilka andra bakgrundsuppgifter om patient finns tillgängliga tillsammans med listningsinformationen?
 - d. Gäller informationen i fråga 2a–c såväl regionens vårdgivare som privata vårdgivare med avtal med regionen?
 4. Går det idag att ta fram följande uppgifter i regionen:
 - a. Antal och andel patienter med en fast läkarkontakt?
 - b. Vilka patienter som får en fast läkarkontakt (med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov)?; och
 - c. Hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för?
 - d. Om förutsättningar saknas för att ta fram uppgifterna idag, vad skulle krävas för att ta fram uppgifterna i framtiden?
 5. Hur arbetar regionen med att ge patienter och invånare information om möjligheten att få välja och få tillgång till en fast läkarkontakt?
 6. Finns det i regionen regler eller riktlinjer för följande³⁹:
 - a. Hur information ska ges till patienter om rätten att välja en fast läkarkontakt?
 - b. Registrering/rapportering om patienterna informerats samt vilket val patienten gjort? Hur sker i så fall detta?
 - c. Prioritering av vilka patienter som ska få tillgång till en fast läkarkontakt utifrån behov?
 - d. Hur många patienter en fast läkarkontakt i genomsnitt kan/bör vara ansvarig för?
 - e. Specialistkompetens för funktionen fast läkarkontakt (vilken specialitet? under ST-tjänstgöring?), anställningsform (tillsvidare?), annat?
 - f. Hur fast läkarkontakt ska hanteras i relation till personer som har kommunal hemsjukvård respektive bor i särskilt boende?
 - g. Vad patienten kan förvänta sig av en fast läkarkontakt?

³⁹ Exempelvis i förfrågningsunderlag och uppföljningsdokument eller motsvarande.

7. Följer regionen upp vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt? På vilket sätt?
8. Stöd i arbetet med fast läkarkontakt⁴⁰:
 - a. Vilket stöd ser ni att huvudmännen/beställarna skulle behöva från Socialstyrelsen för att kunna erbjuda fast läkarkontakt till fler patienter?
9. Hur skulle Socialstyrelsen på ett meningsfullt sätt kunna följa utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter? Med särskilt fokus på de patienter som har störst behov.

Enkätundersökning till vårdcentraler och regionintervjuer inom deluppdrag I

Enkät till vårdcentraler

Uppdraget om uppföljning av fast läkarkontakt har inkluderat några frågor om fast läkarkontakt i den enkät som deluppdrag I om primärvårdsregister genomfört vid ett urval av vårdcentraler.

Urvalet gjordes genom obundet slumpmässigt urval av 392 hälso- eller vårdcentraler från en urvalsram bestående av 1175 hälso- eller vårdcentraler. Urvalsramen utgjordes av en vårdcentralerlista med kontaktuppgifter (de 1175) sammanställd av Socialstyrelsen (Enkätstöd). Totalt har 226 hälso- eller vårdcentraler besvarat enkäten. Två av hälso- eller vårdcentralerna visade sig ha blivit avregistrerade, vilket är att betrakta som övertäckning. Enkäten var öppen den 10 september till den 11 oktober. Två påminnelser skickades ut, en 24 september och den andra 1 oktober.

De frågor som ställdes i enkäten om fast läkarkontakt var följande:

1. Var registrerar ni om patienten har en fast läkarkontakt?
2. Svartalernativ: I patientjournalen, I vårt administrativa system, På annat ställe, ange var (fritext), Vi registrerar inte fast läkarkontakt.
3. Hur stor andel av de listade patienterna i er verksamhet har en fast läkarkontakt? (procent)
Svar i fritext.

Det fanns också möjlighet att lämna fritextsvar till fråga 5b.

Fråga i deluppdrag I:s intervjuguide till regioner

Uppdraget om uppföljning av fast läkarkontakt har även inkluderat en fråga om fast läkarkontakt i den intervjuguide som deluppdrag I om primärvårdsregister använt vid sina intervjuer med regionerna. Frågan löd:

⁴⁰ Denna fråga ingick i intervjuguiden då intervjuerna genomfördes tillsammans med deluppdraget om nationellt stöd avseende fast läkarkontakt.

- 1a. Finns uppgifter om vilka patienter som har en fast läkarkontakt på vårdcentraler i regionens regi tillgängliga för regionen?

Svarsalternativ: ja/nej.

Följdfrågor:

- 1b. Har regionen tillgång till motsvarande uppgifter från privata vårdgivare med vårdavtal?
- 1c. Om dessa uppgifter inte finns, finns uppgifter på regionnivå om hur många (andelen) av de listade patienterna på respektive vårdcentral som har en fast läkarkontakt?

Bilaga 3. Intervjuade regioners arbete med fast läkarkontakt

Region	Framgår det av förfrågnings-underlag eller motsvarande att vårdenheter ska erbjuda fast läkarkontakt i primärvården?	Vad är definitionen av fast läkarkontakt i regionen?	Hur definieras uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt i primärvården av regionen?	Ställs krav på specialistkompetens för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilka?	Ställs krav på anställningsform för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilken?	Sker styrning mot att patienter med störst behov (utöver patienter i kommunal hemsjukvård eller på säbo) får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården?	Styr regionen antalet patienter per fast läkarkontakt?
Blekinge	Ja	Den läkare som man är listad hos på hälso- eller vårdcentralen.	Läkarbesöken ska i första hand göras till den läkare man är listad hos. Undantag är akuta besök.	Ja. Specialistkompetens. I normalfallet i allmänmedicin, andra specialiteter möjliga undantagsvis. ST-läkare i allmänmedicin möjliga i vissa fall.	Ja. Huvudregeln är att läkaren skall vara tillsvidareanställd men även läkare med långa förordnanden kan bli aktuella om vårdgivaren önskar detta.	Företrädesvis gäller fast läkarkontakt personer i behov av hög kontinuitet, såsom multisjuka eller personer som har en kronisk sjukdom.	Nej. Verksamheternas ansvar. Ett riktvärde finns i regionen om max 1 800 patienter/läkare. Dock ej tvingande.
Halland	Vårdenheten ska följa Patientlagen och vara patienten behjälplig om sina rättigheter.	Ingen särskild definition. Listning sker inte på läkare i listningssystemet.	Det finns en rutin för fast vårdkontakt som inkluderar fast läkarkontakt.	Nej. Avgörs lokalt. ST-läkare i allmänmedicin möjlig om verksamhetschef bedömer det.	Nej	Nej	Nej. Verksamheternas ansvar.
Jämtland Härjedalen	Ja	Patientansvarig läkare är fast läkarkontakt. Listning sker inte på läkare i listningssystemet.	Ingen särskild definition.	Ja. Specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrisk eller barn- och ungdomsmedicin eller annan likvärdig kompetens. Inför 2021 endast specialistkompetens. Ej ST-läkare.	Nej	Det anges att det är viktigt att en fast läkarkontakt erbjuds patienter med nedsatt autonomi inklusive barn, med kroniska sjukdomar, vårdkrävande äldre eller patienter i övrigt där kontinuitet i vården är viktigt för en god livskvalitet. Viktigt att de medborgare som så önskar får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt.	Regionen styr inte antalet patienter. Ett riktvärde finns i listningssystemet om 1 600 viktade invånare/läkare.
Kalmar	Målet är att alla ska erbjudas en fast läkarkontakt.	Den läkare som man är listad hos i listningssystemet.	Att man i största möjliga utsträckning får träffa den läkaren. Uppdraget inte specificerat i övrigt. Utvecklar för närvarande innehållet.	Ja. Specialist i allmänmedicin, geriatrisk eller barn- och ungdomsmedicin. Specialist inom annan specialitet med påbörjad ST-utbildning inom allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin möjlig om verksamhetschef bedömer det.	Det bör finnas en planering för minst ett år gällande anställningsförhållande/kontrakt.	För patienter med nedsatt autonomi och multisjuka ska behovet av fast läkarkontakt beaktas särskilt.	En övre gräns finns för att kunna få ersättning.

Region	Framgår det av förfrågnings-underlag eller motsvarande att vårdenheter ska erbjuda fast läkarkontakt i primärvården?	Vad är definitionen av fast läkarkontakt i regionen?	Hur definieras uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt i primärvården av regionen?	Ställs krav på specialistkompetens för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilka?	Ställs krav på anställningsform för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilken?	Sker styrning mot att patienter med störst behov (utöver patienter i kommunal hemsjukvård eller på säbo) får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården?	Styr regionen antalet patienter per fast läkarkontakt?
Norrbottnen	Ja	Ingen särskild definition. Listning sker inte på läkare i listningssystemet	Ingen särskild definition.	Nej	Ingen uppgift.	Prioriterar palliativa patienter och andra patienter med uttalade behov. Enligt riktlinjer för fast vårdkontakt.	Nej. Verksamheternas ansvar.
Skåne	Ja. Medborgaren ska beredas möjlighet att lista/förteckna sig hos namngiven läkare. Målet är att alla listade individer ska ha fast vårdkontakt, i första hand läkare.	Den läkare som man är listad hos på hälso- eller vårdcentralen.	Uppdraget inte uttryckligen specificerat. En fast läkarkontakt på en vårdcentral innebär att du får träffa samma läkare vid varje besök på vårdcentralen, i den mån det är möjligt. Fast läkarkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.	Ja. Specialistläkare. ST-läkare i allmänmedicin möjlig. Fast anställd läkare med specialistkompetens eller pågående ST.	Ja. Fast anställning.	Prioritering av äldre (>75 år), multisyka eller andra patienter med kontinuerligt vårdbehov. Målet är att alla listade individer ska ha fast vårdkontakt, i första hand läkare, med prioritering av äldre (>75 år), multisyka eller andra med kontinuerligt vårdbehov.	Nej. Verksamheternas ansvar.
Uppsala	Ja, fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt.	Den läkare som man är listad hos på hälso- eller vårdcentralen.	Läkaren ska vara patientens förstahandsval vid planerade läkarbesök för åkommor som inte kräver sjukhusets resurser eller insatser av annan specialist. Trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.	Ja. Specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. ST-läkare i allmänmedicin möjligt i slutet av utbildningen.	Ja. Fast anställning.	Inga uttalade krav. Men man utgår från behov av fast läkarkontakt, t.ex. för kroniker.	Nej. Verksamhetens ansvar.
Värmland	Nej	Ingen särskild definition. Listning sker inte på läkare i listningssystemet.	Ingen särskild definition	Nej	Nej	Ska ges till dem med ett omfattande behov.	Nej. Verksamhetens ansvar. Översyn pågår om möjligt listningstak per vårdenheter.
Västerbotten	Delvis. Av förfrågningsunderlaget framgår att hälsocentralen har ansvar för att erbjuda tillgång till fast läkarkontakt för de personer som önskar det.	Patientansvarig läkare är fast läkarkontakt. Listning sker inte på läkare i listningssystemet.	Ingen särskild definition	Nej	Nej	Beaktar behoven	Nej. Verksamhetens ansvar.

Region	Framgår det av förfrågnings-underlag eller motsvarande att vårdenheter ska erbjuda fast läkar-kontakt i primärvården?	Vad är definitionen av fast läkarkontakt i regionen?	Hur definieras uppdrag, ansvar och befogenheter för en fast läkarkontakt i primärvården av regionen?	Ställs krav på specialist-kompetens för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilka?	Ställs krav på anställningsform för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården? Vilken?	Sker styrning mot att patienter med störst behov (utöver patienter i kommunal hemsjukvård eller på säbo) får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården?	Styr regionen antalet patienter per fast läkarkontakt?
Västra Götaland	Ja	Ingen särskild definition.	Den fasta läkarkontakten ska vara den läkare som personen så långt som möjligt får träffa vid besök för sin grundsjukdom och den ska samordna vården mellan olika vårdenheter.	Ja. Specialist i allmänmedicin. Specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin kan vara fast läkarkontakt för sin målgrupp. Dispens kan ges till andra specialistkompetenser i särskilda fall. ST-läkare i allmänmedicin möjlig.	Det behöver finnas en realistisk planering för att läkaren ska arbeta på enheten och ta ansvar för sina angivna listade personer över tid, minst ett år framåt i tiden	Patienter som är multisjuka och/eller har ett kontinuerligt vårdbehov ska prioriteras.	Det finns inget formellt regelverk kring hur många patienter en läkare kan ha. I ersättningsmodellen finns möjlighet till extra ersättning för de vårdcentraler som uppnår en viss andel patienter med fast läkare (70 %). I det sammanhanget finns en begränsning på max. 2400 patienter per specialistläkare och max. 1200 patienter/ST-läkare.
Östergötland	Ja	Den läkare som man är listad hos på hälso- eller vårdcentralen.	Ingen särskild definition.	Ja. Specialist i allmänmedicin. Ej ST-läkare.	Ja. Fast anställning.	Personer med ett ökat vårdbehov pga. ålder och/eller komplex sjukdomsbild ska erbjudas fast läkarkontakt.	Nej. Verksamheternas ansvar. Har 1/1300 som långsiktigt riktmärke.

Källa: Socialstyrelsens intervjuer med aktuella regioner samt förfrågningsunderlag för vårdvalet inom primärvården i aktuella regioner för år 2020.

Bilaga 4. Tillgängliga uppgifter om fast läkarkontakt i regionerna

Region	1) Hur sker fördelningen av patienter på fast läkarkontakt?	2) Är det i regionen obligatoriskt för hälso-/vårdcentraler att registrera fast läkarkontakt?	3) Kan regionen ta fram uppgift om antal/andel listade patienter med fast läkarkontakt?	4) Kan regionen ta fram uppgift om patienter med omfattande vårdbehov* får en fast läkarkontakt? (* Ställt i relation till uppgift om t ex diagnos, åtgärder eller antal besök).	5) Kan regionen ta fram uppgift om antal patienter per fast läkarkontakt?
Blekinge	Det varierar mellan vårdcentraler. På vissa vårdcentraler listas man enbart på vårdcentral, i andra fall fördelas patienter på läkare. Patienten kan önska läkare och stå i kö till denna om läkarens lista är fulltecknad.	Nej	Ja (listningssystemet).	Nej	Ja (listningssystemet).
		Rutinen är att registrera eventuell fast läkarkontakt i listningssystemet men skiljer sig mycket mellan vårdcentraler hur man arbetar med detta. Vissa listar bara på vårdcentralen.		Inte automatiskt.	
Dalarna	Det varierar mellan vårdcentraler. Fördelning av patienter på ansvarig läkare kan bland annat ske geografiskt eller i möte med patienten.	Nej	Nej	Nej	Nej
		Endast fast vårdkontakt.			
Gotland	Fördelning sker via ett antal listor per vårdcentral. Några av listorna är knutna till namngiven läkare. De övriga heter "vakant". När någon öppnar en journal för en patient framgår kopplingen till namngiven läkare (eller vakant).	Nej	Ja, det borde man kunna (listningssystemet).	Nej	Ja (listningssystemet).
		En fast vårdkontakt (i primärvård) skall utses om patienten själv begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.		Primärvården använder det nationella uppföljningssystemet Primärvårdskvalitet för att följa upp exempelvis kontinuitetsindex vid kronisk sjukdom.	
Gävleborg	Det varierar mellan vårdcentraler hur fördelning sker.	Nej	Ja (listningssystemet).	Nej	Ja (listningssystemet)
			Men vissa brister i kvaliteten på informationen pga. problem med korrekt registrering.		Men vissa brister i kvaliteten på informationen pga. problem med korrekt registrering.

Region	1) Hur sker fördelningen av patienter på fast läkarkontakt?	2) Är det i regionen obligatoriskt för hälso-/vårdcentraler att registrera fast läkarkontakt?	3) Kan regionen ta fram uppgift om antal/andel listade patienter med fast läkarkontakt?	4) Kan regionen ta fram uppgift om patienter med omfattande vårdbehov* får en fast läkarkontakt? (* Ställt i relation till uppgift om t ex diagnos, åtgärder eller antal besök).	5) Kan regionen ta fram uppgift om antal patienter per fast läkarkontakt?
Halland	Det varierar mellan vårdcentraler hur fördelning sker. En princip utgörs av fördelning på läkare utifrån patientens födelsedatum.	Nej	Nej Kan däremot ta fram uppgift om andelar med fast vårdkontakt.	Nej	Nej
Jämtland-Härjedalen	Fördelning sker på vårdcentralen baserat på geografiskt område. Kan även få väljas av invånaren.	Nej	Ja (journalssystemet) Men vissa brister i kvaliteten på informationen pga. att registrering i journalen inte görs konsekvent.	Ja (journalssystemet). Men med reservation för brister i kvaliteten pga. att registrering i journalen av fast läkarkontakt inte görs konsekvent.	Ja (journalssystemet) Men med reservation för brister i kvaliteten pga. att registrering i journalen av fast läkarkontakt inte görs konsekvent.
Jönköping	Det är upp till vårdcentralerna i nuläget.	Ja Har du fast läkarkontakt så ska det framgå i journalsystemet	Ja (journalssystemet) Men problem med tillförlitlighet i uppgifterna, bland annat avseende uppdatering.	Ja (journalssystemet och ACG). Uppgifterna kommer från journalsystemet och går att koppla t.ex. till ACG. Dock problem med tillförlitlighet avseende uppgift om fast läkarkontakt.	Ja (journalssystemet) Men problem med tillförlitlighet.
Kalmar	Utifrån patientens val/önskemål, förändringar hos vårdgivaren (t ex då läkare slutar) samt utifrån att säkra särskilda behov hos patienten.	Ja	Ja (listningssystemet)	Ja, delvis (listningssystemet och QlikView) Går att koppla uppgifterna till ACG och uppgift om hemsjukvård.	Ja (listningssystemet)
Kronoberg	Ingen uppgift	Nej En rutin för bl.a. registrering av fast läkarkontakt är dock utarbetad och spridd. Den praktiska nyttan begränsas emellertid av bristande funktionalitet i journalssystemet.	Nej Inte automatiskt. Om det lagts in under fast vårdkontakt går det att få fram utifrån yrkesroll. Kräver dock handpåläggning. Förbättringsförslag har framförts om att i patientkortet till journalssystemet lägga till en flik med fast läkarkontakt, på samma sätt som för fast vårdkontakt.	Nej Förbättringsförslag har framförts om att i patientkortet till journalssystemet lägga till en flik med fast läkarkontakt, på samma sätt som för fast vårdkontakt.	Nej Är idag frivilligt. Förbättringsförslag har framförts avseende möjlighet att dokumentera fast läkarkontakt (se föregående kolumn).

Region	1) Hur sker fördelningen av patienter på fast läkarkontakt?	2) Är det i regionen obligatoriskt för hälso-/vårdcentraler att registrera fast läkarkontakt?	3) Kan regionen ta fram uppgift om antal/andel listade patienter med fast läkarkontakt?	4) Kan regionen ta fram uppgift om patienter med omfattande vårdbehov* får en fast läkarkontakt? (* Ställt i relation till uppgift om t ex diagnos, åtgärder eller antal besök).	5) Kan regionen ta fram uppgift om antal patienter per fast läkarkontakt?
Norrbotten	Fast läkarkontakt används inte för att fördela patienter.	Nej	Ja, i viss utsträckning (systemet för SIP).	Nej	Nej
		Se svar på fråga 1.	Uppgifterna dock inte heltäckande. Går att se vilka patienter med SIP som har fast läkarkontakt. Detta tas ur LifeCare som är regionens system för SIP. Det går dock inte att fånga uppgiften ur journalsystemet eftersom det inte finns en särskild markering för fast läkarkontakt där, bara för fast vårdkontakt.		Vi kan inte ta fram dessa uppgifter ur något av våra system.
Skåne	Det varierar mellan vårdcentraler hur fördelning sker. I första hand efter patientens val och sedan tidigare etablerad kontakt och kontinuitet. Finns ingen tidigare etablerad vårdrelation förekommer det att individer tilldelas fast läkarkontakt efter födelsedatum.	Ja	Ja (listningssystemet och uppföljningssystemet)	Nej eller kan vara möjligt men är inte genomfört (listningssystemet och uppföljningssystemet).	Ja (listningssystemet och uppföljningssystemet).
		Verksamhetschefen ska enligt lag utse fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Andelen patienter med fast läkarkontakt följs upp av regionen regelbundet.		Men manuellt uppföljningssystem gör det eventuellt möjligt på vårdcentralnivå.	Men regionen har valt att inte ta fram sådana uppgifter med hänvisning till att det utgör ett vårdgivaransvar.
Stockholm	Det varierar mellan vårdcentraler om, och i så fall enligt vilken princip, fördelning av patienter på fast läkarkontakt sker.	Ja	Ja (listningssystemet)	Eventuellt (GVR/VAL-databasen)	Ja (listningssystemet)
		Det är obligatoriskt att registrera listning antingen på vårdcentral eller på vårdcentral och läkare.		Här krävs att information om fast läkarkontakt överförs till GVR/VAL från listningssystemet vilket inte sker i dagsläget.	Dock finns inte uppgift om klinisk tjänstgöringsgrad för den fasta läkarkontakten.

Region	1) Hur sker fördelningen av patienter på fast läkarkontakt?	2) Är det i regionen obligatoriskt för hälso-/vårdcentraler att registrera fast läkarkontakt?	3) Kan regionen ta fram uppgift om antal/andel listade patienter med fast läkarkontakt?	4) Kan regionen ta fram uppgift om patienter med omfattande vårdbehov* får en fast läkarkontakt? (* Ställt i relation till uppgift om t ex diagnos, åtgärder eller antal besök).	5) Kan regionen ta fram uppgift om antal patienter per fast läkarkontakt?
Sörmland	Då förutsättningarna ser lite olika ut mellan vårdcentralerna kring antal fasta läkare eller hyrläkare har det varit upp till respektive vårdcentral hur de internt fördelar sina listade medborgare.	Nej	Ja (listningssystemet)	Nej	Ja (listningssystemet)
Uppsala	Ingen uppgift.	Nej	Ja (listningssystemet och journalsystemet)	Ja (journalsystemet)	Ja (listningssystemet)
			Men ej fullständiga uppgifter då alla inte registrerar fast läkarkontakt.	Teoretiskt möjligt men görs inte idag.	Men regionen har valt att inte ta fram sådana uppgifter med hänvisning till att det är en fråga för vårdgivarna.
Västra Götaland	Det varierar mellan vårdcentraler om, och i så fall hur fördelning sker. Det kan ske i samband med besök, utifrån patientens födelsedatum eller genom att patienten aktivt väljer läkare.	Nej	Nej	Nej	Nej
			Sedan 2020 rapporterar dock vårdgivare som vill få extra ersättning månatligen in uppgifter om antal patienter med fast läkarkontakt via ett digitalt inrapporteringsformulär.	Uppgifterna går endast att ta fram på vårdcentralsnivå och per läkare där.	Uppgifterna kan endast tas fram på vårdcentralsnivå. Regionen får dock motsvarande uppgifter inrapporterade via digitalt inrapporteringsformulär för de vårdgivare som väljer att rapportera in dessa uppgifter.
Värmland	Det varierar mellan vårdcentraler hur fördelning sker.	Ja	Ja (listningssystemet, ev. journalsystemet).	Ja (journalsystemet)	Ja (journalsystemets anslutningsöversikt)
		Om patienten har en fast läkarkontakt eller fördelas till en namngiven läkare ska det anges i patientkortet i patientjournalen.	Skulle kunna gå rent tekniskt via listningssystemet men uppgifterna är ofullständiga/ej tillförlitliga. Det varierar mycket hur vårdgivare registrerar i listningssystemet.	Kan eventuellt gå rent tekniskt men med tveksam fullständighet/tillförlitlighet då vårdcentralerna inte registrerar fast läkarkontakt på ett enhetligt sätt i journalen och dessutom som en underkategori till fast vårdkontakt.	
Västerbotten	Det varierar mellan vårdcentraler hur fördelning sker. En princip utgörs av fördelning på läkare utifrån patientens födelsedatum.	Nej	Ja (listningssystemet)	Nej	Ja (listningssystemet)
			Om vårdcentralen registrerat informationen. Dock registrerar inte alla vilket innebär att uppgifterna är ofullständiga.		Men tveksam tillförlitlighet pga. att alla inte registrerar fast läkarkontakt.

Region	1) Hur sker fördelningen av patienter på fast läkarkontakt?	2) Är det i regionen obligatoriskt för hälso-/vårdcentraler att registrera fast läkarkontakt?	3) Kan regionen ta fram uppgift om antal/andel listade patienter med fast läkarkontakt?	4) Kan regionen ta fram uppgift om patienter med omfattande vårdbehov* får en fast läkarkontakt? (* Ställt i relation till uppgift om t ex diagnos, åtgärder eller antal besök).	5) Kan regionen ta fram uppgift om antal patienter per fast läkarkontakt?
Västernorrland	Det varierar mellan vårdcentraler om och i så fall hur fördelning sker. Det kan exempelvis ske i samband med besök. Vissa vårdcentraler fördelar inte på fasta läkarkontakter.	Nej Det finns endast krav på att registrera fast vårdkontakt, vilken kan vara en läkare.	Ja (listningssystemet) Men uppgifterna är ofullständiga då alla vårdcentraler inte listar på fast läkarkontakt (ej krav).	Ja (journalssystemet) Teoretiskt möjligt via journalssystemet. Uppgifterna är dock ofullständiga då alla vårdcentraler inte registrerar fast läkarkontakt.	Ja (listningssystemet) Uppgifterna är dock ofullständiga då alla vårdcentraler inte registrerar fast läkarkontakt.
Västmanland	Det varierar mellan vårdcentraler om och i så fall hur fördelning sker. Flertalet vårdcentraler har alla listade fördelade på utsedd familjeläkare. Andra utser fast läkarkontakt exempelvis i samband med besök. Vissa vårdcentraler fördelar inte på fasta läkarkontakter.	Nej	Ja (utdatasystem kopplat till journalssystemet) Eftersom regionen inte ställer krav på registrering av fast läkarkontakt är informationen ofullständig.	Ja (utdatasystem kopplat till journalssystemet) Eftersom regionen inte ställer krav på registrering av fast läkarkontakt är informationen ofullständig.	Ja (utdatasystem kopplat till journalssystemet) Eftersom regionen inte ställer krav på registrering av fast läkarkontakt är informationen ofullständig.
Örebro	Ansvar ligger på respektive verksamhetschef på vårdcentralerna.	Nej	Ja (listningssystemet) Man kan se uppgifter i listningssystemet för de vårdcentraler där man gett fast läkarkontakt (inte alla).	Nej	Ja (listningssystemet) För de vårdcentraler som arbetar med listning på namngiven läkare och har registrerat det i systemen.
Östergötland	Det varierar mellan vårdcentraler om och i så fall hur fördelning sker. Vissa vårdcentraler fördelar inte på fasta läkarkontakter. På vissa vårdcentraler sker fördelning utifrån geografi eller födelsedatum.	Nej	Ja (listningssystemet) Men många vårdcentraler listar inte på läkare så uppgifterna är ofullständiga.	Nej	Nej Uppgifterna täcker endast de patienter som är listade på en specifik läkare, vilket blir ofullständigt.

Källa: Socialstyrelsens intervjuer med aktuella regioner samt underlag från Ineras undersökning om visualisering av fast läkarkontakt 2020.

Observera att frågorna 3-5 i tabellen avser uppgifter som går att ta fram ur något av regionernas digitala stödsystem.