

Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt

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 2021-12-7726

Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2022

Förord

Regeringen beslutade i april 2020 om ett nytt samlat uppdrag till Socialstyrelsen 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, delvis, och S2020/03319/FS, delvis). 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, verksamhetschefer och vårdgivare 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 möjlighet att välja 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, Anna Granath och Lovisa Wihk. Maria Alvinsson Hilberth har varit ansvarig enhetschef vid avdelningen för Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Om fast läkarkontakt – bakgrund.....	8
Syftet med vägledningen.....	8
Viss rättslig reglering.....	8
Patientperspektiv	11
Patientens behov av kontinuitet.....	11
Patientföreningar	16
Region- och verksamhetsperspektiv	17
Regionernas uppdrag med att utveckla läkarkontinuiteten i primärvården	17
Ett exempel från primärvården – arbetssätt med fast läkarkontakt	26
Vägledning för fast läkarkontakt – Borgholms hälsocentral	26
Socialstyrelsens kunskapsstödande material om fast läkarkontakt.....	28
Meddelandeblad	28
Frågor och svar.....	28
Utvecklingsarbete om fast läkarkontakt – Material för arbetsplatsträff på vård- eller hälsocentral (powerpoint).....	28
Planeringsverktyg – stöd för arbete med fast läkarkontakt	28
Läs vidare – fler kunskapsstödande skrifter	30
Bilaga 1. Omställningen till en god och nära vård.....	31
Bilaga 2. Metodbeskrivning och genomförande.....	34
Bilaga 3. Litteratursökning av systematiska översikter	37
Bilaga 4. Intervjufrågor till regionerna	42
Bilaga 5. Deltagare i arbetet.....	44

Sammanfattning

Kontinuitet i primärvården är en kvalitetsaspekt som kan vara central för att befolkningen ska uppleva primärvården som värdefull. Andelen av befolkningen som upplever sig ha en fast läkarkontakt på vårdcentralen är låg. I det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården till en nära vård finns därför ett tydligt fokus på att öka kontinuiteten i primärvården.

Fast läkarkontakt i primärvården syftar bland annat till att öka den relationella kontinuiteten i kontakten mellan patienter och läkare i primärvården. Alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna 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. En god kontinuitet gör att läkaren känner sina patienter och kan göra säkrare bedömningar av patientens hälsotillstånd. 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 funktionen och arbetssättet samt bidra till att fler patienter i primärvården ges möjligheten att välja en fast läkarkontakt. Stödet vänder sig till regioner, verksamhetschefer och vårdgivare inom primärvården och kan användas som ett kunskapsunderlag till det lokala utvecklingsarbetet. Vägledningen bygger på aktuella bestämmelser, relevant litteratur och erfarenheter samt material från regioner, primärvården och professions- och patientföreningar.

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. Exempel ges på hur funktionen och arbetssättet kan användas och används i praktisk klinisk verksamhet.

Utöver denna vägledning har Socialstyrelsens tagit fram annat material till stöd för vård- och hälsocentraler och dess verksamhetschefer samt regioner att planera verksamheten för att få en rimlig fördelning av patienter och för att stödja verksamhetens teamarbete kring patienter. Stödet består av följande delar:

- Meddelandeblad Nr 4/2021, juli 2021 *Fast läkarkontakt m.m.*
- Frågor och svar om fast läkarkontakt
- Reflektionsmaterial för arbetsplatsträffar och andra planeringstillfällen
- Planeringsverktyg för kartläggning och dimensionering av fast läkarkontakt
- Introduktion till stödmaterial för arbetssättet fast läkarkontakt.

Om fast läkarkontakt – bakgrund

I detta avsnitt – *Om fast läkarkontakt – bakgrund* – beskrivs den rättsliga regleringen av fast läkarkontakt. I Bilaga 1 finns en kortfattad beskrivning av omställningen till en god och nära vård, vad primärvård är, både den som är finansierad av regionen och den som finansieras av kommunen, samt samverkan mellan huvudmännen.

Syftet med vägledningen

Denna vägledning eller kunskapsunderlag syftar till att öka kunskapen om fast läkarkontakt och bidra till att stödja den pågående utvecklingen av funktionen och arbetssättet. Målet är att fler patienter i primärvården erbjuds fast läkarkontakt. Stödet kan användas av regioner och av vårdcentraler och dess verksamhetschefer som ett kunskapsunderlag till det lokala utvecklingsarbetet med kontinuitet för patienter och i arbetet med rutiner för fast läkarkontakt.

Viss rättslig reglering

Regeln om fast läkarkontakt har sitt ursprung i den numera upphävda lagen (1993:588) om husläkare. Nu regleras detta i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 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 patientlagen framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.¹ Patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt.²

I förarbetena till regleringen om fast läkarkontakt beskrivs vad funktionens ansvar är. Fast läkarkontakt ska:

- ansvara för att patienten undersöks
- så långt det är möjligt ställa diagnos
- se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver
- vidta andra åtgärder som kan vara nödvändiga
- ge patienten vägledning i övriga kontakter med hälso- och sjukvården
- samordna vidtagna utrednings- och behandlingsåtgärder, om det krävs
- informera patienten om dennes hälsotillstånd och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga samt vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämplig

¹ 6 kap. 3 § patientlagen.

² 3 kap. 2 § 1 patientlagen.

- se till att patienten har en möjlighet att samråda om, och påverka vården och behandlingen.³

Regionen får inte begränsa den enskildes val av fast läkarkontakt till ett visst geografiskt område inom regionen.⁴ 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.⁵ Även tidigare har det framhållits att den enskilde skulle ges möjlighet att välja en läkare som är verksam i en annan region. Det var dock genom införandet av patientlagen år 2015 som det blev reglerat att en patient ska kunna välja en fast läkarkontakt även i andra regioner.⁶

Det kan finnas situationer där valet av läkare kan begränsas av praktiska skäl. Enskilda läkares arbetsbelastning kan sätta gränser för läkarvalet. I glest befolkade delar av landet kan möjligheterna vara begränsade att välja mellan flera olika läkare, inom ett rimligt geografiskt avstånd. Regionerna måste även kunna begränsa hembesök, eller kräva att patienten själv står för resekostnaden till mottagningen, om patienter som har andra alternativ väljer en läkare långt från bostadsorten. Patienten bör informeras om de villkor som gäller i samband med sitt val.⁷

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.⁸

Fördjupning om bestämmelsen om fast läkarkontakt

Betydelsen av personkontinuitet i primärvården för patienten beskrivs i förarbetena till bestämmelserna om fast läkarkontakt. I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* framförs att personkontinuiteten eller den relationella kontinuiteten 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. Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan...

...En tillitsfull patient-läkarrelation kan 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. Dessutom ger en tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp

³ Prop. 1994/95:195 s. 41 f.

⁴ 7 kap. 3 § första stycket HSL.

⁵ Prop. 1997/98:189 s. 31.

⁶ Prop. 1997/98:189 s. 23 och s. 31 f. och prop. 2013/14:106 s. 93 samt 8 kap. 3 § HSL.

⁷ Prop. 1997/98:189 s. 23 och s. 32.

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

potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan samt främjar ökad delaktighet.”⁹

Även om bestämmelserna har funnits i många år har det varit en lägre andel av befolkningen som beskrivit att de har en fast läkarkontakt i primärvården.¹⁰

Regeringen har ambitionen att andelen i befolkningen som har en fast läkarkontakt i primärvården ska öka.¹¹

Eventuellt framtida reglering

I propositionen *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, som regeringen beslutat i december 2021, föreslås att val av vårdcentraler och motsvarande vårdenheter ska ske genom listning. Den enskilde ska kunna välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den vårdcentral där hen är listad samt få information om den möjligheten.

Regeringen föreslår också att regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning (listningstjänst). Listning ska endast göras hos utförare som bedriver verksamhet i en regions regi eller som har kontrakt med en region. Om särskilda skäl saknas får den enskilde inte byta utförare oftare än två gånger om året. Vårdgarantin gäller enbart där den enskilde är listad.

Vidare föreslås en lagstadgad möjlighet till listningstak, det vill säga en tillfällig begränsning av antalet listade patienter på en vårdcentral.

Regeringen föreslår att HSL och patientlagen ändras i enlighet med förslagen. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.¹²

⁹ Prop. 2019/20: 164 s. 29-30.

¹⁰ Allmän tillgång? – Ett kunskapsunderlag för en stärkt, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018., Fast kontakt i primärvården - Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021., Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder och Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

¹¹ Prop. 2019/20:164 s. 30.

¹² Prop. 2021/22:72.

Patientperspektiv

Detta avsnitt – *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.

Patientens behov av kontinuitet

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 patientens vård. Ett exempel är att bilda ett team runt patienten. En fast läkar- eller fast vårdkontakt kan här bidra till att vården för patienter med komplexa behov anpassas till patientens individuella situation.¹³ Verksamheten, oavsett huvudman, kan behöva ta hänsyn till ansvarsfördelning och samordning genom att reflektera över följande frågeställningar:

- Hur kan teamet möta upp 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, förutsättningar 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.¹⁴ Det behöver således finnas ett flexibelt system utifrån patientens behov.

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 vara en fast vårdkontakt eller stå för den relationella kontinuiteten om patienten periodvis har behov av tätare kontakter med någon av dem. Hur de olika funktionerna, som den fasta läkarkontakten i primärvården och den eller de fasta vårdkontakterna (som kan finnas både i den specialiserade vården

¹³ Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Socialstyrelsen; 2017.

¹⁴ Prop. 2019/20:164 s. 83.

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.

Människor har olika behov av hälso- och sjukvård vid olika tidpunkter och i samband med olika vårdhändelser. Det kan i sin tur påverka vilka behov av kontinuitet den enskilde har i sina kontakter med vården och på vilket sätt. Behoven av kontinuitet ur flera olika aspekter som – relationell kontinuitet, informationskontinuitet, koordinationskontinuitet och longitudinell kontinuitet – kan ibland aktualiseras parallellt. Den närmare innebörden av begreppen beskrivs nedan. En patient med kroniska sjukdomstillstånd kan vilja ha en kontinuerlig relation med en läkare eller annan vårdpersonal samtidigt som enstaka vårdhändelser 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.

Även i den pågående omställningen i svensk hälso- och sjukvård till en god och nära vård betonas kontinuitet i primärvården som en viktig del. I den överenskommelse som regeringen har slutit med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 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.*¹⁵

Kontinuitet och fast läkarkontakt

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.¹⁶

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har utgått från kontinuitetsbegreppet i sin studie Primärt i vården.¹⁷ 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.

¹⁵ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

¹⁶ Kontinuitet i vården. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 329., Se Bilaga 3 Litteratursökning av systematiska litteraturoversikter för referenserna; Damarell et al, 2020; Engström et al, 2001; Hudson et al, 2019 och Pereira et al 2018.

¹⁷ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020. Rapport 2020:9.

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 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 journalinformation och sammanhållen journalföring.

Koordinationskontinuitet

Koordinationskontinuitet syftar till att team samarbetar över vårdgränser för att patienten ska få den vård som patienten har behov av. Riktlinjer och vårdprogram och samordnade vårdplaner kan vara främjande. Riktlinjer och vårdprogram 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. Den främjas att vården ges från så få som möjligt utifrån patientens behov.

Patienters upplevelse av kontinuitet inom primärvården

Vård- och omsorgsanalys har undersökt befolkningens syn på fasta kontakter inom hälso- och sjukvården.¹⁸ 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 högst, även till icke-akuta besök. Många som anser att det är viktigt att ha en fast kontakt har det inte i dag. Resultatet visar dock att en hög andel av befolkningen har en ordinarie vårdcentral (ca 90 procent) samtidigt som endast en tredjedel har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt. 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. Personer med fast läkarkontakt uppger i

¹⁸ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020. Rapport 2020:9.

högre utsträckning att de får vara delaktiga i sin behandling jämfört med personer som inte har en fast läkarkontakt.¹⁹

Vård- och omsorgsanalys har också 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.²⁰ 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 – jämfört med andra länder, som anger att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de går till. Drygt hälften av de svarande patienterna anger att de får hjälp av sin ordinarie läkare med att koordinera eller planera sin vård.

Patienters erfarenheter av relationell kontinuitet vid vårdcentralen

Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska, som de vanligtvis går till, dvs. relationell kontinuitet, 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.²¹

Socialstyrelsen har inom ramen för arbetet med vägledningen genomfört en systematisk litteratursökning om läkarkontinuitet i primärvården och betydelsen av det för patienten, läkaren och vården i stort. Resultatet av den återfinns i Bilaga 2. Summerat visar de systematiska litteraturoversikterna att det finns vetenskapligt stöd för positiva effekter av läkarkontinuitet för patientens upplevelse av trygghet, förtroende och nöjdhet med vården.

Exempel på arbetssätt för ökad delaktighet och möjlighet att få information om fasta kontakter

Nedan ges ett exempel på hur patienten kan involveras och bli mer delaktig genom patientkontrakt samt hur andelen av patienter som har fasta kontakter inklusive fast läkarkontakt i primärvården kan öka.

¹⁹ Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020..

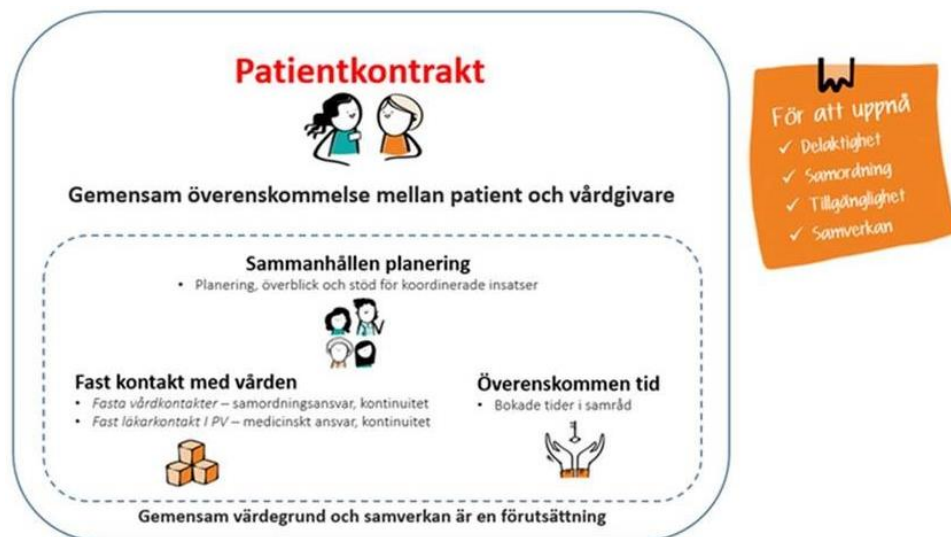
²⁰ Vården ur befolkningens perspektiv 2020 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

²¹ Vården ur befolkningens perspektiv 2020 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:4.

Patientkontrakt – en gemensam överenskommelse

Regeringen och regionerna har kommit överens om att införa patientkontrakt. Med patientkontrakt menas en sammanhållen planering av 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.²²

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.²³ Patientkontrakt kräver ett strukturerat och långsiktigt arbete som utmärks av helhetssyn och individanpassning av patientens vårdinsatser utifrån lokala och regionala förutsättningar.²⁴



Källa bild: Sveriges Kommuner och Regioner

Det finns ingen rättslig reglering kring patientkontrakt. I delbetänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslås att det ska regleras i patientlagen att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter som är planerade. Det ska också framgå vem eller vilka som är patientens fasta vårdkontakter.²⁵

²² 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.

²³ SKR. Hämtad 2021-12-15 från <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html>.

²⁴ Prop. 2019/20:164 s. 26.

²⁵ God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) s. 208.

Patientföreningar

För att få ytterligare förståelse för vad som är viktigt ur ett patient- och närstående perspektiv i relation till kontinuitet i primärvården och i det stödjande arbetet med fast läkarkontakt bjöd Socialstyrelsen in ett antal patientorganisationer till ett dialogmöte våren 2021. Resultatet visar flera aspekter kring förväntningar på en fast läkarkontakt som kan användas som exempel på områden för det regionala utvecklingsarbetet. Bland annat nämndes värdet av relationell kontinuitet (som fast vårdkontakt och fast läkarkontakt) och att en tänkbar effekt kan bli att som patient inte behöva återberätta sin historik. Det kan i sin tur bidra till trygghet och känslan av att någon har en helhetssyn av mig som patient enligt patientföreningarna.

Det lyftes också fram att den relation som kan skapas mellan patienten och den fasta läkarkontakten kan bidra till känslan av trygghet. Dock nämndes det att ur ett patientperspektiv var det viktigt att få möjligheten att byta fast läkarkontakt om patienten upplever att relationen inte fungerar på ett värdeskapande sätt.

Patientorganisationerna beskrev vidare att det finns en upplevelse av att det idag saknas viss information kring fast läkarkontakt. Det som nämndes och efterfrågades ur ett information- och kommunikationsperspektiv var bland annat en tydlighet i den fasta läkarkontaktens roll och hur rollen förhåller sig till andra vårdkontakter. De lyfte även fram vikten av att få veta vem ens fasta läkarkontakt är, hur man kommer i kontakt och när den fasta läkarkontakten kan finnas tillgänglig.

Med hänsyn till värdet av kontinuitet som den fasta läkarkontakten kan bidra till beskrev patientorganisationerna utmaningen kring dagens läkarbrist och vikten av att läkaren stannar kvar på vårdcentralen för att kunna verka som den fasta läkarkontakten för patienter i behov.

Region- och verksamhetsperspektiv

Detta avsnitt – *Region- och verksamhetsperspektiv* – beskriver områden som är centrala för arbetet med det lokala utvecklingsarbetet med kontinuitet i primärvården och med funktionen fast läkarkontakt. Målbeskrivningen för allmänmedicin som berör kontinuitet lyfts fram och kan användas i regionernas arbete med att definiera uppdraget för den fasta läkarkontakten och lokala rutiner. Även hur ST-läkare under sin specialistutbildning utvecklas i att arbeta utifrån kontinuitet beskrivs. Resultatet av myndighetens arbete med att följa utvecklingen av fast läkarkontakt återges kortfattat. Detta med syftet att kunna användas för reflektion, diskussion och i det fortsatta utvecklingsarbetet i den egna regionen eller verksamheten. Avsnittet avslutas med hur professionsorganisationerna ser på fast läkarkontakt och bemanning.

Regionernas uppdrag med att utveckla läkarkontinuiteten i primärvården

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 vårdprocessen. 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 specialistläkare i allmänmedicin kontinuerligt verksamma i primärvården är avgörande för utvecklingen där primärvården är navet i hälso- och sjukvården.²⁶ Det är naturligt att den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården.²⁷ Regeringen gör bedömningen att staten på ett ändamålsenligt sätt bör stödja att fler läkare kan specialisera sig i allmänmedicin.²⁸ Även andra läkare än specialistläkare i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt inom primärvården.

Stöd till regioner och verksamheter

I överenskommelsen om god och nära vård mellan regeringen och SKR för 2021 beskrivs att medel avsätts för arbetet med att säkerställa att patienter som önskar en namngiven fast läkarkontakt i primärvården ska få möjlighet att välja en sådan, kopplad till den utförare som patienten har valt. För att få del av medlen ska regionerna bland annat utarbeta rutiner för dokumentation

²⁶ Prop. 2019/20:164 s. 59.

²⁷ Prop. 2019/20:164 s. 70.

²⁸ Prop. 2019/20:164 s. 58.

och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt för att kunna följa utvecklingen över tid. Regionerna ska också arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.²⁹

Socialstyrelsen har tidigare inom arbetet med att följa utvecklingen av fast läkarkontakt kartlagt hur regionerna arbetar med fast läkarkontakt genom intervjuer och genom att ta del av regionernas förfrågningsunderlag för att bedriva primärvård eller motsvarande dokument. Även verksamhetschefer vid ett urval av vårdcentraler har intervjuats för att få del av hur de arbetar lokalt, hur de ser på möjligheterna med att fler får fast läkarkontakt och vilket behov av stöd de har från myndigheten. Resultatet visar att regionerna har kommit olika långt i arbetet med att specificerat vilket uppdrag, ansvar eller vilka befogenheter en fast läkarkontakt har i regionen. Myndigheten följer fortsatt utvecklingen och har förhoppningen att det samlade nationella stödet både från Sveriges Kommuner och Regioner och från myndigheten kan utgöra stöd för det lokala arbetet i regioner och vid vårdcentraler.³⁰

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.

²⁹ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

³⁰ Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2020.

- 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 hen 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.

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 Vård- och omsorgsanalysrapport 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 2019 mellan 49 och 83 per 100 000 invånare mellan regionerna.³¹

Enligt Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård 2020 bedömde samtliga regioner hösten 2019 att de hade brist på specialister i allmänmedicin inom sina verksamheter.³² Vidare 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.³³

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.³⁴

³¹ Socialstyrelsens statistikdatabas. Hämtad 2021-12-20 från https://sdb.socialstyrelsen.se/lf_per/val.aspx.

³² Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård- Nationella planeringsstödet 2020. Socialstyrelsen; 2020.

³³ Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård- Nationella planeringsstödet. Socialstyrelsen; 2020.

³⁴ SKR. Bemannings-trend 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.

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.³⁵ Ett av dem är patientkontakt som beskrivs i avsnittet om patientperspektivet.

Hur tolkas begreppet fast läkarkontakt

I arbetet med att ta fram lokalt stöd för fast läkarkontakt kan det första steget för regionen vara att utifrån lokala behov och förutsättningar beskriva vad begreppet fast läkarkontakt betyder och det för olika sammanhang. Det vill säga definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.³⁶ Inom vilka områden behöver begreppet tydliggöras, för vem eller vilka funktioner och på vilket sätt? Detta mot bakgrund av resultatet av Socialstyrelsens tidigare kartläggning av möjligheterna att nationellt följa utvecklingen av fast läkarkontakt i regionerna. Begreppet fast läkarkontakt tolkas olika i regionerna och av olika aktörer.³⁷ 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. Resultatet visar även 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.

I en överenskommelse mellan regeringen och SKR framgår bland annat att en fast läkarkontakt i primärvård ska syfta till en ökad kontinuitet i vården. Därför är det viktigt att arbetet med att möjliggöra för patienterna att få välja en fast läkarkontakt inte reduceras till ett ”mått” eller annan administrativ åtgärd som saknar betydelse för en relationell kontinuitet.³⁸

Patientsäkerhet vid relationell kontinuitet

Patientsäkerhet är ett annat centralt område att ta med i utvecklingsarbetet med kontinuitet både i omställningen mot en nära vård, liksom i arbetet med fast läkarkontakt i primärvården och för patientens delaktighet.

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.³⁹

³⁵ SKR. Hämtad 2021-12-02 från https://skr.se/skr/tjanster/lanandexempel.27322.html?query=%3A*.

³⁶ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

³⁷ Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2020.

³⁸ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021-En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

³⁹ Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 – Agera för säker vård. Socialstyrelsen; 2020.

Sedan tidigare finns stödjande material för att arbeta med patientsäkerhet, samverkan och kontinuitet (för huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal samt för patientens delaktighet), se Samlat stöd för patientsäkerhet.⁴⁰

Socialstyrelsen har konstaterat att det finns ett samband mellan brister i bemanning, brister i kompetens och risk för vårdskador. Bemanning med tillräckligt antal personer med adekvat kompetens är associerad med lägre risk för mortalitet och avvikande händelser. Vidare påverkar arbetsmiljön patientsäkerheten.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 personal. Det förväntas även bidra till en ökad kontinuitet i primärvården. En bättre kontinuitet medför förbättrade möjligheter som patient att få sina behov tillgodosedda och vara aktivt delaktig i sin vård. Regeringen bedömer att en större kontinuitet i primärvården och en förbättrad kompetensförsörjning kan bidra positivt till patientsäkerheten.⁴²

Arbetsmiljöns betydelse för fast läkarkontakt

Regeringen har i det aktuella regeringsuppdraget till Socialstyrelsen även uppmärksammat läkarna i primärvårdens arbetsmiljö genom att lyfta dess betydelse för att kunna arbeta som fast läkarkontakt.^{43 44} I regeringsuppdraget anges att antalet patienter som en fast läkarkontakt kan ansvara för bör kunna variera beroende 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.
- 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.

⁴⁰ Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. Hämtad 2021-12-02 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/>.

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

⁴² Prop. 2019/20:164 s. 110-113.

⁴³ Regerings uppdrag till Socialstyrelse gällande att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS, delvis, och S2019/03056/FS, delvis).

⁴⁴ Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS, S2019/03056/FS).

Socialstyrelsens har fått i uppdrag av regeringen att ta fram ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt. Det beskrivs i ett avsnitt längre fram i Vägledningen.

Patienters behov av att få information om och möjligheten att få välja en fast läkarkontakt

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 innebär att man i möjligaste mån får träffa sin fasta läkarkontakt varje gång man besöker sin vårdcentral för sin grundsjukdom och att läkaren i fråga samordnar vården mellan olika vårdenheter. Enligt patientlagen ska patienten informeras om sin möjlighet att välja fast läkarkontakt.⁴⁵ Det kan behövas rutiner hos vårdgivarna för att den informationen ska nå patienterna, oavsett om de bor i ordinärt boende, bor på de särskilt boende eller om de har hemsjukvård. 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.⁴⁶ Kommuner har som regel inte möjlighet att anställa läkare för den egna hälso- och sjukvårdsverksamheten.⁴⁷ Istället tecknas avtal med den regionfinansierade primärvården för att få tillgång till läkarkompetens.⁴⁸ Vårdcentralen utser ofta läkare med särskilt ansvar för läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården (hemsjukvård i ordinärt respektive i särskilt boende).

En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.⁴⁹ En patient kan ha behov av olika former och funktioner av kontinuitet. Förutom att patienten ska ges information om möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården⁵⁰ kan verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef om en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.⁵¹ Patienten ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt.⁵² Socialstyrelsen publicerade 2012 ett meddelandeblad om fast vårdkontakt, med fokus på verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning.⁵³ Myndigheten har även tagit fram en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.⁵⁴ Vägledningen om fast vårdkontakt kan också användas tillsammans med det samlade materialet om fast läkarkontakt (beskrivs översiktligt i det sista kapitlet i föreliggande vägledning).

⁴⁵ 3 kap. 2 § 1 patientlagen.

⁴⁶ 7 kap. 3 § första stycket HSL.

⁴⁷ 12 kap. 3 § HSL.

⁴⁸ 16 kap. 1 § andra stycket HSL.

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

⁵⁰ 3 kap. 2 § 1 patientlagen.

⁵¹ 4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § patientlagen.

⁵² 3 kap. 2 § 2 patientlagen.

⁵³ Meddelandeblad Nr 9/2012 Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning.

⁵⁴ Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – nationell vägledning. Socialstyrelsen; 2017.

Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt

Socialstyrelsen följer utvecklingen

Socialstyrelsen har uppdraget att följa omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner, med utgångspunkt i överenskommelserna om God och nära vård.⁵⁵

I rapporten *Att följa upp fast läkarkontakt* undersöktes bland annat möjligheten att följa upp utvecklingen av fast läkarkontakt både på nationell- och regionnivå.⁵⁶ En av slutsatserna från arbetet är att flera datakällor behövs inkluderas för att kunna få ut ett reellt resultat för hur utvecklingen av funktionen fast läkarkontakt fortskrider i regionerna och i verksamheterna. Det behövs datakällor som tar hänsyn till både patient- och invånarperspektiv samt verksamhetens och medarbetarens perspektiv. Exempelvis lyfts faktorer såsom, ifall en patient själv fått möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården och hur deras faktiska upplevelse av läkarkontinuitet i förhållande till deras behov och preferenser är.

Även betydelsen av att få ta del av medarbetarnas erfarenheter och reflektioner av att arbeta med relationell kontinuitet i form av fast läkarkontakt lyfts fram, som exempelvis läkarnas upplevelser. Verksamheternas perspektiv kring deras förutsättningar för att kunna leva upp till de krav och förväntningar på en fast läkarkontakt som finns samt deras upplevelse av samordning, kvalitet och effektivitet i vården behöver också följas som ett komplement till informationen kring exempelvis antal patienter per läkare.⁵⁷

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. Följande beskrivning kan också bidra i det lokala utvecklingsarbetet med att skapa förutsättningar för funktionen och arbetssättet fast läkarkontakt, dels för läkarprofessionen dels för arbetssätt för teamet på vårdcentralen.

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

Sjuksköterskeförningarna 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

⁵⁵ Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2020- Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikationer. Socialstyrelsen; 2021.

⁵⁶ Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2020.

⁵⁷ Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Socialstyrelsen; 2020.

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 sjuksköterskor 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.

Ett exempel från primärvården – arbetssätt med fast läkarkontakt

I detta avsnitt beskrivs hur en vårdcentral arbetar med fast läkarkontakt.

Vägledning för fast läkarkontakt – Borgholms hälsocentral

Borgholms hälsocentral⁵⁸ på Öland i Region Kalmar län har utvecklat sin verksamhet under flera år för att möta en befolkning som är bland de äldsta i landet. De har fokuserat på ett systematiskt förbättringsarbete och med en hög delaktighet av alla medarbetare. Borgholms hälsocentral har fastställt lokala rutiner för arbetet med fast läkarkontakt. Borgholms hälsocentral har i nära samverkan med Borgholms kommuns medarbetare inom vård och omsorg flyttat sitt arbetssätt närmare invånarna. Arbetssättet har fått namnet ”Hemsjukhuset”. Därutöver har hälsocentralen fokuserat på arbetssätt som stärker samverkan inom enheten samt över organisationsgränser för att uppnå en kostnadseffektiv vård med hög kvalitet och som utgår från invånarens behov.

Fast läkarkontakt

På Borgholms hälsocentral är ambitionen att alla invånare knutna till enheten som har behov och önskar ska få en namngiven fast läkarkontakt. Det finns framarbetade lokala rutiner för hur det handläggs praktiskt. Invånare på Borgholms hälsocentral kan erbjudas en specialistläkare eller en ST-läkare i allmänmedicin som fast läkarkontakt. Antal invånare som läkaren är fast läkarkontakt för anpassas efter tjänstgöringsgrad och uppdrag i verksamheten. ST-läkare får ett mindre antal invånare att vara fast läkarkontakt för när utbildningstiden påbörjas. Antalet utökas under hela utbildningstiden och utifrån handledarens bedömning av de individuella förutsättningarna hos ST-läkaren. När ST-läkaren slutfört sin utbildning och blir specialist inom allmänmedicin har därmed antalet invånare som hen blir fast läkarkontakt redan tydliggjorts.

Hemsjukhuset

Hälso- och sjukvård i hemmet med insatser från både region och kommun, nära samarbete med omsorg och ambulanssjukvård och ett nära samarbete över organisationsgränserna skapar förutsättningar för trygga invånare. Samtliga läkare har dagligen avsatt tid för akuta hembesök vid behov. Dessa hembesök kan bokas av sjuksköterska på hälsocentralen, kommunsjuksköterska, ambulanssjuksköterska eller patienten själv. Det innebär att det ges större

⁵⁸ Exemplet från Borgholms hälsocentral bygger på rapporten Nära vård i Borgholm (SKR 2018). Hämtad 2021-12-07 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-694-0.pdf>, samt kompletterande intervjuer med verksamhetschef Åke Åkesson 2021-02-17, 2021-03-10 samt 2021-04-13.

möjlighet för invånaren att kunna stanna kvar hemma och/eller få vårdinsats på annan plats efter sina behov vid en tidpunkt som passar bäst för insatsen och invånaren. Arbetsättet kompletteras av digitala lösningar, som exempelvis egenmonitorering, för att öka tryggheten hos invånaren att ta större ansvar för sin vård i hemmet.

När en invånare behöver läggas in på sjukhus samverkar primärvårdens läkare med läkaren på aktuell avdelning på sjukhuset (omvänd vårdplanering). Resultatet innebär ett minskat antal inläggningar på sjukhus. Dessutom kan invånarens behov av fler insatser än det akuta, om det är medicinskt och praktiskt möjligt, bli genomförda i samband med inläggningen för att undvika ytterligare transporter.

Varje invånare som är inskriven i hemsjukvården har en dokumenterad vårdplan. Det stödjer både invånaren i att våga sköta sin hälsa i hemmet och alla vårdaktörer som är en del i vården i hemmet.

Remissgrupp

En remissgrupp där läkarna på hälsocentralen tillsammans går igenom icke akuta eller uppenbara remisser innan de skickas till annan specialist på sjukhus förbättrar kvaliteten på remisserna och minskar antalet utgående remisser.

Senior Advisor

Seniora läkare och även pensionärer kan stanna kvar i verksamheten för att på deltid vara senior advisor till kollegor och övriga medarbetare på hälsocentralen, utan att ha egna patienter. De kan även vara medicinskt stöd till andra hälsocentraler via video eller telefon.

Socialstyrelsens kunskapsstödande material om fast läkarkontakt

I detta avsnitt beskrivs de kunskapsstödande material som Socialstyrelsen har tagit fram inom ramen för uppdraget.

Socialstyrelsens material syftar till att vara ett stöd för vårdcentraler och dess verksamhetschefer samt regionerna att planera verksamheten för att få en rimlig fördelning av patienter och för att stödja verksamhetens arbete kring fast läkarkontakt. Utöver den här vägledningen består stödet av flera delar som beskrivs kortfattat under respektive rubrik och finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats och Kunskapsguiden.se.

Meddelandeblad

Meddelandebladet⁵⁹ tydliggör den rättsliga regleringen och förarbeten kring fast läkarkontakt och hur dessa regler förhåller sig till de regler och förarbeten som finns om fast vårdkontakt. Meddelandebladet innehåller alltså en beskrivning av rättsläget.

Frågor och svar

Frågor och svar gäller frågeställningar kring fast läkarkontakt och ger hänvisningar till ytterligare fördjupning.

Utvecklingsarbete om fast läkarkontakt – Material för arbetsplatsträff på vård- eller hälsocentral (powerpoint)

Materialet består av en powerpoint som kan användas på arbetsplatsträffar eller andra möten. Syftet med materialet är att verksamhetschef och medarbetare kan föra en gemensam dialog om arbetssättet fast läkarkontakt och andra utvecklingsfrågor för verksamheten.

Planeringsverktyg – stöd för arbete med fast läkarkontakt

Som en del av det samlade nationella stödet till verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt har ett planeringsverktyg tagits fram.

⁵⁹ Meddelandeblad Nr 4/2021 Fast läkarkontakt m.m.

Planeringsverktygets syfte

Det primära syftet med planeringsverktyget är att stödja verksamhetschefer i analys och planering för fast läkarkontakt. I verktyget går det bland annat att göra kartläggning av vårdenhetens läkarresurser samt patienternas vårdbehov och vårdkonsumtion.

Verktyget går också att använda som underlag för dialog mellan verksamhetschef och läkare. Läkarens förutsättningar att upprätthålla kontinuitet i sin roll som fast läkarkontakt och en lämplig fördelning av patientansvar kan med fördel analyseras tillsammans.

Planeringsverktyget kan även användas av regioner i samband med kvalitetsuppföljning av primärvården.

Planeringsverktygets enhetsdel och läkardel

Planeringsverktyget består av en enhetsdel och en läkardel. I enhetsdelen förs data in som relaterar till läkarnas arbete på enheten som helhet, t.ex. totalt antal patienter, tidsåtgång för kontakter på enheten eller tidsåtgång för direkta patientkontakter. Data som rör annan personal än läkarna läggs inte in i verktyget.

I läkardelen förs läkarens individuella data in. Det synliggör varje enskild läkares förutsättningar att vara fast läkarkontakt, exempelvis tjänstgöringsgrad, veckobaserade aktiviteter eller indirekta patientaktiviteter. För att få en utgångspunkt i kartläggningen kan data från föregående år läggas in.

Så kan resultatet från planeringsverktyget användas och följas upp

Resultatet som visas i planeringsverktyget ger en indikation på hur många patienter som enheten och den enskilda läkaren kan erbjuda fast läkarkontakt. Resultatet bör användas som underlag för reflektion, analys och dialog kring arbetssättet för fast läkarkontakt och inte ses som en absolut sanning.

Verksamhetschefen och läkaren kan reflektera tillsammans över resultatet för att öka förståelsen för vad fast läkarkontakt innebär för läkarens arbete. Det kan också vara bra att reflektera över vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att fördelningen av patientansvar ska bli lämplig samtidigt som en god arbetsmiljö upprätthålls.

Resultatet från verktyget behöver analyseras vidare tillsammans med andra uppgifter som t.ex. vilka patienter som kan ha störst behov en fast läkarkontakt eller vilka kontaktvägar och möjligheter som patienterna har idag för att komma i kontakt med läkare.

Resultatet från verktyget kan följas upp av verksamhetschefen under året. Dels för att planera och följa enhetens arbete med fast läkarkontakt, dels för att kunna skapa förutsättningarna för den enskilde läkaren att tillgodose behovet av en fast läkarkontakt hos de patienter som bäst behöver det, men även åt de patienter som i övrigt önskar ha en fast läkarkontakt.

Läs vidare – fler kunskapsstödjande skrifter

Meddelandeblad Nr 9/2012 *Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning*

Meddelandeblad Nr 9/2020 *Kommunal hälso- och sjukvård*

Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan Nationell vägledning. Socialstyrelsen; 2017

Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Socialstyrelsen; 2020

Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikationer. Socialstyrelsen; 2021

Kontinuitet i vården. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021. SBU-rapport nr 329

Att driva omställningen till Nära vård – handbok om att hantera komplexa system. Sveriges kommuner och Regioner; 2020

Bilaga 1. Omställningen till en god och nära vård

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*⁶⁰ presenterade regeringen den 28 maj 2020 en utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården.

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).

I den pågående omställningen i svensk hälso- och sjukvård till en god och nära vård och i de överenskommelser som regeringen har slutit med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)⁶¹ 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.

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.⁶² 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.⁶³

⁶⁰ Prop. 2019/20:164.

⁶¹ Överenskommelse regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

⁶² 7 kap. 2 a § HSL.

⁶³ Prop. 2017/18:83 s. 22 och s. 46.

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.⁶⁴

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

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig,
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.⁶⁵

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 god hälsa hos befolkningen.⁶⁶ 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. Regionerna ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunerna. Detsamma gäller för hemsjukvård i ordinärt boende och i de bostadsbedömda trygghetsboendena, om en kommun ansvarar för den vården.⁶⁷

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård i:

- Särskilda boendeformer för äldre personer (inklusive korttidsplats).⁶⁸
- Bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL.⁶⁹
- Motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet.⁷⁰
- 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

⁶⁴ 2 kap. 6 § HSL.

⁶⁵ 13 a kap. 1 § HSL.

⁶⁶ 8 kap. 1 § HSL.

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

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

⁶⁹ 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

⁷⁰ 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL.

med särskild service (LSS-boenden) och daglig verksamhet som är reglerade i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.⁷¹

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.⁷² 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.⁷³ Alla regioner utom Region Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende.

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.⁷⁴

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR finns målet att andelen i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska vara minst 55 procent vid slutet av 2022. 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.⁷⁵

⁷¹ Prop. 1992/93:159 s. 182.

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

⁷³ 16 kap. 2 § HSL.

⁷⁴ Prop. 2019/20:164 s. 15–16.

⁷⁵ 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.

Bilaga 2. 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.

Denna vägledning 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 (S2019/03056/FS, delvis, och S2020/03319/FS, delvis). 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.

Arbetet 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 regioner⁷⁶ 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 vården 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, Distriktsköterskeföreningen 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.

⁷⁶ 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 3. 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 utesluts. 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 nedsparade.

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)⁷⁷ 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 kollegor⁷⁸ 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,

⁷⁷ 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.

⁷⁸ 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 kollegor⁷⁹ 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)⁸⁰ 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

⁷⁹ 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).

⁸⁰ 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 medförfattare⁸¹ 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)⁸² 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 medförfattare⁸³ 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,

⁸¹ 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.

⁸² 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).

⁸³ 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.

Bilaga 4. 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 följande⁸⁴:
- 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.

⁸⁴ Exempelvis i förfrågningsunderlag och uppföljningsdokument eller motsvarande.

Bilaga 5. 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

Regioner

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