

Stöd för arbetssättet med fast läkarkontakt

REMISSVERSION

REMISSVERSION

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 2021-7-7481

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2021

Förord

Regeringen beslutade i april 2020 om ett nytt samlat uppdrag till Socialstyrelsen (dnr 1.1-9/2020-15) att genomföra insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Det nya uppdraget kompletterar uppdraget att följa upp primärvården och omställningen till god och nära vård (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS). Uppdraget ska genomföras i enlighet med den plan som myndigheten har presenterat i rapporten *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård* (Socialstyrelsen, 2019). I uppdraget beskrivs att Socialstyrelsen ska stödja regionerna i deras arbete genom att ta fram ett nationellt stöd så att de patienter som har störst behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.

Följande vägledning för fast läkarkontakt vänder sig till regioner, vårdgivare, verksamhetschefer och professioner i primärvården. Vägledningen förväntas bidra till att öka kunskapen om funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt och därmed bidra i det pågående arbetet med att utveckla kontinuiteten i primärvården och utvecklingen av att fler patienter får en fast läkarkontakt.

Socialstyrelsen har genomfört uppdraget i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), ett urval av regioner och relevanta professions- och patientorganisationer. Därutöver har myndigheten samverkat med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Nationellt primärvårdsråd avseende bl.a. relevant information när det gäller omställningen till en god och nära vård.

Uppdraget för Socialstyrelsen att ta fram olika stödjande material såsom en vägledning, ett planeringsverktyg och ett meddelandeblad kan kopplas samman med globala mål för Agenda 2030, främst mål 3 (Hälsa och välbefinnande), men även mål 5 (jämnställdhet) och mål 10 (Minskad ojämlikhet).

Myndigheten ska rapportera uppdraget till regeringen senast den 30 juni 2021. Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av Malin Bruce, projektledare, Agneta Calleberg, Eva Entelius Melin, Marcelle Ghaoui. Maria Alvinsson Hilberth har varit ansvarig enhetschef vid avdelningen för Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

REMISSVERSION

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Läsanvisning	8
Om fast läkarkontakt	9
Bakgrund	9
Fast läkarkontakt	12
Nulägesbild – fast läkarkontakt	14
Patientperspektiv	19
Patientens behov av kontinuitet	19
Patientens förutsättningar för delaktighet och att få fast läkarkontakt	23
Patientföreningar	26
Region- och verksamhetsperspektiv	28
Ett exempel från primärvården – arbetsätt med fast läkarkontakt	31
Vägledning för fast läkarkontakt – Borgholms hälsocentral	31
Socialstyrelsens övriga kunskapsstödjande material	33
Meddelandeblad	33
Frågor och svar	33
Utvecklingsarbete om fast läkarkontakt – Material för arbetsplatsträff på vård- eller hälsocentral (PPT)	33
Planeringsverktyg – stöd för arbete med fast läkarkontakt	33
Läs vidare – fler kunskapsstödjande skrifter	35
Bilaga 1. Metodbeskrivning och genomförande	37
Bilaga 2. Litteratursökning av systematiska översikter	40
Bilaga 3. Intervjufrågor till regionerna	45
Bilaga 4. Deltagare i arbetet	47

REMISSVERSION

Sammanfattning

Fast läkarkontakt i primärvården syftar bland annat till att öka kontinuiteten i kontakten mellan patienter och läkare i primärvården. Alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. Syftet är att patienter ska uppleva en trygghet och ökad delaktighet i sin egen vård och behandling när hen möter samma läkare vid vårdcentralen. Med god kontinuitet följer att läkaren känner sina patienter och kan göra säkrare bedömningar av patientens hälsotillstånd och en långsiktig relation kan även främja det förebyggande arbetet. Funktionen och arbetssättet grundar sig i de bestämmelser som finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i patientlagen (2014:821).

Vägledningen syftar till att öka kunskapen om fast läkarkontakt, stödja utvecklingen av arbetssättet och bidra till att fler patienter i primärvården erbjuds det. Stödet kan användas som ett kunskapsunderlag till det lokala utvecklingsarbetet med kontinuitet för patienter och i arbetet med rutiner för fast läkarkontakt i regioner och vid vårdcentraler. Både aktuella bestämmelser, relevant litteratur och erfarenheter samt material från regioner, primärvården och professions- samt patientföreningar utgör källorna för vägledningen.

I vägledningen beskrivs, förutom de juridiska bestämmelserna om fast läkarkontakt, även hur arbetssättet och funktionen framhålls i förarbeten och aktuella statliga utredningar, regeringens ambitioner med att utveckla kontinuiteten i primärvården och vad som menas med person- eller relationell kontinuitet i primärvården. Även exempel på hur funktionen och arbetssättet kan användas och används i praktisk klinisk verksamhet beskrivs, liksom hur Socialstyrelsen stödjer arbetet med omställningen mot en god och nära vård och utvecklingen av kontinuitet bland annat genom arbetet med fast läkarkontakt.

Läsanvisning

Vägledningen vänder sig till regioner, vårdgivare och verksamheter samt verksamhetschefer inom primärvården.

Det första avsnittet – *Om fast läkarkontakt* – beskriver kortfattat omställningen till god och nära vård, vad primärvård är, både den som är finansierad av regionen och den som finansieras av kommunen samt samverkan mellan huvudmännen. Avsnittet avslutas med en beskrivning av den rättsliga regleringen av fast läkarkontakt.

Det andra avsnittet – *Nulägesbeskrivning – fast läkarkontakt* – beskriver nulägesbilden med avseende på tillgången på specialister i allmänmedicin, hur begreppet fast läkarkontakt tolkas, hur professionsorganisationerna ser på fast läkarkontakt, bemanning, målbeskrivningen för allmänmedicin som berör kontinuitet och hur ST-läkare under sin specialistutbildning utvecklas i att arbeta utifrån kontinuitet. Avsnittet avslutas med hur utveckling av fast läkarkontakt kan följas.

Det tredje avsnittet – *Patientperspektiv* – utgår från patientens behov av kontinuitet och den relationella kontinuitetens påverkan på patientsäkerhet. I avsnittet beskrivs även patientkontrakt och patientens förutsättningar för delaktighet. I avsnittet redogörs också kort för några patientföreningars erfarenheter av och förväntningar på fast läkarkontakt.

Det fjärde avsnittet – *Region- och verksamhetsperspektiv* – beskriver utmaningar och möjligheter på såväl region- som verksamhetsnivå.

Det femte avsnittet – *Lärande exempel från primärvården-arbetsätt med fast läkarkontakt* – beskriver hur en vårdcentral arbetar.

Det sjätte avsnittet beskriver de andra kunskapsstödande materialen som Socialstyrelsen har tagit fram inom ramen för uppdraget. Det vill säga ett meddelandeblad, ett planeringsverktyg, ett arbetsträffsmaterial samt frågor och svar.

I bilaga finns metodbeskrivning och genomförande av uppdraget, resultat av litteratursökningen av systematiska översikter, intervjufrågor som använts i dialogmöten samt projektets organisation.

Om fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt är ett av flera delområden (med målvärden att följa upp) som ingår i den överenskommelse om en God och nära vård för 2021 som regeringen har slutit tillsammans med SKR i omställningen och utvecklingen av den nära vården med bland annat fokus på primärvården.¹

I överenskommelsen finns målet att vid slutet av 2022 ska andelen i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvård vara minst 55 procent. En samtidig ökning (med 20 procent) ska även ha skett i regionen av kontinuitetsindex till läkare och en ökning av kontinuitetsindex för patientens totala kontakter. För de äldre personer som bor på särskilt boende och som får sin hemsjukvård där ska andelen som har en fast läkarkontakt vara minst 80 procent i slutet av 2022. Även för dem ska det ha skett en ökning av kontinuitetsindex till läkare.

Bakgrund

Omställning till god och nära vård

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, inleds med bestämmelser som gäller både för kommuner och regioner. Av 3 kap. 1 § 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. Bestämmelsen anger också att vården ska vara lätt tillgänglig.

I den pågående omställningen i svensk hälso- och sjukvård till en god och nära vård och i den överenskommelse som regeringen har slutit med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för 2021² beskrivs att:

Primärvården ska vara basen och navet i svensk hälso- och sjukvård. Den ska finnas nära invånarna och ha goda möjligheter att arbeta främjande, förebyggande och proaktivt. I primärvården byggs kontinuitet upp för att främja relationer och bidra till ökad trygghet och tillgänglighet.

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) presenterar regeringen den 28 maj 2020 exempelvis en utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården.

¹ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

² Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

Målbild i propositionen 2019/20:164

Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås (s. 1).

Nära vård

Sedan 2019 regleras i lag att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.³ Bestämmelsen innebär att vårdcentraler geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att regionen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar. När det är lämpligt och möjligt kan t.ex. patienten få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Regionerna ska kunna erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare, men vården kan inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt, beroende på exempelvis skiftande förutsättningar i glesbygd jämfört med storstad.⁴

Primärvård

Med primärvård avses sedan den 1 juli 2021 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.⁵

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodosäkra vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.⁶

Regionerna har det övergripande ansvaret och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en

³ 7 kap. 2 a § HSL.

⁴ Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti s. 22 och s.46.

⁵ 2 kap. 6 § HSL.

⁶ 13 a kap. 1 § HSL.

god hälsa hos befolkningen.⁷ Merparten av svensk primärvård är offentligt finansierad och har region eller kommun som huvudman.

Kommunal hälso- och sjukvård

Både regioner och kommuner kan vara huvudmän för hälso- och sjukvård. Kommunerna ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionerna avsätta till kommunerna. Detsamma gäller för hemsjukvård i ordinärt boende och i de biståndsbedömda trygghetsboendena, om en kommun ansvarar för den vården.⁸ Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård i:

- Särskilda boendeformer för äldre personer (inklusive korttidsplats).⁹
- Bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL.¹⁰
- Motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet.¹¹
- Sådan dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § SoL.

Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret gäller också i förhållande till barn och ungdomar samt vuxna personer som bor respektive vistas i bostad med särskild service (LSS-boenden) och daglig verksamhet som är reglerade i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.¹²

Hemsjukvård

Enligt Socialstyrelsens termbank innebär hemsjukvård hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden.

Hemsjukvård med kommunen som huvudman

Mycket vård kan sedan länge ges i patientens bostad. Kommunen får erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL (de s.k. biståndsbedömda trygghetsboendena), om regionen och kommunen kommer överens att överta regionens skyldighet att erbjuda sådan hemsjukvård. Överenskommelsen får inte avse läkarinsatser. Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs och i annat fall kan kommunen själv anlita läkare på regionens bekostnad.¹³ Region och kommun ska samverka för att övrig vård också erbjuds såväl hemsjukvårdspatienter som övriga enskilda personer som kommunen har vårdansvar för, utan att ansvaret för den vården flyttas över till kommunerna.¹⁴ Alla regioner utom Region Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende.

⁷ 8 kap. 1 § HSL.

⁸ 12 kap. 1 och 3 §§, 14 kap. 1 § och 16 kap. 1 § första stycket HSL.

⁹ 5 kap. 5 § andra stycket SoL och prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre s. 80.

¹⁰ 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

¹¹ 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL.

¹² Prop. 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 182.

¹³ 12 kap. 2 §, 14 kap. och 16 kap. 1 § HSL.

¹⁴ 16 kap. 2 § HSL.

Hemsjukvård med regionen som huvudman

Regionerna utför också hälso- och sjukvård i hemmet. Den kan antingen vara ansluten till regionernas primärvård eller sjukhusanknuten. Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet framgår inte av lag utan i det avtal som har ingåtts mellan huvudmännen. Det har ansetts lämpligt att regionen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet. Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med bland annat den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler personer med sammansatta vårdbehov att få vård i hemmet.¹⁵

Fast läkarkontakt

Regeln om fast läkarkontakt har sitt ursprung i den numera upphävda lagen (1993:588) om husläkare. Nu regleras detta i HSL och i patientlagen (2014:821).

Enligt 7 kap. 3 § första stycket HSL 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.

Av 6 kap. 3 § patientlagen framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt.¹⁶

Bestämmelsen om fast läkarkontakt syftar till att skapa trygghet och kontinuitet.¹⁷ Betydelsen av personkontinuitet i primärvården för patienten beskrivs i både förarbetena till bestämmelserna om fast läkarkontakt och i propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164). Personkontinuiteten eller den relationella kontinuiteten genom att kunna välja fast läkarkontakt har betydelse för en god kvalitet i primärvården.

”Regeringen vill betona vikten av att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Samma krav måste ställas både på primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi och i andra driftsformer. 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.¹⁸ En tillitsfull relation kan även minska patientens behov att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, t.ex. nattetid på akutmottagningen.

¹⁵ Prop. 2019/20:164 s. 15-16.

¹⁶ 3 kap. 2 § 1 patientlagen.

¹⁷ Prop. 1997/98:189 s. 22, jfr även prop. 1994/95:195 s. 41 f.

¹⁸ Prop. 2019/20:164 s. 29.

*Dessutom ger en tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan.*¹⁹

Regeringen har ambitionen att andelen i befolkningen som har en fast läkarkontakt i primärvården ska öka.²⁰

Enligt förarbetena till regleringen om fast läkarkontakt ska den fasta läkarkontakten 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 vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämplig. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten har en möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.²¹

Regleringen om fast läkarkontakt gäller bara för primärvård som bedrivs med en region som huvudman. Regionen är huvudman för offentligt finansierad vård. Det gäller även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller utanför regleringen.²²

Regionen får inte begränsa den enskildes val av fast läkarkontakt till ett visst geografiskt område inom regionen.²³ En patient ska således kunna välja en fast läkarkontakt var som helst inom regionområdet utan att vara hänvisad till ett visst urval utifrån till exempel bostadsort.²⁴ Även om det tidigare framhölls i förarbetena att den enskilde skulle ges möjlighet att välja en läkare som är verksam i en annan region blev det först genom införandet av patientlagen år 2015 reglerat att en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra regioner.²⁵

Det kan finnas situationer där valet av läkare kan begränsas av praktiska skäl. Även enskilda läkares arbetsbelastning kan vara sådan att den sätter gränser för läkarvalet. I glest befolkade delar av landet kan möjligheterna att välja mellan flera olika läkare inom ett rimligt geografiskt avstånd vara begränsade. Regionerna måste även kunna begränsa 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. Patienten bör informeras om eventuella villkor i samband med sitt val.²⁶

Regeringen betonar i förarbetena vikten av att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan och det förutsätts det att den som har störst behov av en fast läkarkontakt får en.²⁷

¹⁹ Prop. 2019/20: 164 s. 30.

²⁰ Prop. 2019/20:164 s. 29 ff.

²¹ Prop. 1994/95:195 s. 41 f.

²² 1 kap. 2 § andra stycket patientlagen och prop. 2019/20:164 s. 29.

²³ 7 kap. 3 § första stycket HSL.

²⁴ Prop. 1997/98:189 s. 31.

²⁵ Prop. 1997/98:189 s. 23 och s. 31 f. och proposition 2013/14:106 Patentlag s. 93 samt 8 kap. 3 § HSL.

²⁶ Prop. 1997/98:189 s. 23 och s. 32.

²⁷ Prop. 2019/20:164 s. 29 ff.

Nulägesbild – fast läkarkontakt

Uppdraget som fast läkarkontakt innebär långsiktig kontinuitet i vårdrelationen mellan läkare och patient. Det syftar till att skapa förutsättningar för att patienten ska känna sig trygg, veta vem man ska vända sig till och veta nästa steg i vården. Uppdraget fast läkarkontakt är reglerat för primärvården i regionen där i första hand specialister inom allmänmedicin har sitt uppdrag.

Enligt regeringens bedömning är kompetensförsörjningsfrågan i primärvården helt central för utvecklingen till en mer nära vård. Många kompetenser måste samverka för att uppnå en god och nära vård, men att det finns tillräckligt med specialisläkare i allmänmedicin kontinuerligt verksamma i primärvården är avgörande för utvecklingen där primärvården är navet i hälso- och sjukvården.²⁸ Det är naturligt att den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården.²⁹ Regeringen gör bedömningen att staten på ett ändamålsenligt sätt bör stödja att fler läkare kan specialisera sig i allmänmedicin.³⁰ Även andra läkare än specialisläkare i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt inom primärvården.

I det pågående utvecklingsarbetet med fast läkarkontakt i regionerna och i enlighet med överenskommelsen om en god och nära vård för 2021 ska regionerna arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.³¹

Tillgång till fast läkarbemannning i primärvården

För att regionerna och verksamheterna som utför primärvård ska kunna erbjuda fast läkarkontakt kan tillgång till fast läkarbemannning vara en förutsättning. I Vårdanalys 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. 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.

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.³²

Enligt Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård 2020 bedömde samtliga regioner hösten 2018 att de hade brist på specialister i allmänmedicin inom sina verksamheter.³³ Hösten 2019 bedömde 19 av 21 regioner att de hade brist på

²⁸ Prop. 2019/20:164 s. 59.

²⁹ Prop. 2019/20:164 s. 70.

³⁰ Prop. 2019/20:164 s. 58.

³¹ Prop. 2019/20:164 s. 28 och Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

³² Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2020 -10 -28 från: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx

³³ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård- Nationella planeringsstödet 2019. Socialstyrelsen; 2019.

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.³⁴

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 SKRs hemsida 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.³⁵

För att stödja regionerna i deras arbete med att utveckla kontinuiteten i den nära vården och att öka andelen patienter som erbjuds fast läkarkontakt i primärvården pågår även flera utvecklingsarbeten genom SKR. Ett av dem beskrivs i ett avsnitt längre fram och handlar om patientkontrakt.

Hur tolkas begreppet fast läkarkontakt

Begreppet fast läkarkontakt tolkas olika i olika regioner och av olika aktörer visar Socialstyrelsens kartläggning i ett urval av regioner.³⁶ Det gick inte inom ramen för det uppdraget att fullt ut verifiera om regionerna och vårdcentralerna i sina intervju- respektive enkätsvar faktiskt avsett fast läkarkontakt i lagens bemärkelse, vilket innebär att patienten själv har gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt (patientens val) eller om hen blivit tilldelad utan valmöjlighet. Svaren visar på en blandning av begrepp som nämns som fast läkarkontakt: listning på läkare i vårdvalets listningssystem, patientansvarig läkare (enligt tidigare lag), fast vårdkontakt när den utgörs av läkare, och administrativ fördelning av patienter på läkare vid den aktuella hälso- eller vårdcentralen, med eller utan patientens kännedom.

Professionsorganisationerna betonar vikten av specialister i allmänmedicin som fast läkarkontakt

Under arbetet med vägledningen har Socialstyrelsen fört dialog med läkarförningar och sjuksköterskeförningar bland annat i syfte att få kunskap om hur begreppet fast läkarkontakt tolkas av dessa. Förningarna anser att specialistkompetensen allmänmedicin bör vara en grund för den fasta läkarkontakten. En fast läkarkontakt har det medicinska ansvaret för patienten, och för att kunna följa patientens sjukdomshistorik och fånga upp problem behöver läkaren följa patienten över tid. Av det skälet, menar förningarna, behöver

³⁴ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård- Nationella planeringsstödet. Socialstyrelsen; 2020.

³⁵ Bemanningstrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården. 2020. Hämtad 2021-05-18 från: https://skr.se/download/18.30233521174b9d2f82ae196e/1601551849958/Kostnader_for_inhyrd_personal_i_halso_och_sjukvarden_halvar1_2020.pdf.

³⁶ Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt, Socialstyrelsen; 2020.

en fast läkarkontakt finnas tillgänglig för individen redan innan behovet av vård uppstått. På så sätt skapas en långvarig och kontinuerlig kontakt.

Sjuksköterskeföreningarna framhåller också vikten av att även en fast vårdkontakt kan ha stor betydelse för patienten och dennes kontinuitet i vården. Organisationerna lyfter också att teamet i primärvården runt patienten behöver involveras och att teamet bidrar till en relationell kontinuitet och minskad sårbarhet för patienten då det kan vara stor rörlighet bland vårdpersonal på arbetsmarknaden. För den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs kontinuiteten för vården av patienten och relationen mellan kommunens sköterskor och primärvårdens läkare som avgörande, inte minst för patientsäkerheten och att det blir tydligt hur primärvården och kommunal hälso- och sjukvård ska samverka.

Såväl läkarföreningar som sjuksköterskeföreningar ser specialister i allmänmedicin som en viktig kompetens inom primärvården mot bakgrund av den bredd av vårdbehov som mottas där. Samtidigt konstaterar de att det råder brist på allmänläkare i Sverige och att behovet av att flera utbildas är stort. Det uttrycktes även en oro för att bristen på specialister i allmänmedicin leder till att andra specialister som saknar kompetens i allmänmedicin då kommer vara fast läkarkontakt för patienten i primärvården.

Den allmänmedicinska specialistkompetensen gällande kontinuitet

Läkarnas specialisttjänstgöring (ST) regleras från och med 1 juli 2021 i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring. I Målbeskrivningar 2021, som också är föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen, anges den kompetens (de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) som en läkare ska ha för att få ett specialistkompetensbevis i de respektive specialiteterna. I flera av delmålen i målbeskrivningen för allmänmedicin anges krav på kompetens som kan behövas i uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården:

- I delmålet om ledarskap (STa5) anges att den specialistkompetenta läkaren ska kunna utveckla det multiprofessionella samarbetet på arbetsplatsen. Ett gott teamarbete är särskilt viktigt för rollen som fast läkarkontakt.
- Enligt delmålet STc5 ska den specialistkompetenta läkaren kunna följa patientens sjukdomstillstånd i samverkan med aktörer utanför egna enheten. Samverkan är något som kan underlätta kontinuitet i vården och därmed en viktig kompetens för rollen som fast läkarkontakt.
- Delmål STb1 handlar om att kunna kommunicera med patienter och närstående, något som är centralt i rollen som fast läkarkontakt. Enligt samma delmål ska läkaren också kunna lämna svåra besked samt att stödja patienter och närstående i hanteringen av en förändrad livssituation, uppgifter som kan innefattas i rollen som fast läkarkontakt.
- I rollen som fast läkarkontakt kan också ligga att långsiktigt vägleda patienten i val av levnadsvanor och att stödja honom eller henne att upprätthålla friskfunktioner vid sjukdom. Enligt delmål STb2 ska den specialistkompetenta läkaren ha kompetens att göra detta.

- Rollen som fast läkarkontakt kräver också kompetens inom området försäkringsmedicin, sådana krav anges i delmål STb3.
- Även kompetens inom området rehabilitering kan behövas. Sådana kompetenskrav finns i delmål STc10.
- Ytterligare ett område där den långsiktiga relationen och kontinuiteten i vården (som ju är ett syfte med fast läkarkontakt) blir extra tydlig är den palliativa vården. Delmålen STb4, STc8 och STc9 handlar alla på olika sätt om palliativ vård.
- Centralt för rollen som fast läkarkontakt är långsiktig och kontinuerlig patientkontakt. I målbeskrivningen för allmänmedicin anges att den specialistkompetenta läkaren ska kunna följa och värdera förändringar i hälsotillstånd kopplat till patientens hela livssituation (delmål STc3) och följa patienter i alla åldrar (delmål STc4).

Många andra specialiteter har också STa- och STb-delmålen som anges ovan men bara allmänmedicin har kombinationen av dessa delmål och de särskilda STc-delmål som gäller för allmänmedicin.

Vissa avvägningar eller bedömningar kan behöva göras för ST-läkare i allmänmedicin som fast läkarkontakt

I en del regioner har även ST-läkare rollen som fast läkarkontakt. Det rör sig då om legitimerade läkare som genomför sin specialiseringstjänstgöring (ST) i allmänmedicin. En ST-läkare i allmänmedicin får handledning av en eller flera specialistläkare i allmänmedicin. Målbeskrivningarnas innehåll (se avsnittet ovan) ska ligga till grund för den utbildning (tjänstgöring under handledning och kurser m.m.) som en ST-läkares ges.

En ST-läkares utbildning ska läggas upp på ett sådant sätt att hen i slutändan (efter minst fem och ett halvt år) kan uppnå de mål som anges i målbeskrivningarna. Hur en ST-läkares progression i relation till målen ser ut skiljer sig naturligtvis från fall till fall, men det är rimligt att anta att den läkare som kommit en bit i sin utbildning ofta är närmare att uppnå målen än den som just påbörjat sin utbildning. I målbeskrivningen för allmänmedicin anges krav på kompetens som kan behövas för att inneha rollen som fast läkarkontakt. ST-läkare i allmänmedicin kommer på så sätt att i olika grad – beroende på hur långt de kommit i sin utveckling i relation till målen – ha den kompetens som behövs för att ha rollen som fast läkarkontakt. På så sätt kan det, när det kommer till frågan om huruvida en ST-läkare i allmänmedicin kan ha rollen som fast läkarkontakt, behöva göras en bedömning för varje enskilt fall – en bedömning som utgår från hur långt den aktuella ST-läkaren har kommit i sin progression i relation till målen.

Ett annat perspektiv som kan behöva beaktas är den om kontinuitet i relation till patienten. En ST-läkare i allmänmedicin fullgör delar av sin ST på ”hemmakliniken”, en vårdcentral eller motsvarande. Därutöver tjänstgör han eller hon i regel även på andra vårdenheter. Hur fördelningen mellan olika tjänstgöringsställen ser ut kan skilja sig från fall till fall, det beror bland annat på vad ”hemmakliniken” kan erbjuda i fråga om patientunderlag med mera och vad den individuella ST-läkaren i övrigt behöver för att kunna

uppnå målen i målbeskrivningen. Även här kan det därför behöva göras en bedömning i det enskilda fallet: kan en önskvärd kontinuitet upprätthållas om den aktuella ST-läkaren har rollen som fast läkarkontakt, givet hur hans eller hennes tjänstgöring ser ut och utifrån lokala rutiner.

REMISSVERSION

Patientperspektiv

Patientens behov av kontinuitet

Människor har olika behov av sjukvård vid olika tidpunkter och situationer i livet. Det kan i sin tur påverka vilka behov av kontinuitet den enskilde har i sina kontakter med vården och på vilken nivå. Behoven av kontinuitet ur flera aspekter – relationell kontinuitet, informationskontinuitet, koordinationskontinuitet och longitudinell kontinuitet – kan ibland aktualiseras parallellt. Den närmare innebörden av begreppen kommer beskrivas längre fram. En patient med kroniska sjukdomstillstånd kan vilja ha en kontinuerlig relation med en läkare eller annan vårdpersonal samtidigt som enstaka sjukdomshändelser kan öka behovet av att snabbt komma i kontakt med vården. Tillgänglighet och möjligheten till snabb hjälp kan då vara viktigare än att få möta exempelvis en fast läkarkontakt. Informationskontinuiteten kan då vara viktigare som bärare av patientens behov och tidigare vårdhändelser eller sjukdomshistorik än att eventuellt behöva vänta på att få en tid hos sin fasta läkarkontakt.

Patienten kan, förutom en fast läkarkontakt, också ha vårdbehov som hanteras och åtgärdas av andra personalkategorier i teamet i primärvården. Till exempel kan en diabetessköterska, en fysioterapeut eller någon annan profession utgöra en fast vårdkontakt/alternativt stå för den relationella kontinuiteten då patienten under vårdperioder kan ha behov av tätare kontakter mer med dessa än med läkaren. Hur de olika funktionerna, som den fasta läkarkontakten i primärvården och den eller de fasta vårdkontakterna (som kan finnas både i den specialiserade vården och i primärvården), kan samordnas behöver teamet tillsammans med patienten planera för. Den relationella kontinuiteten får stor betydelse i detta. Tillsammans med patienten kan en dialog föras om vad som är viktigt ur kontinuitetsperspektiv vid andra vårdhändelser som inte är direkt kopplade till patientens huvudsakliga vårdbehov. Vad föredrar patienten vid en akut vårdhändelse – att få tillgång till sin ordinarie läkare eller komma i kontakt så snart som möjligt med vården oavsett vårdpersonals kategori eller vårdgivare?

Samordning för god kontinuitet

Vid vård av patienter med komplexa behov är det särskilt viktigt att ha ett helhetsperspektiv, utgå från ett personcentrerat förhållningssätt och säkerställa att samverkan fungerar mellan olika yrkesgrupper som bidrar till denna vård, exempelvis genom att ett team upprättas runt patienten. En fast läkar- eller vårdkontakt kan här bidra till att vården för patienter med komplexa behov anpassas till patientens individuella situation.³⁷ Här kan verksamheten oavsett huvudman behöva ta hänsyn till ansvarsfördelning och samordning genom att reflektera över följande frågeställningar:

³⁷ Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Socialstyrelsen; 2017.

- Hur kan teamet identifiera och stödja patienters behov av fasta kontakter inom vården?
- Hur kan fasta kontakter inom vården stödja teamets arbete?
- Vem i teamet ansvarar i första hand för samordningen – den fasta läkar-kontakten eller den fasta vårdkontakten?

Patientens behov och önskemål står i fokus för hur samordningen ska organiseras. Regeringen har i förarbeten framfört att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna. Men för vissa patienter kan det vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten kan finnas någon annanstans än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård. Det kan också vara så att en patient har flera fasta vårdkontakter som tillsammans får ta ansvar för att vården samordnas på bästa sätt.³⁸ Det behöver således finnas ett flexibelt system utifrån patientens behov.

Kontinuitet och fast läkarkontakt

Kontinuitet är ett begrepp som kan tolkas och förstås på olika sätt. Nationalencyklopedin beskriver kontinuitet: ”Kontinuitet (franska *continuité*, av latin *con-ti-nu'itas*, av *conti'nuus* ’sammanhängande’, ’ständig’, av *conti'neo* ’sammanhålla’, ’hålla samlad’), obrutet sammanhang i tiden eller rummet”.

Flera vetenskapliga studier beskriver kontinuitet inom hälso- och sjukvården som betydelsefull för effektivitet, patientsäkerhet, minskad dödlighet, färre akutbesök och minskad sjukhusvård och inte minst för patientens upplevelse av trygghet, förtroende och nöjdhet.³⁹

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har utgått från kontinuitetsbegreppet i sin studie *Primärt i vården*. En studie om befolkningens syn på kontinuitet *vid vårdcentraler*. Rapport 2020:9.⁴⁰ I studien beskrivs fyra olika typer av kontinuitet – relationell kontinuitet, informationskontinuitet, koordinerande kontinuitet och longitudinell kontinuitet. De olika kontinuitetstyperna kan sammanfalla men kan också ses var för sig. Det följande baseras på Vårdanalys beskrivning i rapporten.

Relationell kontinuitet

Här står den personliga relationen mellan patienten och vårdpersonalen i centrum. Patienten känner tilltro och förtroende för den vårdpersonal som hen träffar regelbundet och får möjlighet att utveckla relationen över tid. För vissa patienter kan den personliga relationen leda till att patienten kan känna sig trygg i att vårdpersonalen känner till patientens historia, levnadsvillkor och annat som har betydelse för hur vården ska planeras och genomföras.

Informationskontinuitet

Informationskontinuitet handlar om tillgängligheten till den person- och sjukdomsspecifika informationen, det vill säga att den information som finns om

³⁸ Prop. 2019/20:164 s. 83.

³⁹ Se Bilaga 2 Litteratursökning av systematiska litteraturoversikter för referenserna; Damarell et al, 2020; Engström et al, 2001; Hudson et al, 2019 och Pereira et al 2018.

⁴⁰ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet *vid vårdcentraler*. Rapport 2020:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020.

patienten ska bidra till att göra vården individanpassad. Både vårdpersonal och patient får del av sjukdomshistorik, genomförda insatser och kommande åtgärder. Informationskontinuiteten främjas av strukturerad journalinformati- on och sammanhållen journalföring.

Koordinationskontinuitet

Koordinationskontinuitet syftar till att team över vårdgränser samarbetar för att patienten ska få den vård som patienten har behov av. Riktlinjer och vård- program och samordnade vårdplaner kan vara främjande. Riktlinjer och vård- program behöver klargöra och dokumentera insatser, roller och ansvar för olika vårdbehov.

Longitudinell kontinuitet

Longitudinell kontinuitet innebär att patienten träffar samma vårdpersonal i en serie enskilda hälso- och sjukvårdshändelser över tid och främjas att vår- den ges från så få som möjligt utifrån patientens behov.

Patientsäkerhet vid relationell kontinuitet

Socialstyrelsen har konstaterat att det finns ett samband mellan brister i be- manning, brister i kompetens och risk för vårdskador. Bemanning med till- räckligt antal personer med adekvat kompetens är associerad med lägre risk för mortalitet och avvikande händelser. Vidare påverkar arbetsmiljön patient- säkerheten.⁴¹

I förarbeten har regeringen anfört att syftet med regeringens bedömning kring fördelning av patientansvar per fast läkarkontakt i primärvården är bland annat förbättrade arbetsförhållanden för läkare i primärvården på så sätt att omfattningen av uppdraget som fast läkarkontakt begränsas. Detta bör vara positivt för arbetssituationen för läkare i primärvården. I förlängningen bidrar det till större möjlighet för regionerna att rekrytera och behålla sin per- sonal. Det förväntas även bidra till en ökad kontinuitet i primärvården. En bättre kontinuitet medför förbättrade möjligheter som patient att få sina be- hov tillgodosedda och vara aktivt delaktig i sin vård. En större kontinuitet i primärvården och en förbättrad kompetensförsörjning bedömer regeringen kan bidra positivt till patientsäkerheten.⁴²

Regeringen har i det aktuella regeringsuppdraget även uppmärksammat lä- karna i primärvårdens arbetsmiljö genom att lyfta dess betydelse för att kunna arbeta som fast läkarkontakt.⁴³ I regeringsuppdraget anges att antalet patienter som en fast läkarkontakt kan ansvara för bör kunna variera bero- ende på olika kriterier som:

- Hur erfaren läkaren är.
- Vilka andra uppdrag läkaren har.
- Vilken typ av patienter som läkaren ansvarar för.
- Vilka patienter som generellt är listade på enheten.
- Vilka patienter som söker vård på enheten.

⁴¹ Kompetensförsörjning och patientsäkerhet - Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. Socialstyrelsen; 2018.

⁴² Prop. 2019/20:164 s. 110-113.

⁴³ Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Upp- draget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS, S2019/03056/FS).

- Hur ansvars- och arbetsfördelningen mellan läkare och andra professioner ser ut.

Regeringen anför vidare i regeringsuppdraget att den typen av överväganden lämpar sig bäst att göras av verksamheterna, men med ett nationellt stöd för att underlätta analyserna av vad som är en lämplig fördelning av patientansvar.

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, dvs har en relationell kontinuitet, som de vanligtvis går till för sin vård har genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. De upplever till exempel att de är mer delaktiga, får mer hjälp med samordning och får fler vårdinsatser än dem som enbart har en ordinarie mottagning. Det är mycket som tyder på att en ordinarie kontakt överlag har ett positivt samband med den patientupplevda kvaliteten i vården. En tänkbar förklaring kan vara att den kontinuitet som en personlig relation erbjuder generellt stärker upplevelsen av vården. En ordinarie kontakt kan även ha bättre kännedom om patientens sjukdomshistoria och ta ett tydligare ansvar i att samordna vården med olika vårdgivare.⁴⁴

Den patient som är väl insatt i varför och hur olika moment i undersökning och behandling ska genomföras, bidrar även till att vårdförloppet blir som det är tänkt och till att avvikelser uppmärksammas och kan åtgärdas. Den välinformerade patienten har också bättre förutsättningar att ta ansvar för sin egenvård.⁴⁵

Personer med kommunal hälso- och sjukvård och val av fast läkarkontakt

I oktober 2020 bodde drygt 78 000 personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre och knappt 5 500 befann sig på en korttidsplats. Majoriteten bodde på ett särskilt boende och korttidsplats som drevs i kommunal regi. Drygt 236 000 äldre hade beviljad hemtjänst i ordinärt boende. Drygt 231 900 personer som fyllt 65 år fick *någon gång* under 2019 kommunalt finansierad hemsjukvård. Av dessa hade 60 procent av kvinnorna och 57 procent av männen både hemsjukvård och hemtjänstinsatser.⁴⁶ Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.⁴⁷ Många äldre har stora sjukvårdsbehov och därmed också stora behov av tillgång till läkare. Att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt gäller även personer med hemsjukvård och boende i särskilt boende.

⁴⁴ Vården ur befolkningens perspektiv 2020 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

⁴⁵ Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 – Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020.

⁴⁶ Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021, Socialstyrelsen; 2021.

⁴⁷ 7 kap. 3 § första stycket HSL.

Kommuner har som regel inte möjlighet att anställa läkare för den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten.⁴⁸ Istället tecknas ofta avtal med den regionfinansierade primärvården för att få tillgång till läkarkompetens.⁴⁹ Vårdcentralen /verksamheten utser ofta läkare med särskilt ansvar för läkarinsatserna i den kommunal hälso- och sjukvård (hemsjukvård i ordinärt respektive i särskilt boende). Här kan ett dilemma uppstå när verksamhetsperspektiv ställs mot individperspektiv – för hur säkerställs individens möjlighet att kunna välja en fast läkarkontakt i primärvården när läkaren utses av vården?

Många med omfattande vårdbehov kan ha en fast vårdkontakt inom specialistsjukvården, såväl läkare som annan personal, som de också kan vilja ha kvar även efter exempelvis inflyttning på särskilt boende. Några kan också ha en fast läkarkontakt på en annan primärvårdsenhet än den som det särskilda boendet är knuten till. Den enskilde har möjligheten att behålla sin fasta läkarkontakt, men möjligheten till hembesök av den fasta läkarkontakten kan i praktiken komma att begränsas av organisatoriska skäl. Samtidigt kan den enskilde dra nytta av att det finns en fast läkarkontakt knuten till boendet. Denne skulle då, med den enskildes samtycke, kunna samverka med den tidigare fasta läkarkontakten som den enskilda hade innan flytten till det särskilda boendet.

Enligt patientlagen ska patienten informeras om sin rätt att välja fast läkarkontakt.⁵⁰ Det kan behövas rutiner hos vårdgivarna för att den informationen ska nå de enskilda boende på de särskilda boendena och andra personer med kommunal hälso- och sjukvård.

Patientens förutsättningar för delaktighet och att få fast läkarkontakt

Hur kan patienten involveras i arbetet med att utveckla och öka andelen av patienter som har fast läkarkontakt – till exempel genom information, genom patientkontrakt och i uppföljning?

Patienters upplevelse av läkarkontinuitet inom primärvården

Nationell patientenkät (NPE) är återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Arbetet samordnas av SKR.⁵¹ 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 bäring på läkarkontinuitet, såsom ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?” respektive ”Fick du träffa den läkare du ville?”. I 2020 års enkät svarade 56 procent ja på den första frågan och 79 procent ja på den andra. På grund av låga och varierande svarsfrekvenser är det svårt att dra slutsatser om utvecklingen över tid.

⁴⁸ 12 kap. 3 § HSL.

⁴⁹ 16 kap. 1 § andra stycket HSL.

⁵⁰ 3 kap. 2 § 1 patientlagen.

⁵¹ Nationell patientenkät. Hämtad 210516 från <https://patientenkät.se/>.

Myndigheten för 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 *International Health Policy Survey of Adults in 11 countries* (IHP-studien) som leds av The Commonwealth Fund. 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 och läkare i primärvården. 2020 års undersökning som redovisas i IHP-rapporten 2021 riktar sig till befolkningen (18 år och äldre).⁵² Resultatet visar att drygt tre fjärdedelar angav 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 – 35 procent – som anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till 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.⁵³ 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. Endast 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 av 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 kontakt 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 fast läkarkontakt uppger i högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.⁵⁴

Socialstyrelsen har även inom ramen för arbetet med vägledningen genomfört en litteratursökning och har bedömt och läst sju systematiska litteraturöversikter om läkarkontinuitet i primärvården och betydelsen av det för patienten, läkaren och vården i stort. Resultatet av den återfinns i Bilaga 2. Summerat visar kartläggningen att det finns stöd för positiva effekter för patienten som trygghet, förtroende och nöjdhet med vården.

⁵² Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

⁵³ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020..

⁵⁴ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020..

Patientkontrakt – en gemensam överenskommelse

Regeringen och regionerna har kommit överens om att införa patientkontrakt. Med patientkontrakt avses en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter, som bland annat ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. Patientkontrakt är ett koncept för att skapa en mer personcentrerad vård, som utgår från patientens behov av samordning, vilket är särskilt angeläget för patienter med omfattande vårdbehov.⁵⁵

Patientkontraktets delar består av en sammanhållen planering genom samverkan mellan berörda vårdaktörer, fast vårdkontakt som samordnar och koordinerar vårdinsatser och överenskommen tid som patient bokar i samråd med vården eller på egen hand. Patientkontrakt är inte ett formellt eller juridiskt bindande kontrakt, utan mer en överenskommelse som vården och patienten utformar tillsammans. Syftet är att skapa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt.⁵⁶ Patientkontrakt kräver ett strukturerat och långsiktigt arbete som utmärks av helhetssyn och individanpassning av patientens vårdinsatser utifrån lokala och regionala förutsättningar.⁵⁷

Arbetet med patientkontrakt och Min vårdplan cancer ska integreras, vilket kommer att utgöra ett första steg mot en digitaliserad vy som spänner över patientens samtliga vårdkontakter. Detta framgår av överenskommelsen om god och nära vård 2020. I detta ingår att fler personer med kronisk sjukdom ska erbjudas patientkontrakt och att insatser som rör den kommunala hälso- och sjukvården samt hälsofrämjande och förebyggande insatser ingår som en naturlig del i patientkontrakten. På så sätt ska patientkontrakt kunna utvecklas vidare. Utvecklingen och införandet av patientkontrakt kommer att behöva ske stegvis, först som en integrering av arbetet med Min vårdplan cancer, därefter utvidgas till personer med kroniska och andra komplexa behov. I ett tredje steg behöver den kommunala hälso- och sjukvården anslutas och i ett fjärde steg även den kommunala äldreomsorgen.⁵⁸

⁵⁵ Överenskommelse mellan staten och SKR; Patientmiljarden: Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. 2018 och Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

⁵⁶ SKR. Patientkontrakt. 2020. Hämtad 2020-06-10 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html>.

⁵⁷ Prop. 2019/20:164 s. 26.

⁵⁸ Prop. 2019/20:164 s. 26-27.

Bilaga 1. Metodbeskrivning och genomförande

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har tagit fram en grund för myndighetens strategiska plan för att stödja och följa upp omställningen mot en god och nära vård (Socialstyrelsen, 2019). I den planen ingår myndighetens mål med arbetet fram till 2027. Socialstyrelsen rapporterar årligen i mars till regeringen om hur myndighetens arbete med god och nära vård fortlöper.

Föreliggande uppdrag är en del av det arbetet och handlar om att ta fram olika stödjande material för att bidra till utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården samt att bidra i det pågående arbetet med omställningen mot en god och nära vård.

Socialstyrelsen har också sedan juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS) om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära hälso- och sjukvård. 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. Ändringen innebär också att myndigheten fick i uppdrag att utforma ett nationellt stöd för fast läkarkontakt i primärvården. Myndigheten ska därför stödja regionerna i deras arbete genom att ta fram 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 lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.

Uppdraget med att ta fram en vägledning har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och det deluppdrag som handlar om att ta fram stöd för fast läkarkontakt. Vägledningen har tagits fram med stöd i den process som Socialstyrelsen har för att ta fram kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer. Materialet bygger på information som inhämtats från september 2020 till maj 2021 och har samordnats med övriga deluppdrag (I-III).

Regionintervjuer

Socialstyrelsen har kartlagt regionernas arbete med fast läkarkontakt genom intervjuer och genom att ha tagit del av deras förfrågningsunderlag eller motsvarande dokument. Myndigheten intervjuade elva regioner⁶⁵ 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 (deluppdrag Att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt redovisades i december 2020). Myndigheten gjorde ett urval baserat på bland annat regionernas spridning över landet och fördelning mellan större och mindre regioner. Urvalet av regioner beaktade behovet av att kartlägga såväl mindre som större regioner, i olika delar av landet och med olika grad av glesbygdsproblematik. 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 (bilaga 2). Fråga 7 och 8 ställdes av föreliggande deluppdrag och resultatet av dessa identifierade behov av stöd från Socialstyrelsen har myndigheten för avsikt att möta med de olika stödjande produkterna som exempelvis Vägledning för fast läkarkontakt.

Annat material och källor för framtagandet av vägledningen samt dialogmöten

Myndighetens meddelandeblad om Fast läkarkontakt, Nr 4/2021, juli 2021, syftar till att ge en ökad kunskap om reglerna och förarbetena till regleringen om fast läkarkontakt och hur dessa regler förhåller sig till de regler och förarbeten som finns om fast vårdkontakt. Meddelandebladet har varit en utgångspunkt för vägledningens innehåll. Även vägledningen Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan och myndighetens meddelandeblad om Patientens rätt till fast vårdkontakt, Nr 9/2012 har också beaktats i arbetet.

Behovet av kunskapsstöd om fast läkarkontakt har också framkommit i intervjuer med 13 verksamhetschefer i primärvården. Intervjuerna berörde även hur verksamheterna idag arbetar med fast läkarkontakt. Tre dialogmöten med Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Läkarförbundet, Läkarsällskapet, Svensk distriktsläkarförening (DLF) och Svensk förening för glesbygdsmedicin, Svensk sjuksköterskeförening, Distriktssköterskeföreningen och Vårdförbundet samt Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering har också förts, inom ramen för uppdraget om att utforma ett nationellt stöd.

⁶⁵ I bilaga 3 återfinns information om intervjufrågor som ställdes till regionerna som intervjuats av Socialstyrelsen.

Inom projektet har också förts dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Socialstyrelsen har även haft avstämning med Vård- och omsorgsanalys, som också har uppdrag på området fast läkarkontakt, i syfte att samordna och delge information om varandras arbete.

Tjänstedesign som metod

Vid framtagandet av de olika stödmaterialen användes bland annat metoden tjänstedesign. Tjänstedesign är en användarcentrerad och iterativ utvecklingsprocess där man tillsammans med sina användare samutvecklar lösningar. Det görs för att säkerställa att de tjänster eller produkter som tas fram möter användarnas faktiska behov.

För att få en förståelse kring vilka förväntningar det finns kring funktionen fast läkarkontakt och vad för typ av stöd målgrupperna är i behov av, genomfördes som ett första steg intervjuer och dialogmöten med målgrupperna. En tydlig insikt som framkom var målgruppernas behov av olika typer av stöd beroende av hur långt de själva kommit i sin egen förståelse och utveckling av arbetssättet kring funktionen fast läkarkontakt.

Efter den initiala behovsinventeringen skapades bland annat en prototyp av ett planeringsverktyg fram. Tre regioner med olika variationer i den kontext de verkar i valdes ut som testpiloter. Regionerna fick därefter testa att använda prototypen och genom olika dialogmöten kunde tankar, idéer och förbättringar fångas upp och verktyget kunde utvecklas och förfinas allt eftersom.

Bilaga 2. Litteratursökning av systematiska översikter

Myndigheten gjorde också en litteratursökning av systematiska litteraturöversikter i mars 2021 efter den frågeställning om effekter av fast läkarkontakt för patienten, läkaren och hälso- och sjukvården i stort som tagits fram. Syftet med sökningen var att identifiera vetenskaplig litteratur för fast läkarkontakt i primärvården. Sökningen avgränsades till systematiska litteraturöversikter.

I sökningen identifierades 14 systematiska litteraturöversikter som lästes och relevansbedömdes på abstract-nivå. Sju av dem var relevanta för frågeställningen och lästes på fulltextnivå samt sammanställdes. Eftersom syftet inte var att göra någon värdering av den sammanställda kunskapen gjordes ingen granskning av tillförlitligheten per översikt eller någon analys av sammanvägd evidensstyrka.

Dokumentation av informationssökningen för systematiska översikter

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2021-02-23

Ämne: Fast läkarkontakt i primärvården

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
	FT	regular doctor*[tiab] OR same doctor*[tiab] OR personal doctor*[tiab] OR long-term doctor*[tiab] OR regular GP[tiab] OR same GP[tiab] OR personal GP[tiab] OR same general practitioner[tiab] OR named general practitioner[tiab] OR personal general practitioner[tiab] OR regular physician*[tiab] OR same physician*[tiab] OR personal main provider*[tiab] OR usual provider*[tiab]	2,060
	Mesh/FT	"Continuity of Patient Care"[Majr:NoExp] OR care continuity[tiab] OR continuum of care[tiab] OR care continuum[tiab] OR continuity of care[tiab] OR discontinuity of care[tiab] OR continuity[ti] OR discontinuity[ti]	23,999
		1 AND 2	225
	FT	(primary care[ti] OR primary health care[ti] OR primary healthcare[ti] OR general practice[ti] OR family practice[ti]) AND (continuity[ti] OR discontinuity[ti])	241
1	FT	(doctor*[ti] OR physician*[ti] OR GP[ti] OR GPs[ti] OR general practitioner*[ti]) AND (continuity[ti] OR discontinuity[ti])	181
	FT	doctor continuity[tiab] OR physician continuity[tiab] OR GP continuity[tiab] OR provider continuity[tiab] OR patient-doctor continuity[tiab] OR personal continuity[tiab] OR relational continuity[tiab] OR interpersonal continuity[tiab] OR visit continuity[tiab]	444
	Mesh/FT	("Physician-Patient Relations"[Majr] OR patient-doctor relation*[tiab] OR doctor-patient relation*[tiab] OR patient-physician relation*[tiab] OR physician-patient relation*[tiab]) AND ("Continuity of Patient Care"[Majr] OR care continuity[tiab] OR continuum of care[tiab] OR care continuum[tiab] OR continuity	710

	of care[tiab] OR discontinuity of care[tiab] OR continuity[ti] OR discontinuity[ti])	
	3 – 7 (OR)	1,436
Mesh/FT	"Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR primary care[tiab] OR primary health care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR general practice[tiab] OR GP[tiab] OR general practitioner*[tiab] OR general physician*[tiab] OR family physician*[tiab] OR family practitioner*[tiab]	389,034
	8 AND 9	1,169
Mesh/FT	10 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	22 (14)

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Vetenskapligt stöd för läkarkontinuitet

Här följer resultatsammanställningen av de sju inkluderade systematiska litteraturöversikterna som ger stöd för betydelsen av att erbjuda fast läkarkontakt för patienten, för läkaren och för hälso- och sjukvården. Här används begreppet relationell-, person-, personlig- eller läkarkontinuitet beroende på studie och studierna har bedömts vara relevanta för en svensk kontext.

I en systematisk litteraturöversikt av Damarell och medförfattare (2020)⁶⁶ där de studerat vilka strategier specialister i allmänmedicin använder för att hantera olika utmaningar för att ge god vård till personer med omfattande vårdbehov eller patienter med flera diagnoser. Studien inkluderade 33 studier från 14 länder och där strategier för att möta utmaningarna identifierades, där den metod som användes mest och prioriterades var en patient-centrerad och en relationell kontinuitet. En långvarig relation (läkarkontinuitet) visade sig gynna ett ömsesidigt förtroende mellan patient och läkare, gav läkaren en ökad insyn i patientens unika förutsättningar och möjlighet att ta del av varje individs förmåga att hantera sin sjukdom och sina mål i livet.

Engström och kollegor⁶⁷ undersökte i en studie om allmänmedicinen är en effektiv vårdform (2001), genom att besvara frågan i en systematisk litteraturöversikt med 45 studier. Resultatet visade att personlig eller relationell kontinuitet av läkare, genom att patienten fick välja vilken allmänläkare hen ville ha; ökade patientnöjdheten, minskade användningen av akutsjukvård,

⁶⁶ Damarell, R.A., Morgan, D.D, Tieman, J.J. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. BMC Fam Pract. 2020; 21(1):131.

⁶⁷ Engström, S., Foldevi, M., Borgquist, L. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care.2001; Jun;19(2):131-44.

inläggningar i den specialiserade vården minskade och att läkarkontinuitet var förenat med lägre kostnader. För patienter med kroniska sjukdomar som högt blodtryck, diabetes, ryggont i ländryggen och icke-akuta akutmottagningsbesök visade resultatet att primärvårdsläkare (specialister i allmänmedicin) kan erbjuda vård som är i jämförbar kvalitet och det billigare i jämförelse med andra medicinska specialister.

Hudson och kollegor⁶⁸ genomförde en översiktsstudie (2019) av 18 inkluderade artiklar med mixad metod (inkluderade både kvalitativ och kvantitativ data) för att undersöka betydelsen av relationell- och informationskontinuitet i vården för patienter och deras informella vårdare som fick respektive gav palliativ vård. Utfallsmåtten som studerades var: att få vårdas på önskad plats för döendet, antal sjukhusvistelser och nöjdhet med den palliativa vården. Vårdpersonals, inklusive läkares, upplevelser av kontinuitet inkluderades inte, vilket var en begränsning med studien.

Resultatet visade att när kontinuiteten fungerade för patienter och deras informella vårdare, som att när patienten upplevde sig som ”känd” av vården upplevde hen sig vara trygg. Även betydelsen av att ha låg relationell kontinuitet i vården beskrevs. Patienten och vårdaren beskrev att när läkarkontinuiteten saknades och när det var många aktörer involverade visste varken patienten eller den informella vårdaren hur de skulle agera. Situationen utan kontinuitet beskrevs som komplicerad och upplevdes som osäker, en osäkerhet om hur och när de skulle få tillgång till vård härnäst, särskilt utanför kontorstid upplevdes som otryggt. Resultatet visade också att om vårdplanen (informationskontinuitet) generellt var dåligt känd eller dåligt kommunicerad mellan primärvården och den specialiserade vården, fick det känslomässig påverkan på patienten och beskrevs som ytterligare en börda.

Studien konstaterar att trots den kända betydelsen av kontinuitet både för patientrelaterade hälsoutfall och för hens upplevelser är kontinuitet inte alltid inkluderad i interventionerna eller åtgärderna som vården ger i lika hög utsträckning som andra aspekter av hälso- och sjukvården. Kontinuitet ses ibland mer som ett utfall än som en integrerad del av hälso- och sjukvårdsprocessen.

Pereira och medförfattare (2018)⁶⁹ undersökte kontinuiteten av läkare i vården (primärvården) och hur det påverkade patientens liv och död. Läkarkontinuitet i primärvården är sedan tidigare associerat med ökad patientnöjdhet, ökad följsamhet till hälsofrämjande insatser och bättre efterlevnad till medicinskrådgivning samt minskat behov av sjukhusvård hos patienter. I den aktuella studien inkluderades 22 studier i den systematiska översikten och dessa kom från nio olika länder. Trots heterogeniteten bland studierna när det gällde kontinuitets- och dödlighetsmått samt olika mätningar framkom ett statistiskt säkerställt resultat i drygt 80 % av de inkluderade studierna. Det visade en minskad dödlighet hos patienter när det finns en läkarkontinuitet (både för specialister i allmänmedicin men även för andra specialister). Den

⁶⁸ Hudson, B.F., Best, S., Stone, P., Noble, T.B. Impact of informational and relational continuity for people with palliative care needs: a mixed methods rapid review. *BMJ Open*. 2019; May 29;9(5).

⁶⁹ Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., Evans, P. H. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 2018, Jun 28; 8(6).

systematiska översikten visade att trots många tekniska framsteg inom medicin, så är läkarkontinuitet i vården är en viktig del av den kliniska verksamheten och är också potentiellt en fråga om liv och död för patienter.

Ridd och medförfattare⁷⁰ undersökte betydelsen av patient-läkarrelationen med fokus på patientrelaterade utfallsmått i en systematisk litteraturöversikt från 2009. Studien inkluderade 11 studier från fyra länder och de fann att få träffa samma läkare och patientens möte med läkaren är de två processer som främjar relationen. Även kvaliteten (djupet) på patient-läkarrelationen visade sig bestå av fyra delar som gynnades ömsesidigt för både läkaren och patienten och det var; kunskap, förtroende, lojalitet och hänsyn.

Studien framhåller också att relationen mellan patient och läkare är ett viktigt område för vården, särskilt för primärvården. Men det är också ett komplext område som betyder olika saker för olika människor och som en konsekvens av det har forskningen inom området varit fragmenterad.

I en systematisk översiktsstudie av Rolfe och medförfattare (2014)⁷¹ har de undersökt åtgärder för att förbättra patienters förtroende för läkare och för grupper av läkare i tio studier. Resultatet var motstridigt och det visade sig att det är otillräckligt med kunskap om vilka interventioner för patienter som ökar och/eller minskar förtroendet för läkare. Förtroende är en central del av patient-läkarrelationen och är associerad med hög patientnöjdhet, följsamhet till behandling och för kontinuitet i vården.

Nitton studier inkluderades i den systematiska litteraturöversikten som Sans-Corrales och medförfattare⁷² gjorde 2006. Syftet var att identifiera de områden eller komponenter i primärvården och i allmänmedicin som påverkar det primära resultatet mätt med utfallsmått som; patienttillfredsställelse, förbättrad patienthälsa och kostnader. Resultatet visade att patientnöjdhet var associerad med en högre tillgänglighet till primärvård (helst samma dag), kontinuitet (samma husläkare eller specialist i allmänmedicin över en längre period), längre konsultationstid (längre än 10 minuter) och fungerande läkare-patient relation. En förbättring av patientens hälsa var också relaterad till kontinuitet, konsultationstid och relationen mellan läkare och patient samt genomförandet av förebyggande åtgärder. Koordinering och samordning av vård visade blandade resultat för patientens hälsoutfall. Kontinuitet, konsultationstid, läkar-patientkommunikation och förebyggande aktiviteter var kostnadseffektivt för primärvården.

Mer specifikt observerades associationen mellan relationskontinuiteten, som att ha samma husläkare över en långvarig tidsperiod och bättre hälsoindikatorer hos patienter. Patienterna som träffade samma läkare hade lägre grad av ryggsmärtor, färre infarkter, färre leversjukdomar och lägre grad av problem med magsår. På samma sätt visade sig läkare som hade långvariga patientrelationer en bättre förmåga att hantera akuta och kroniska problem som psykosociala problem hos patienterna, att de kunde ägna mer uppmärksamhet till prevention och förebyggande arbete inom områden som kost, vikt,

⁷⁰ Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., Salisbury, C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British journal of general practice*, 2009 Apr;59(561):e116-33.

⁷¹ Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., McKinstry, B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, Mar 4;2014(3).

⁷² Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gené-Badia, J., Pasarín-Rua, M. I., Iglesias-Pérez, B., Casajuana-Brunet, J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family practice*, 2006 Jun;23(3):308-16.

rökavvänjning, vaccination, blodfetter, blodtryck och alkoholkonsumtion. Att ha samma läkare var också relaterat till ett mer effektivt genomförande av de förebyggande aktiviteterna, vilket även resulterade i en minskning av sjukligheten och dödligheten hos patienterna. Patienter med längre läkarkontinuitet i primärvården hade färre sjukhusvistelser, färre dagar i intensivvård, kortare sjukhusvistelser och lägre andel av akutinläggningar.

Samband identifierades även mellan läkarkonsultationernas längd och patienters hälsoutfall. När konsultationstiden var längre uppnådde patienter med diabetes, astma och hjärt-kärlsjukdomar bättre sjukdomskontroll. Läkarna i sin tur som hade möjlighet till längre konsultationstid kunde identifiera och behandla fler kroniska och psykosociala hälsoproblem hos patienterna. Läkarna kunde också se en större följsamhet hos patienterna till behandlingarna, läkarna kunde också ge fler aktiva och passiva råd, genomföra fler förebyggande åtgärder för att främja bättre hälsa, ordinera mindre mängd med läkemedel och tillhandahålla bättre kvalitet på rekommenderad behandling till patienterna.

REMISSVERSION

Bilaga 3. Intervjufrågor till regionerna

Intervjufrågor

Resultatet på fråga 1–7 redovisas i rapporten Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt, Socialstyrelsen 2020. Fråga 8 har varit central för Socialstyrelsens kartläggning av huvudmännens och beställarnas behov av stöd i deras arbete med omställningen mot en god och nära vård.

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?
 - 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?
 - f. Kan både vårdgivare och region ta ut information ur systemet om var olika invånare är listade? (samt vem som är olistad)
 - g. Finns det i systemet också uppgift om patienten är listad på en specifik läkare, och i så fall vem?
 - h. Vilka andra bakgrundsuppgifter om patient finns tillgängliga tillsammans med listningsinformationen?
 - i. 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:
 - j. Antal och andel patienter med en fast läkarkontakt?
 - k. Vilka patienter som får en fast läkarkontakt (med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov)?; och
 - l. Hur många patienter en fast läkarkontakt ansvarar för?

- m. 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 följande⁷³:
- n. Hur information ska ges till patienter om rätten att välja en fast läkarkontakt?
 - o. Registrering/rapportering om patienterna informerats samt vilket val patienten gjort? Hur sker i så fall detta?
 - p. Prioritering av vilka patienter som ska få tillgång till en fast läkarkontakt utifrån behov?
 - q. Hur många patienter en fast läkarkontakt i genomsnitt kan/bör vara ansvarig för?
 - r. Specialistkompetens för funktionen fast läkarkontakt (vilken specialitet? under ST-tjänstgöring?), anställningsform (tillsvidare?), annat?
 - s. Hur fast läkarkontakt ska hanteras i relation till personer som har kommunal hemsjukvård respektive bor i särskilt boende?
 - t. Vad patienten kan förvänta sig av en fast läkarkontakt?
7. Följer regionen upp vårdgivarnas tillhandahållande av fast läkarkontakt? På vilket sätt?
8. Stöd i arbetet med fast läkarkontakt:
- u. 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.

⁷³ Exempelvis i förfrågningsunderlag och uppföljningsdokument eller motsvarande.

Bilaga 4. Deltagare i arbetet

Myndighetssamråd

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
- Inspektionen för vård och omsorg

Organisationer

- Sveriges kommuner och regioner
- Regionala samverkans och stödfunktionen
- Nationellt programråd för primärvård

Intervjuer med regioner (beställarsidan för primärvård), verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer vid vårdcentraler

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 läkar-kontakt.

- Blekinge
- Halland
- Jämtland Härjedalen
- Kalmar
- Norrbotten
- Skåne
- Uppsala
- Värmland
- Västerbotten
- Västra Götaland
- Östergötland

Regioner (beställare och utförare av primärvård) som deltagit i utvecklandet av och användbarheten av de stödjande materialen

- Region Jämtland Härjedalen

- Region Skåne
- Region Kalmar

Dialogmöte med patientföreningar

- Parkinsonförbundet
- Alzheimer Sverige
- Strokeförbundet
- NSPH – Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Dialogmöte med professionsorganisationer

- Läkarförbundet
- Svensk förening för allmänmedicin
- Svenska läkarsällskapet
- Svensk distriktsläkarförening
- Svensk förening för glesbygdsmedicin
- Svensk sjuksköterskeförening
- Distriktsköterskeföreningen
- Vårdförbundet
- Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering

REMISSVERSION