

A decorative grid of colored squares surrounds the title. The grid consists of 10 squares: a light green square at the top left, a grey square at the top right, a grey square on the middle left, a dark green square at the bottom left, a light grey square at the bottom middle, a grey square at the bottom right, a light green square at the bottom left, and a dark green square at the bottom right.

# Handlingsplan för fast läkarkontakt

Anna Jakobsson Ernudd  
Avdelningen för närsjukvård  
Enheten för allmänmedicin

# Innehållsförteckning

Inledning .....	3
Utgångspunkter nationellt.....	4
Utgångspunkter för en regional handlingsplan .....	5
Utökning av antalet ST-läkare utifrån framtagna plan för dimensionering.....	7
Arbetsmiljöperspektivet .....	9
Kravställning i avtal och möjlighet till uppföljning .....	11
Uppföljning av fast läkarkontakt och kontinuitet .....	12
Ekonomiska förutsättningar .....	14
Insatsområden för att nå 1100 listade per specialist i allmänmedicin .....	16

## Inledning

Handlingsplanen för fast läkarkontakt utgör en inriktning för Primärvårdsnämnden att fortsätta ge förutsättningar för vårdcentralerna i regionen att långsiktigt nå Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt inom primärvården på 1100 invånare i snitt per färdig specialistläkare och 550 invånare i snitt per ST-läkare, och är en del av det mer övergripande målet att stärka primärvårdens roll i sjukvårdssystemet och skapa förutsättningar för god och nära vård. Handlingsplanen beskriver åtgärder för att skapa förutsättningar för vårdcentralerna att successivt utöka antalet anställda specialister i allmänmedicin. Handlingsplanen utgår från den beslutade planen för dimensionering av ST-läkare. I denna framgår att antalet specialistläkare i allmänmedicin i Region Stockholm behöver öka kraftigt, från dagens drygt 1000 verksamma på vårdcentraler till drygt det dubbla, under den kommande tioårsperioden, för att verksamheterna ska kunna uppnå Socialstyrelsens riktvärde. Åtgärderna kommer att behöva utvärderas och kompletteras återkommande under tidsperioden.

I Socialstyrelsens underlag för riktvärdet framgår att ett bestämt antal patienter per läkare har positiv påverkan på ett flertal områden, såsom läkarens arbetsmiljö, vårdkvaliteten, längden på besöken, tillgängligheten till läkaren och kontinuitet. Riktvärdet bör inte betraktas som ett absolut listningstak utan behöver anpassas till förutsättningarna i vårdstrukturen i Region Stockholm, där delar av primärvården ligger utanför vårdcentralernas uppdrag. Väsentligt är också bland annat regionens demografi, invånarnas vårdtyngd och förutsättningar för teamarbete på lokal nivå.

I handlingsplanen beskrivs ett antal insatsområden för att successivt närma sig riktvärdet, det handlar bland annat om en utökad ekonomisk ram för att möjliggöra anställning av fler specialister och ST-läkare, om insatser för förbättrad arbetsmiljö, insatser för förbättrad uppföljning av utvecklingen mot riktvärdet, utvecklad kravställning i avtal som bidrar till successivt färre antal listade per läkare och insatser som skapar förutsättningar för vårdcentralerna att vara navet i sjukvårdssystemet.

# Utgångspunkter nationellt

## Lagstiftning om fast läkarkontakt

Enligt 7 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Enligt 1 kap. 2 § i patientlagen (2014:821) kan läkare inom den offentligt finansierade primärvården vara fast läkarkontakt.

## Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt

Enligt Socialstyrelsens nationella riktvärde, 2022-04-7896, för fast läkarkontakt i primärvården framgår att det inte är möjligt att ge evidensbaserade rekommendationer för ett optimalt antal patienter som en läkare ska ansvara för. Det framgår också att det är flera verksamhetsspecifika, regionala och lokala aspekter som påverkar hur många patienter per läkare som är optimalt. Dessa faktorer är bland annat tillgången på och samarbetet med övriga personalgrupper, lokalernas utformning och patienternas vårdbehov och komplexitet. Även utvecklingen av digifysisk vård behöver vägas in när ett riktvärde ska tas fram.

Det nationella riktvärdet om i snitt 1100 invånare per färdig specialist och 550 invånare per ST-läkare utgör en vägledning för att omsätta värdet i ett regionalt och lokalt sammanhang. Riktvärdet innebär inte ett absolut ”tak” eller ”golv” för högsta eller lägsta antal patienter som läkaren kan ansvara för utan bör snarare fungera som ett stöd för respektive verksamhet att dimensionera behovet av antalet specialister i allmänmedicin. För att göra en sådan dimensionering har Socialstyrelsen tagit fram stödmaterial inklusive ett planeringsverktyg för fördelning av patienter per fast läkarkontakt utifrån verksamhetens lokala förutsättningar, med hänsyn till verksamhetens uppdrag och arbetsmiljö. Materialet ger även stöd i teamarbete.

I Socialstyrelsens underlag för riktvärdet framgår att ett bestämt antal patienter per läkare har positiv påverkan på ett flertal områden, såsom läkarens arbetsmiljö, vårdkvaliteten, längden på besöken, tillgängligheten till läkaren och kontinuitet. De positiva effekterna för patienterna som får träffa sin egen läkare som en fast vårdkontakt lyfts också fram, till exempel högre nöjdhet med och förtroende för vården, högre följsamhet till läkemedelsbehandling och lägre andel slutenvård på sjukhus.

## Överenskommelse om en God och nära vård 2024

Enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en God och nära vård 2024 framgår att regionerna för att få ta del av medlen ska arbeta i syfte att närma sig Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården om 1100 invånare per specialistläkare och 550 invånare per ST-läkare.

Även överenskommelsen betonar att riktvärdet är framtaget som ett stöd när regionerna och enskilda hälso- och vårdcentraler planerar, fördelar resurser och gör uppföljningar. Det betonas att siffran 1100 varken är ett golv eller ett tak, utan behöver anpassas lokalt, utifrån bland annat vårdtyngd, vilka övriga professioner som finns verksamma på mottagningen och teamarbetets utformning.

För att i övrigt få ta del av medlen ska regionerna enligt överenskommelsen genomföra insatser för ökad kontinuitet och särskilt utifrån kravet att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården. Som exempel ska regionerna fortsatt arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt baserat på uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar samt informera patienterna om möjligheten att få en fast läkarkontakt och en fast vårdkontakt.

## Utgångspunkter för en regional handlingsplan

Handlingsplanen för fast läkarkontakt är en del av det mer övergripande målet att stärka primärvårdens roll i sjukvårdssystemet och skapa förutsättningar för god och nära vård. En förutsättning för det är att vårdcentralerna är attraktiva och hållbara arbetsplatser. Utvecklingen av stöd och styrning i regionen behöver därför beakta på vilket sätt arbetsmiljön kan påverkas som en följd av förändringar, samt prioritera förändringar som underlättar och förbättrar förutsättningarna för vårdgivarna att skapa en god arbetsmiljö för medarbetarna.

### Omställning till nära vård

Omställningen till nära vård berör hela hälso- och sjukvårdssystemet, och i Region Stockholm finns det en tydlig långsiktig målsättning att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaden ska uppgå till 25 procent till år 2030.

Syftet med omställningen till nära vård i region Stockholm är att patienterna ska få ett mer sömlöst omhändertagande i hälso- och sjukvården med

utgångspunkt i individens behov och resurser. Inriktningen är att primärvården är basen i omställningen till en nära vård och att det är vårdcentralen som utgör navet. En väl utbyggd primärvård med fokus på de med störst behov ger bra förutsättningar för att nå en mer jämlik vård och hälsa. Omställningen syftar också till att utforma primärvården så att hög medicinsk kvalitet bibehålls och utvecklas för alla patientgrupper.

Ett sätt att skapa förutsättningar för en sömlös hälso- och sjukvård är även att möjliggöra en ökad samverkan mellan primärvården och specialiserad vård. Genom att underlätta enkla kontaktvägar och utforma arbetssätt för ökad samverkan mellan primärvård och specialiserad vård, ökar möjligheterna för att den specialiserade vården kan komplettera primärvården på det sätt som är mest lämpligt utifrån patientens behov och primärvårdens förutsättningar.

En betydande del i nära vård är att skapa en helhetssyn kring patienten och se till att hela patientens sjukdomsburda och individuella situation beaktas. Med utgångspunkt från arbetssätt som utgår från tvärprofessionella team som arbetar med och runt patienten kan positiva effekter uppnås såsom att färre patienter läggs in på sjukhus, högre vårdkvalitet, och högre medarbetar- och patientnöjdhet. Ett delat ansvar mellan vårdgivare och patient är centralt, liksom relationsskapande och kontinuitet.

Samverkan mellan regionen och kommunerna utgör också en viktig del i omställningen mot en nära vård, och samverkan behöver fortsätta stärkas för att nå målet om en mer samordnad vård och omsorg. Här spelar de samordnande vårdcentralerna i varje kommun och stadsdel i Stockholms stad en viktig roll. En mer sammanhållen vård och en mer sömlös vård och omsorg bidrar ytterligare till en patientsäker vård. Inom ramen för VIS (Vård i Samverkan) har det tagits fram en handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län. Handlingsplanen fastställdes av VIS politiska styrgrupp den 20 december 2023, [handlingsplan-för-god-och-nära-vård-och-omsorg-i-stockholms-län-2024-2030.pdf \(storsthlm.se\)](https://www.storsthlm.se/handlingsplan-for-god-och-nara-vard-och-omsorg-i-stockholms-lan-2024-2030.pdf).

## Regional genomförandeplan för nära vård

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 8 mars 2022 om Genomförandeplanen för nära vård (HSN 2021–1966) som ersätter genomförandeplan för Primärvårdsstrategin (HSN 2019-0945). Genomförandeplanen är indelad i fem strategiska inriktningar. Inriktning ett och två är att betrakta som målbilder och de övriga tre inriktningarna som medel för att uppnå målbilderna:

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

De insatsområden som presenteras i denna handlingsplan är avgörande förutsättningar för att möjliggöra en utveckling i denna riktning. Andra insatser som krävs i form av exempelvis ändrade arbetssätt beskrivs inte här. Med utgångspunkt från de strategiska inriktningarna syftar den regionala omställningsplanen till att all vård bör ske i nära samverkan med patienten. Nära vård innehåller flera aspekter såsom både digitala och fysiska arbetssätt, hög tillgänglighet, geografisk närhet, personlig kontakt och kontinuitet samt patientupplevd tillgänglighet som också behöver beaktas. För att möjliggöra dessa arbetssätt behöver även tekniska förutsättningar finnas på plats. Bredare stöd till primärvårdens utveckling behövs således än det som berörs i denna handlingsplan.

## Utökning av antalet ST-läkare utifrån framtagna plan för dimensionering

För att bemanna hälso- och sjukvården med rätt kompetens på rätt plats med utgångspunkt från invånarnas och patienternas behov, krävs en stor utökning av antalet specialisttjänstgöringar (ST) inom allmänmedicin. I december 2023 fattade Hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om plan för dimensionering av ST-läkare inom allmänmedicin, med syftet att säkra tillgången till specialistläkare i allmänmedicin på medellång och lång sikt i Region Stockholm. Tillgången till specialistläkare är avgörande för att klara omställningen till en god och nära vård och löftet om en fast läkare för regionens invånare. Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin efterfrågas framför allt på vårdcentralerna, där de utgör grunden för den fasta



läkarkontakten i primärvården. En viktig utgångspunkt för planen är därför att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister i allmänmedicin för att täcka vårdcentralernas behov, även då kommande pensionsavgångar beaktas.

Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin efterfrågas också bland annat i läkarinsatser på särskilda boenden för äldre (SÄBO), inom forskning och utbildning och som rekryteringsbas för bland annat skolhälsovården och företagshälsovården. För att möjliggöra en ökad tillgång till specialistläkare i allmänmedicin behöver därför ST i allmänmedicin dimensioneras på ett sådant sätt att inflödet av nyutbildade specialister varje år är större än antalet specialister som går i pension eller av andra anledningar väljer att lämna primärvården.

Antalet nyutbildade specialistläkare efter avslutad ST i allmänmedicin har varit strax under 100 per år i Region Stockholm de senaste åren. Enligt planen för dimensionering är det långsiktiga målet för Region Stockholm att uppnå en sådan volym på ST i allmänmedicin att 150 ST-läkare i genomsnitt blir färdiga varje år och kan erhålla specialistbevis i allmänmedicin. Ett sådant tillskott av nyutbildade specialister årligen skulle skapa goda långsiktiga förutsättningar för en god läkarbemanning vid vårdcentralerna i regionen, även med hänsyn taget till beräknade pensionsavgångar, och göra det möjligt att långsiktigt uppnå målet om fast läkarkontakt i enlighet med Socialstyrelsens riktvärden för antalet listade patienter per specialistläkare och ST-läkare.

Parallellt med utökningen av antalet ST-läkare i allmänmedicin pågår också ett arbete med att optimera och anpassa specialiseringstjänstgöringens upplägg, bland annat för att skapa större kontinuitet och bättre förutsättningar för ST-läkarna att ansvara för listade patienter. Sådana åtgärder kan till exempel vara att möjliggöra så kallade hemvändardagar eller hemvändarveckor under längre sidotjänstgöringar, och att det sista året av ST primärt utgörs av tjänstgöring på den egna vårdcentralen. I budgetuppdraget att utveckla förutsättningarna för en fortsatt utökning av ST i allmänmedicin ingår att se över insatser för att underlätta dubbelspecialisering i allmänmedicin. Att vidareutveckla förutsättningar för sidotjänstgöring är också ett pågående arbete.

Fler specialistläkare än specialister i allmänmedicin är med nuvarande avtalsskrivningar listningsbara i Region Stockholm och kan därmed utgöra en fast läkarkontakt. Det handlar om specialister i geriatrik, internmedicin, barn- och ungdomsmedicin och rehabiliteringsmedicin. Vilka specialiteter som ska vara listningsbara kommer ses över i kommande revideringar av förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna, utifrån utgångspunkten att vissa av dessa ska övervägas att tas bort.

## Arbetsmiljöperspektivet

En god arbetsmiljö är en förutsättning för ett bra omhändertagande av ST-läkare, liksom en förutsättning för att specialister i allmänmedicin ska vilja fortsätta arbeta i primärvården/på vårdcentral. En god arbetsmiljö bidrar också till minskade sjukskrivningar och en vilja att i högre utsträckning arbeta heltid eller i en högre tjänstgöringsgrad. Detta skulle bidra till en bättre bemanningssituation, då deltidstjänstgöring är vanligt bland specialister i allmänmedicin idag.

Rapporten *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*, en undersökning hur primärvårdsläkare i Sverige anser att primärvården fungerar, från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Rapport 2023:1) lyfter fram ett antal påverkbara faktorer som vårdcentralen kan arbeta med för att förbättra arbetsmiljön, bland annat:

- Minskad administration
- Tid för fortbildning
- Valfungerande digitala verktyg och valfungerande IT-system för informationsöverföring
- Fast patientlista

Rapporten lyfter fram att läkare som har en fast patientlista som de är fast läkarkontakt för i högre utsträckning anser att den vårdcentral de arbetar på är väl förberedd på att erbjuda vård till patienter med kroniska sjukdomar generellt och även till personer med psykisk ohälsa.

Vidare framgår av rapporten att läkare som anser att de får den utbildning de behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt samt får den fortbildning de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens också i högre utsträckning anser att vårdcentralen är väl förberedd på att erbjuda personer med kroniska sjukdomar vård.

Ansvar för arbetsmiljön åligger arbetsgivaren. Regionen har dock till viss del möjlighet att genom ersättning, kravställning och styrning i vårdavtal skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö på vårdcentralerna i regionen.

Utvecklingen av ersättningsmodellen för vårdcentralerna de senaste åren med minskad detaljstyrning och en ökad andel kapiteringsersättning innebär att vårdcentralerna ges möjlighet att organisera arbetet utifrån sina lokala förutsättningar och utveckla ändamålsenliga arbetssätt och nyttjande av verksamhetens resurser utifrån möjligheterna till digifysisk vård och

utvecklingen av ny teknik. Den utveckling som skett av ersättningsmodellen bedöms också skapa bättre möjligheter för verksamheterna att prioritera kontinuerlig fortbildning anpassad till verksamhetens och medarbetarnas behov. Den medicinska utvecklingen går fort och för att upprätthålla kompetens och kvalitet krävs löpande och bred fortbildning, eftersom samtliga diagnosområden behöver kunna hanteras inom primärvården. Att prioritera fortbildning ligger således i vårdgivarnas intresse. Utifrån en dialogbaserad uppföljning av hur förutsättningarna för fortbildning utvecklas kan även vidareutveckling av avtalsvillkor komma under övervägande för att främja förutsättningarna för fortbildning. I övervägningarna behöver analys av riskerna med justerade avtalsvillkor inkluderas, så att eventuella negativa konsekvenser kan undvikas. Ett minskat antal patienter per fast läkare jämfört med i dag kan i sig frigöra mer tid för fortbildning.

I revideringarna av förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna har administrationen för vårdgivarna minskat senaste åren. Den inriktningen är viktig att bibehålla. Ökat stöd till specialister i allmänmedicin i form av stödstrukturer är också viktigt att fortsätta utveckla. Kunskapsstödet VISS och andra behandlingsriktlinjer och -program fortsätter kontinuerligt att utvecklas och utgör ett praktiskt stöd i verksamheten. Uppdraget i budget 2024 att utveckla förutsättningarna för vårdcentralerna att vid behov kunna konsultera läkare inom specialiserad vård kan bidra till en bättre arbetssituation och förenklade arbetssätt om det säkerställs att detta utvecklingsarbete sker med primärvårdens behov som utgångspunkt.

Ett ökat fokus i uppföljningen har också varit att säkerställa att vårdgivarna har grundläggande strukturer på plats som ger stöd till medarbetarna i det dagliga arbetet. Detta följs upp genom att säkerställa att det finns ett fungerande kvalitetsledningssystem som används och utvecklas i verksamheten och som är känt för samtliga medarbetare. Ett välfungerande kvalitetsledningssystem tydliggör roller, ansvar, processer, rutiner och arbetssätt. Det blir exempelvis tydligt för medarbetarna hur samverkan ska ske med andra verksamheter, hur avvikelser ska rapporteras, hur verksamheten arbetar med att följa upp resultaten för patienterna och hur förbättringsförslag hanteras i verksamheten. Om allt detta finns på plats så skapar det grunden för medarbetarnas möjligheter att delta i utveckling av den gemensamma verksamheten. Forskning visar att det finns en koppling mellan ett kontinuerligt systematiskt förbättringsarbete i en verksamhet, högre delaktighet och större engagemang hos medarbetarna och en ökad trivsel på arbetsplatsen. Det pågående uppdraget med att starta en försöksverksamhet för så kallad Hippokratesrevision syftar till att skapa ytterligare förutsättningar för professionsdrivet kvalitets- och förbättringsarbete i verksamheten.

## Kravställning i avtal och möjlighet till uppföljning

I det nuvarande avtalet för vårdcentralerna framgår att patienter med stora och sammansatta vårdbehov, såsom patienter med kroniska sjukdomar, omfattande funktionsnedsättning, långvarig psykisk ohälsa samt sköra äldre ska prioriteras till fast läkarkontakt och erbjudas kontinuitet och koordinering av hälso- och sjukvårdsinsatser. Vårdcentralerna ska kontinuerligt analysera patienternas behov och anpassa verksamhetens arbetssätt för att möta dessa behov utifrån sina lokala förutsättningar. Helhetssyn, kontinuitet, närhet och tillgänglighet ska utgöra grundstenarna i verksamheten. Vårdcentralerna ska identifiera de patienter som har störst behov av särskilt omhändertagande, och ska arbeta proaktivt för att främja livskvalitet och fysisk och psykisk hälsa.

Det är av största vikt att fortsatt utveckling av avtal och uppdrag utgår ifrån de aspekter som är viktiga när det gäller att skapa arbetsplatser som är hållbara och attraktiva för medarbetarna. Arbete pågår kontinuerligt med att se över och utveckla vårdcentralernas uppdrag utifrån bland annat uppdragets omfattning och innehåll, bemanning- och kompetenskrav för att klara uppdraget, prioriterade målgrupper och ändamålsenlig uppföljning. De förändringar som föreslås behöver stärka förutsättningarna för verksamheterna att utveckla ändamålsenliga arbetssätt, skapa så få hinder som möjligt och undvika att öka administrationen.

En annan viktig faktor är att systemet känns rättvist och att resursfördelningen i systemet så långt möjligt stämmer överens med de behov som invånarna har. Exempel på det är fortsatt avvägning och hänsyn till aspekter som sjukdomsburda, socioekonomi och hur det är att bedriva vård i perifera områden. Pågående långsiktigt arbete utifrån omställningen mot nära vård och omställningsplan vårdval påverkar också vårdcentralernas uppdrag och primärvårdens delaktighet i det löpande utvecklingsarbetet är central.

Även praktiska aspekter behöver beaktas när avtal och krav utvecklas. Många vårdcentraler bedriver idag verksamhet i mindre lokaler och har begränsade möjligheter att utöka verksamheten. Möjligheten för vårdcentralerna att anställa fler specialister i allmänmedicin och att generellt utöka bemanningen, begränsas idag i vissa fall av lokalfrågan. Detta lyfts också som en utmaning i planen för dimensionering av ST-läkare och behöver beaktas i den succesiva anpassningen till Socialstyrelsens riktvärde. I kommande revideringar behöver

avvägningar ske kring på vilka sätt en verksamhet tillåts utvidga sina lokaler så att det blir möjligt att växa. Långsiktighet och god framförhållning är viktigt för att vårdgivarna ska ha möjlighet att anpassa lokaler och arbetssätt.

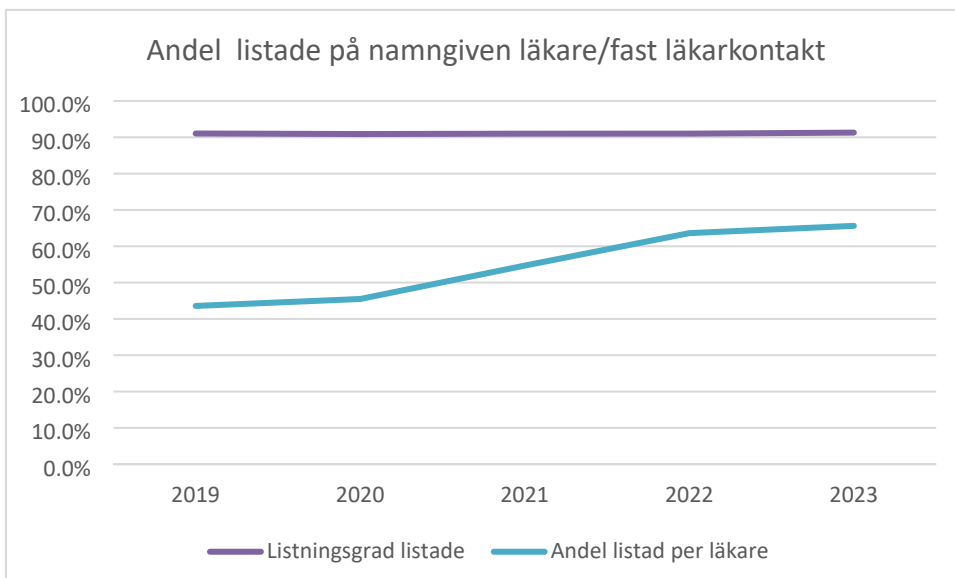
Det systematiska arbetet med avtalsuppföljning av kvalitet och ekonomi kommer fortsätta utvecklas. Förutsättningarna för utveckling av vårdens kvalitet förbättras kontinuerligt, vilket huvudsakligen är en fråga för respektive verksamhet. Det som regionen kan göra övergripande inom detta område är att fortsätta med insatser som skapar generella förutsättningar för utveckling, exempelvis genom framtagande av nya användbara kvalitetsindikatorer, genom kvalitetsdialoger och genom uppföljning av verksamheternas kvalitetsledningssystem. Utöver den del av uppföljningen som sker för att upptäcka och stoppa patientsäkerhetsrisker, felrapporteringar och oegentligheter ska uppföljningen syfta till att bidra till verksamheternas utveckling utifrån aspekter som upplevs som meningsfulla och givande för vårdgivarnas medarbetare. Krav och uppföljning ska löpande utvärderas så att det som inte anses skapa mervärde kan tas bort eller ersättas.

## Uppföljning av fast läkarkontakt och kontinuitet

Uppföljningsmöjligheterna behöver förbättras för att kunna följa utvecklingen av antalet listade per läkare på ett bättre sätt än idag.

Utifrån vad som i dagsläget är mätbart avseende fast läkarkontakt har den befintliga bonusen för andel patienter som är listade på en namngiven läkare löpande justerats och taket för antal listade på namngiven läkare har successivt sänkts som en del i att långsiktigt närma sig Socialstyrelsens riktvärde.

I dagsläget är cirka 65 procent av de listade patienterna listade på en namngiven läkare/fast läkarkontakt enligt de uppgifter som finns i ListOn. Grafen nedan visar den uppmätta utvecklingen de senaste fem åren.



Källa: Leverantörsuppföljningsdatabasen (LUD) och ListOn

Mätning av denna indikator är förenat med flera kända problem. När det mäts aggregerat så säger måttet inget om hur många listade respektive läkare har, vilket innebär att en verksamhet teoretiskt skulle kunna ange att samtliga patienter är listade på en enskild läkare. Det går heller inte att följa upp automatiskt om läkarna faktiskt finns på plats i verksamheten. En stark styrning, eller hög ersättning, kopplat till mätningen är därför förenad med stora risker. Denna indikator mäter heller inte att patienten får träffa den läkare som patienten är listad hos. Det är en viktig förutsättning att bättre mätmöjligheter kommer på plats. Det är viktigt att det tydliggörs att inriktningen är att antalet listade per specialist successivt ska minska men det krävs stor försiktighet vid vidareutveckling av krav och ersättning kopplat till mätningar.

En tjänst har utvecklats i Gemensamt vårdregister (GVR) som innebär en automatiserad uppföljning av vilken läkare en patient får träffa vid besöket. Utveckling av journalsystemet krävs dock för att tjänsten ska kunna användas. Detta skulle möjliggöra förbättrad uppföljning av bemanning och kontinuitet på vårdcentralen. Möjligheterna att publikt visa resultaten av de mätningar som finns, och som kommer utvecklas, kommer också ses över då kontinuitet, bemanning och antal listade per läkare kan vara av intresse även för invånare i samband med val av vårdcentral.

Det finns i dagsläget inte ett automatiserat sätt att följa hur många specialister i allmänmedicin/listningsbara läkare som finns på vårdcentralerna. Utveckling av ListOn och andra kompletterande uppföljningssystem behöver prioriteras. För att kunna följa utvecklingen mot Socialstyrelsens riktvärde kan dock inventering behöva ske manuellt.

Hög tillgång till fast läkarkontakt har positiv påverkan på indikatorer såsom patientens förtroende för vården och hur nöjd patienten generellt är med sin vårdcentral. Dessa indikatorer mäts idag i årligen i Hälso- och sjukvårdsbarometern och Nationella patientenkäten som är exempel på nationella indikatorer för uppföljning av Nära vård utifrån SKR:s uppföljningsmodell, som regionen implementerat för regional uppföljning av Nära vård.

Vid revideringar av förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna ses löpande över och tydliggörs vilka som bör prioriteras till en fast läkarkontakt så länge det finns en bristsituation. Vidareutveckling av en prioriteringsram planeras utvecklas i samråd med vårdgivarna för att skapa transparens och stödja vårdcentralerna i prioriteringsarbetet vad gäller fast läkarkontakt.

Sedan år 2021 kravställs att samtliga vårdcentraler är anslutna och rapporterar till SKR:s kvalitetsregister Primärvårdskvalitet (PvQ). Som del i utvecklingen av uppföljningen av vårdcentralerna pågår arbete med att på regionnivå inhämta data från PvQ, som har ett flertal indikatorer som på olika sätt mäter kontinuitet för olika patientgrupper, bland annat läkarkontinuitet för patienter med kroniska sjukdomar. Indikatorerna i PvQ kommer att vara viktiga som underlag för lokalt kvalitets- och förbättringsarbete på verksamhetsnivå, men också för dialog med vårdcentralerna ur ett uppföljningsperspektiv.

Vidare planeras att se över hur en dimensionering på mottagningsnivå kan stödjas, exempelvis genom att inventera hur detta görs idag. Även ändamålsenligheten för vårdcentralerna att använda Socialstyrelsen framtagna planeringsverktyg för dimensionering av behovet av specialistläkare i allmänmedicin i sin verksamhet kan testas i det sammanhanget.

## Ekonomiska förutsättningar

För att skapa förutsättningar för vårdcentralerna att anställa fler specialister i allmänmedicin krävs en utökad finansiering som är ramhöjande, långsiktig och förutsägbar. Tillskottet av medel är beräknat baserat på den tänka *utökningen* och avser alltså tillskott utöver den ökning som krävs för att kompensera för kostnadsökningar i det befintliga systemet, exempelvis löneökningar för nuvarande personal och kostnadsökningar för nuvarande lokaler mm.

Beräkningarna återfinns i bilaga 1. Tabellen redogör för antalet listningsbara specialistläkare i allmänmedicin respektive ST-läkare i allmänmedicin per år 2024 - 2034, den årliga nettoökningen av listningsbara specialister och ST-läkare samt den årliga nettokostnadsökningen detta medför för att uppnå 1100

listade per läkare enligt Socialstyrelsens riktvärde. Befolkningsprognos ingår också i beräkningen.

Antaganden om bemanning utgår från den framtagna planen för dimensionering av utökning av ST-tjänster i allmänmedicin och de beräkningar och antaganden som gjorts i den:

- Varje år tillkommer ett visst antal nyutbildade specialister i allmänmedicin som kan bli listningsbara på vårdcentral.
- Ett visst antal specialister i allmänmedicin beräknas gå i pension varje år. Tillkommande nyutbildade specialister i allmänmedicin ska täcka pensionsavgångar samt bidra till ökad bemanning på vårdcentralen och den årliga nettoökningen av specialister i allmänmedicin är skillnaden mellan dessa tal.
- Övriga listningsbara specialister som framgår i bilagan avser specialister i geriatrik verksamma på vårdcentral, och som också kan utgöra en fast läkarkontakt.
- Den årliga kostnaden för det ökade antalet tjänstgörande specialister i allmänmedicin ska täckas av tillförda medel.
- Antalet ST-läkare som har listade patienter ökar i takt med att platserna utökas. Kostnaden för det ökade antalet i tjänst ska täckas av tillförda medel.
- Beräkningen är gjord utifrån nuvarande avtalskrav att endast de ST-läkare med två år kvar på sin ST kan ha listade patienter. Beräkningen utgår således från ett lägre antal ST-läkare som patienter kan lista sig på.

Kostnad för ökning av andra listningsbara specialiteter eller ökning av övrig bemanning har inte antagits i beräkningen, men kan mycket väl uppstå.

Gällande så kallade överhead-kostnader har antaganden gjorts i beräkningen utifrån tillkommande uppskattade kostnader för lokaler, administration och IT-kostnad per anställd.



## Insatsområden för att nå 1100 listade per specialist i allmänmedicin

Utifrån ovanstående bakgrund och utgångspunkter kommer nedanstående insatsområden att prioriteras och vara vägledande för kommande beslut.

### Insatsområde 1: Utökad ekonomisk ram för att möjliggöra anställning av fler specialister och ST-läkare

Kommande revideringar av förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna ska innefatta ersättningshöjningar enligt ovan kostnadsberäkningar. Målet är att möjliggöra att samtliga nya specialister i allmänmedicin kan anställas och verksamheterna successivt närma sig Socialstyrelsens riktvärde.

Utgångspunkten är att ersättningshöjningarna ska utgöra en reell förstärkning och beräknas utöver det som är att betrakta som ordinarie uppräknings för att kompensera för exempelvis löneökningar i det befintliga systemet.

### Insatsområde 2: Kontinuerlig uppföljning av antalet specialister i allmänmedicin på vårdcentralerna samt antal listade per specialist

Den successiva minskningen av antalet listade per läkare ska följas upp, och åtgärder justeras, löpande. För detta krävs att system och mätmetoder utvecklas för att kunna följa utökningen av specialister i allmänmedicin verksamma på vårdcentraler, antalet listade per läkare samt kontinuiteten för patienterna.

Utgångspunkten ska vara att i möjligaste mån utveckla befintliga system och använda mätmetoder som inte bidrar till ökad administration för vårdcentralerna. Regionen kommer dock, om automatiserad uppföljning inte är möjlig, att genomföra manuell uppföljning av anställda allmänspecialister för uppföljning av anpassningen till Socialstyrelsens riktvärde. Även en bredare utvärdering av utvecklingen, utifrån regionens sjukvårdssystem, behöver ske under tioårsperioden för att avgöra om insatser behöver förstärkas inom något område eller om insatsområden bör tillkomma. En utgångspunkt är att sådana bredare utvärderingar sker ungefär vart tredje år.

### Insatsområde 3: Utveckla avtalskrav och uppföljning som premierar minskat antal listade per specialist

Avtalskrav, ersättningsvillkor och uppföljning som kan främja minskat antal listade per specialist ska fortsätta utvecklas i kommande revideringar av förfrågningsunderlaget för vårdcentralerna. Vårdcentralerna behöver även fortsatt kunna organisera och resurssätta verksamheten utifrån lokala förutsättningar och graden av teamarbete. Möjligheterna för ST-läkare att ha

listade patienter under sin ST kommer att ses över kontinuerligt, utifrån vid var tid gällande upplägg på ST-utbildningen, så att kraven blir så ändamålsenliga som möjligt. Justering av målnivåer behöver ske successivt och avtalsmässiga hinder för alltför många listade per specialist behöver fortsätta utvecklas i takt med att uppföljningsmöjligheterna förbättrats.

#### **Insatsområde 4: Insatser för förbättrad arbetsmiljö och uppföljning av arbetsmiljörelaterade frågor**

Insatser för en förbättrad arbetsmiljö behöver prioriteras i verksamheterna för att bibehålla den kompetens som finns i verksamheten och för att de som är nyutbildade ska vilja vara kvar. Krav som bidrar till en förbättrad arbetsmiljö ska i den mån det är möjligt utvecklas och införas. Inriktningen att fortsätta minska detaljstyrningen i förfrågningsunderlaget bidrar till minskad administration hos vårdgivarna, vilket är en känd faktor som förbättrar arbetsmiljön. En förutsättning är därför att nya krav inte medför en omotiverad detaljstyrning eller riskerar styra på ett icke ändamålsenligt sätt. Dialogen om, och uppföljningen av, vilka förutsättningar som vårdgivarna erbjuder för löpande fortbildning ska utvecklas i detta sammanhang. Även andra aspekter som är relevanta ska prioriteras i den löpande uppföljningen.

#### **Insatsområde 5: Fortsatt utveckling av stödstrukturer för vårdcentralerna**

De stödstrukturer som finns behöver fortsätta utvecklas. Det handlar exempelvis om att fortsätta skapa förutsättningar för välfungerande arbetssätt, fortsätta utveckla ändamålsenliga kunskapsstöd och ta fram kvalitetsindikatorer som utgår ifrån verksamheternas egna behov. Att tydliggöra gränsdragningar till andra verksamheter och utveckla strukturer för samverkan med andra aktörer är andra insatser inom detta område.

#### **Insatsområde 6: Stärka vårdcentralens roll som nav i sjukvårdssystemet**

För att vårdcentralen ska kunna vara navet i sjukvårdssystemet krävs att det finns förutsättningar som möjliggör för dem att omhänderta, följa upp och ta ansvar för patientens hela resa. Vårdcentralernas helhetsansvar att prioritera och omhänderta de patientgrupper som har störst behov, såsom sköra äldre och multisjuka, behöver beaktas i detta sammanhang. I de fall då det är aktuellt med överföring av patientgrupper och arbetsuppgifter till vårdcentralerna från andra delar av sjukvårdssystemet behöver det föregås av dialog och en strukturerad process som tar sin utgångspunkt i primärvårdens förutsättningar.

# Bilaga 1

Specialistläkare Allmänmedicin	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Listningsbara tjänster färdigutbildade Specialistläkare Allmänmedicin	1255	1349	1443	1547	1630	1723	1816	1909	1997	2095	2193
Antal listade per färdigutbildade Specialistläkare Allmänmedicin	1819	1704	1603	1504	1436	1365	1302	1246	1198	1153	1113
Nettoökning av antal Nyanställningar	84	94	94	104	83	93	93	93	88	98	98
Kostnadsökning färdigutbildade specialister inom Allmänmedicin	140 738 653 kr	160 643 120 kr	163 855 983 kr	184 913 219 kr	150 526 473 kr	172 035 436 kr	175 476 145 kr	178 985 668 kr	172 750 038 kr	196 228 339 kr	200 152 905 kr
OH-kostnader schablon, ex lokaler, it, administration	12 112 800 kr	13 961 444 kr	14 380 287 kr	16 387 408 kr	13 470 765 kr	15 546 561 kr	16 012 958 kr	16 493 346 kr	16 074 806 kr	18 438 533 kr	18 991 689 kr
<b>Nettoökning kostnad färdigutbildade specialister inom Allmänmedicin</b>	<b>152 851 453 kr</b>	<b>174 604 564 kr</b>	<b>178 236 270 kr</b>	<b>201 300 628 kr</b>	<b>163 997 237 kr</b>	<b>187 581 997 kr</b>	<b>191 489 103 kr</b>	<b>195 479 014 kr</b>	<b>188 824 844 kr</b>	<b>214 666 871 kr</b>	<b>219 144 594 kr</b>

ST-läkare	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Listningsbara ST-läkare Allmänmedicin	238	245	251	258	265	273	281	288	295	298	302
Antal listade per ST-läkare	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550
Ökat antal ST-läkartjänster	50	20	20	20	20	25	25	20	20	10	10
Kostnadsökning ST-läkare	7 991 286 kr	8 151 112 kr	8 318 934 kr	8 494 913 kr	8 679 211 kr	11 089 994 kr	11 341 794 kr	9 283 704 kr	9 502 978 kr	4 865 719 kr	4 984 633 kr
OH-kostnader schablon, ex lokaler, it, administration	2 884 000 kr	2 970 520 kr	3 059 636 kr	3 151 425 kr	3 245 967 kr	4 179 183 kr	4 304 559 kr	3 546 956 kr	3 653 365 kr	1 881 483 kr	1 937 927 kr
<b>Nettoökning kostnad ST-läkare Allmänmedicin</b>	<b>10 875 286 kr</b>	<b>11 121 632 kr</b>	<b>11 378 570 kr</b>	<b>11 646 337 kr</b>	<b>11 925 178 kr</b>	<b>15 269 177 kr</b>	<b>15 646 352 kr</b>	<b>12 830 660 kr</b>	<b>13 156 343 kr</b>	<b>6 747 202 kr</b>	<b>6 922 560 kr</b>

<b>Nettoökning kostnad Specialistläkare och ST-läkare Allmänmedicin</b>	<b>163 726 739 kr</b>	<b>185 726 196 kr</b>	<b>189 614 839 kr</b>	<b>212 946 965 kr</b>	<b>175 922 416 kr</b>	<b>202 851 174 kr</b>	<b>207 135 455 kr</b>	<b>208 309 674 kr</b>	<b>201 981 186 kr</b>	<b>221 414 073 kr</b>	<b>226 067 155 kr</b>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Underlag för beräkning

Grunddata	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Specialistläkare Allmänmedicin	1240	1334	1428	1532	1615	1708	1801	1894	1982	2080	2178
Specialistläkare Övriga verksamheter på vårdcentral	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Antal anställda ST	710	730	750	770	790	815	840	860	880	890	900
Listningsbara ST-läkare	238	245	251	258	265	273	281	288	295	298	302
Färdiga ST-läkare	120	130	130	140	140	150	150	150	150	160	160
-Pensionsavgångar	-36	-36	-36	-36	-57	-57	-57	-57	-62	-62	-62

Befolkningsprognos	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Antal skrivna inom Region Stockholm exkl. Norrtälje	2 413 435	2 433 155	2 451 949	2 469 091	2 485 992	2 502 590	2 519 617	2 536 825	2 554 567	2 580 113	2 605 914
Totalt antal listade på ST-läkare	130 818	134 503	138 188	141 873	145 558	150 164	154 770	158 455	162 140	163 983	165 825
Totalt antal listade på färdigbildade specialistläkare Allmänmedicin	2 282 618	2 298 652	2 313 761	2 327 219	2 340 435	2 352 427	2 364 847	2 378 370	2 392 427	2 416 130	2 440 089

