

Fast läkarkontakt i Norrbotten

Målbild, nuläge och vägen framåt

221206

LAG Fast läkarkontakt

Joakim Bunne
Ordförande, Distriktsläkare
Hortlax HC

Linda Beckert
Distriktsläkare
Sandens HC

Andreas Karlsson
Distriktsläkare
HC Norra hamn

Helena Forsman
Fysioterapeut
Överkalix HC

Mari Huhtanen
Sjuksköterska, AKS
Övertorneå HC

Susan Norberg
Verksamhetsutvecklare
Division Nära

För LPO primärvård

Fast läkarkontakt i Norrbotten- Sammanfattning för beslutsfattare

Som del av kunskapsstyrningsorganisationen har lokal arbetsgrupp (LAG) fast läkarkontakt på uppdrag av lokalt programområde (LPO) primärvård sett över tillämpningen av begreppet fast läkarkontakt (FLK) i Norrbotten. FLK ingår som del av primärvården i en större, pågående nationell omställning mot god och nära vård. Primärvården påverkas av denna utveckling ur flera perspektiv, och dessa behöver förstås i relation till varandra. LAG har därför valt att ge en helhetsbild över tillämpningen av såväl FLK som god och nära vård, med primärvården som kontinuitetsbärande nav. Vi förhåller oss till Socialstyrelsens (SoS) riktlinje om 1 specialistläkare i allmänmedicin per 1100 invånare (1/1100), och inkluderar teambaserade arbetssätt och tillämpning av fast vårdkontakt (FVK) i det fortsatta arbetet. Rapporten delas in i tre delar: **1. Målbild 2. Nuläge 3. Åtgärder för att nå målbilden.**

Målbild

Primärvård utgör organisatoriskt första linjens sjukvård. Primärvården tillhandahåller vård riktad till hela befolkningen för vanligt förekommande vårdbehov som inte kräver särskilda resurser eller kompetens. Allmänmedicin är den vetenskapliga disciplin och medicinska specialitet som huvudsakligen verkar inom primärvården. Specialister i allmänmedicin är oftast anställda som distriktsläkare, en tjänstposition som motsvarar sjukhusvårdens överläkare.

God och nära vård har som mål att hälso- och sjukvården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar. En uttalad del i detta är en stärkt primärvård som första linjens sjukvård, med resursöverföring från sjukhusbaserad, specialiserad vård. *Kontinuitet* är den bärande princip som bör genomsyra vårdens organisation, styrning och utförande, och därmed ge patientcentrering, trygghet och effektivitet. Befolkningen gör i undersökningar inte skillnad på om denna kontinuitet ges genom enskild individ eller ett team. Vidare är flest intresserade av hög *delaktighet* och *trygghet*, medan hög *tillgänglighet* generellt är lägre prioriterat. Det allmänmedicinska arbetssättet är höggradigt överensstämmande med ambitionen i god och nära vård.

FLK är ett begrepp som avser stärka fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, som del av omställningen mot god och nära vård. SoS har definierat 1100 invånare som riktvärde för befolkningsunderlaget till en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin. Målvärdet är halverat för läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin (ST). Utöver redan nämnda värden syftar FLK också till en förbättrad samordning av patientens vård, samt effektivare och bättre arbetsmiljö för personalen. Precisering av faktiska uppgifter åligger vårdens huvudmän. LAG menar att tillämpningen bör inriktas på att stärka de faktiska värden som eftersträvas med FLK och god och nära vård, med särskilt fokus på kontinuitet och delaktighet.

Funktionen fast vårdkontakt (FVK) har, i likhet med FLK, som syfte att skapa förtroende och relation över tid mellan patienten och vården, och ett sammanhållande ansvar för vårdens insatser. FVK kan dock utgöras av all hälso- och sjukvårdspersonal, och flera FVK kan agera samtidigt. FLK måste vara läkare, och bör vara specialist eller ST-läkare i allmänmedicin. FLK ska utses i primärvården, och det får inte finnas flera samtidigt för en patient. Utmärkande för FLK är det allmänmedicinska helhetsansvaret.

Teamarbete som modell har förutsättningar att tillhandahålla trygghet, kontinuitet, delaktighet och patientkännedom, och kan även ge positiva arbetsmiljöeffekter. Begreppet är idag spritt, men varierar i betydelse. LAG ser ett behov av att definiera teamarbetets grunder och syften för att tillämpas i olika verksamheter. Det finns också potentiella målkonflikter mellan teamarbete och

sammanhållen, patientcentrerad vård med helhetsperspektiv, som är bärande principer för god och nära vård. Ett typexempel är när ökade resurser satsas på team för specifik diagnos eller patientgrupp. Resurser tas som regel från övrig verksamhet, och uppmärksamhet riktas mot delmål till förmån för helhet.

Nuläge

För Norrbotten ger målbilden 1/1100 ett behov av 226 heltidsarbetande specialister i allmänmedicin. Den faktiskt tillgängliga resursen bland regiondrivna hälsocentraler kartlades i början av 2022 till 85 stycken. I relation till listade befolkning vid dessa enheter täcker det 44% av behovet. Läget är långt ifrån vad SoS anser rimligt för uppdraget. Detta får en mängd negativa följder gällande arbetsmiljö, Påverkad vårdkvalitet och överbelastning av annan vård. Det ger hög personalomsättning och sämre rekryteringsmöjligheter. Detta hotar kompetensförsörjningen och därmed förutsättningarna att nå målbilden.

Primärvårdens verksamhet styrs av beställningen för vårdval primärvård. Utformningen påverkar starkt verksamhetens inriktning. Aktuellt (2022) har denna ett uttalat fokus på tillgänglighet. Detta skapar undanträngningseffekter som missgynnar andra värden, liksom patientgrupper som efterfrågar dem, t.ex. äldre och personer med många samt kroniska sjukdomar. Prioriteringen avviker också från befolkningens önskemål samt god och nära vård, som lägger större vikt vid trygghet, delaktighet och kontinuitet. För dessa aspekter saknas indikatorer, alternativt föreligger problem att tillämpa befintliga indikatorer till följd av ofullständigt underlag.

Idag föreligger en kunskapsbrist inom organisationen kring faktiska nuläget avseende heltidsarbetande specialister/ST-läkare i allmänmedicin. Sådant underlag kräver personkännedom på individnivå, då registeruppgifter från ex. anställningskontrakt är otillräckliga. Deltidsarbete, föräldraledighet, uttag av övertid, kompensation för arbetad jour samt sidouppdrag inom anställningen behöver beaktas. Därtill saknas en tydlig kompetensförsörjningsplan som beskriver hur 1/1100 skall nås, inklusive fördelning av ansvar och uppföljningsarbete. Här bör också noteras att motsvarande plan inte heller finns för andra yrkeskategorier än läkare. Därmed saknas ett tydligt verktyg för verksamhetens olika nivåer om vad man kan och förväntas göra för att nå målet.

Över många års tid har uppgiftsförskjutning skett från sjukhusvård till primärvård. Denna utveckling är i linje med god och nära vård, men den har inte tidigare och ej heller nu åtföljts av resurser för att hantera ett större uppdrag. Primärvårdens andel av sjukvårdens kostnader är konstant, och kostnadsökningarna drivs främst av kommunernas- inte regionernas- insatser i primärvård. Därtill har primärvården inte involverats och har idag ett svagt mandat att själva påverka ramar och gränser för uppdraget. Detta trots att man är den del av vården som besitter den faktiska kompetensen inom det allmänmedicinska området.

Åtgärder för att nå målbilden

Vi föreslår ett brett spektrum av åtgärder för att nå målbilden. Dess relevans varierar beroende på läsarens position. I rollen som beslutsfattare bör fokus ligga på ramverk, övergripande och strukturella åtgärder för att ge primärvården förutsättningar att nå målbilden. Flera åtgärder påverkar varandra, och läsaren rekommenderas att sätta sig in i de motiveringar som rapporten redovisar. Följande förslag är av särskild vikt på organisatorisk nivå:

- Värna personalens arbetsmiljö. Organisatoriskt kan detta göras med målstyrning mot mätbara indikatorer för arbetsmiljön. Sådana mål bör ingå i beställningen. Verksamheterna behöver stöd och resurser att följa och utvärdera situationen lokalt, och underlag för diskussion samt åtgärder.

- Tydliggör primärvårdens uppdrag genom mandat att definiera kompetensområdet. Den allmänmedicinska kompetensen finns i primärvården. Följaktligen bör man ha mandat att definiera omfattningen av uppdraget. Motsvarande resonemang är självklart gällande avgränsningen för andra medicinska specialiteter, men saknas i realiteten för allmänmedicin. Definitionen bör göras genom dialog med andra vårdverksamheter, med en tydlig ramgivande struktur som fördelar handläggningsansvaret i händelse av svårigheter att komma överens.
- Ge verksamheterna stöd att prioritera och avgränsa uppdraget vid resursbrist. Det är uppenbart att en verksamhet med signifikant resursbrist av den grad som föreligger idag inte kan förväntas klara ett uppdrag som dimensioneras utifrån full bemanning. Det bör åligga verksamheterna att föreslå hur man kan göra denna avgränsning, för vilken vi ger förslag i rapporten. Det är dock grundläggande att organisationen ger verksamheten stöd att genomföra och kommunicera en sådan prioritering gentemot befolkningen.
- Begränsa listning per läkare till 1/1100, och likställ listning på läkare med fast läkarkontakt. För att faktiskt fullgöra vad åtagandet FLK innebär, krävs en struktur som ger tid för uppgiften. Möjlig listning per individuell läkare korrigeras för tjänstgöringsgrad och sidouppdrag. Listning på läkare bör vara synonymt med FLK, då vi inte ser att listning utan åtagandet FLK fyller någon funktion.
- Etablera en kompetensförsörjningsplan som konkret svarar mot både vägen till målbilden 1/1100 och dess upprätthållande. Planen bör inkludera konkreta, tidsspecifika mål för ST-läkare och specialister i allmänmedicin, med beaktande av bortfall avseende tjänstgöringsgrad, sidouppdrag samt utbildningsgenomströmning. Man bör också ta höjd för ett utökat uppdrag inom ramen för god och nära vård.
- Ekonomiska resurser måste följa med ett mer omfattande uppdrag. Här föreligger dels en historisk obalans, dels ett framtida behov av tillskott. På kort sikt krävs ekonomiskt tillskott för att korrigera ansamlat underskott, möjliggöra avlastning och begränsning av befintlig personals individuella belastning samt säkerställa att budgetramar inte begränsar möjliga satsningar mot målbilden. På längre sikt behöver den ekonomiska strategin befrämja kompetensförsörjningsplanens genomförande och mål, liksom målbilden för god och nära vård. Primärvårdens andel av totala sjukvårdskostnader bör öka.
- Anpassa vårdvalets uppföljning efter målbild och underliggande data. Uppföljningsmått bör skapas för delaktighet, trygghet och kontinuitet. Datakällor behöver vara tillförlitliga och lätt tillgängliga. Registrering bör ske automatiskt, utan administrativt merarbete för vårdpersonalen. Uppföljningsmått bör kopplas till ekonomisk ersättning och spegla dess relevans för målbildens uppfyllelse. Ett mer balanserat ersättningssystem främjar utvecklingen av god och nära vård, och ett bredare fokus som också omfattar värden med efterfrågan från befolkningen.
- Utbildning bör prioriteras, då det är den viktigaste vägen att nå kompetensförsörjningsplanens mål. Kompetensförsörjning är ett huvudmannansvar, och dimensioneringen av ST- och AT/BT-läkartjänster samt en struktur för att erbjuda dem bör vara ett centralt ansvar. De ekonomiska resurserna till utbildning bör avsättas och fördelas centralt till de verksamheter som har den personal- och utbildningskompetens som uppdraget kräver. Utformning av utbildningsorganisationen och dess genomförande bör delegeras till kompetenta delar av verksamheten. Även specialistläkare och övrig personal bör fortbildas regelbundet, lämpligen med krav på redovisning av utbildningsaktivitet.

Fast läkarkontakt i Norrbotten

Målbild, nuläge och vägen framåt

Inledning

Lokal arbetsgrupp fast läkarkontakt har som uppdrag att se över frågan om fast läkarkontakt. Arbetsgruppen utgår från lokalt programområde (LPO) primärvård, en del av kunskapsstyrningsorganisationen. Det pågår en omställning till nationell inriktning mot god och nära vård, där primärvården som första linjens sjukvård har en framträdande roll. Med utgångspunkt i utredningarna God och nära vård- en primärvårdsreform (SOU 2018:39) och Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård (SOU 2019:42) har lagstiftning tillkommit med syfte att vården skall ges närmare befolkningen, vårdgarantin avseende medicinsk bedömning stärkts (betänkande 2017/18:SoU22), primärvårdens definition och grunduppdrag definierats (betänkande 2020/21:SoU2), och enskildas val av utförare genom listning på vårdenheter (betänkande 2021/22:SoU22). Socialstyrelsen meddelade i april 2022 att 1100 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin är ett rimligt riktvärde som fast läkarkontakt (Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården, SoS 2022). Regionstyrelsen i Norrbotten beslutade i augusti 2022 att arbeta mot detta målvärde, samt att arbetsorganisationen i primärvården, utöver fast läkarkontakt, också skall vara teambaserad och utgå från en fast vårdkontakt (Dnr 969-2022).

Tolkning av uppdraget

Arbetsgruppen tolkar som sin uppgift att:

1. Ge en bild av primärvårdens uppdrag och verksamhet som kontinuitetsbärande nav i sjukvården, i linje med omställningen till god och nära vård. Denna bild utgår från lagstadgat uppdrag, inklusive tolkning och slutsatser i underliggande utredningar, samt medlemmarnas uppfattningar om primärvårdens verksamhetsområde, inkluderat begreppet fast läkarkontakt. Vidare utgår vi från att en läkarbemanning motsvarande 1 heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1100 listade patienter är ett riktvärde på den läkarresurs som krävs för att tillhandahålla god vård enligt uppdraget.
2. Beskriva nuläget i relation till bilden ovan.
3. Redovisa vad vi bedömer behövs för att nå målbilden. Denna beskrivning inkluderar förslag på hur verksamhetens olika delar, och därmed delar av uppdraget, kan delas upp för att underlätta organisation och prioritering av uppgifterna. Prioritering av utbildning och arbetsmiljö är centralt för att rekrytera och behålla personal under utveckling mot en starkare primärvård. Vi betonar vårdgivarens roll och ansvar att organisera verksamheten på ett sådant sätt att målkonflikter hanteras konstruktivt.

Vi beskriver vidare hur vi ser på begreppet teamarbete, samt ger exempel på hur dessa principer kan tillämpas i verksamheterna i arbetet med att nå målbilden.

Rapportens tyngdpunkt ligger på målbild och åtgärder för läkare. Det innebär inte att åtgärderna begränsas till att omfatta denna grupp, eller att andra funktioner påverkas i mindre omfattning.

1. Målbild

1.1. Underliggande principer för god och nära vård, kontinuitet

God och nära vård är benämning på en serie utredningar, men också ett efterföljande övergripande arbete med målet att genomföra en omställning av hälso- och sjukvården till att i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. En uttalad del i denna process är att stärka primärvården som första linjens sjukvård, genom att överföra resurser från den specialiserade och sjukhusbaserade vården. Återkommande värden som betonas är patientcentrering, kontinuitet, trygghet och effektivitet. Kontinuitet är ett återkommande och centralt begrepp för vårdens organisation och utförande. I God och nära vård beskrivs ett nuläge där styrning och organisation inte stödjer kontinuitet, samtidigt som den är central för vårdens kvalitet och patienternas upplevelse, effektivitet och arbetsmiljö. Utredningen föreslår att kontinuitet skall vara en bärande princip i vårdens organisation (SOU 2017:53, SOU 2018:39). I Digifysiskt vårdval nämns kontinuitet 2422 gånger, och anges vara den enskilt viktigaste effektivitetsfaktorn (SOU 2019:42).

Begreppet kontinuitet kan ses från flera perspektiv. Den tekniska och/eller administrativa kontinuitet som följer av kategorisering och styrsystem har av utredningen effektiv vård visat sig otillräcklig, och man argumenterar för behov av en kulturförändring med genomslag för den personliga kontinuiteten och det personliga ansvaret (SOU 2016:2). När patientnytta och upplevelse av kontinuitet studerats framkommer att den är kopplad till lägre risk för död, mindre sjukhusinläggningar, färre akutbesök, högre livskvalitet och lägre kostnader. Det är i sammanhanget viktigt att kontinuitet gäller gentemot person eller team, och dessa alternativ ses likvärdiga (SBU 2021, rapport 329).

Målbilden bör vara en organisation och arbetssätt med personlig kontinuitet som bärande princip. Den personliga kontinuiteten kan tillhandahållas genom kontakt med enskild medarbetare eller en mindre grupp, ett team.

1.2. Definition av primärvård

Med primärvård avses enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) sedan 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”.*

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

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

Fetmarkerat ovan är begrepp av central relevans för att tydliggöra vad som är- och inte är-primärvård. Då allmänmedicin är den medicinska specialitet och kompetens som ligger till grund för primärvårdens verksamhet, är det arbetsgruppens uppfattning att allmänmedicinsk specialistkompetens är nödvändigt i avgörandet av vad som omfattas av primärvårdens åtagande och vad som inte gör det. Därav följer att det bör vara primärvårdens sak att definiera omfattningen av kompetensområdet.

Primärvården som organisationsform är basen och första linjens sjukvård, och kärnan i god och nära vård. Som utvecklas nedan, innebär ett allmänmedicinskt förhållningssätt att handläggning anpassas efter enskilda patientens situation. Med detta följer att vad som bäst hanteras i primärvården och vad som kräver ytterligare resurser kan variera beroende på aktuellt läge och över tid. Därtill kan andra delar av vården ha en annan uppfattning än primärvården om denna gränsdragning. Det är centralt att vården är organiserad så att handlägningsansvaret för patienten inte riskerar vara oklart. Meningsskiljaktigheter bör i första hand hanteras genom förtroendefull dialog kring det enskilda ärendet. På övergripande nivå bör handlägningsriktlinjer utformas i samverkan mellan olika vårdaktörer. Dessa forum för dialog kompletteras lämpligen med en ramgivande tydlig ansvarsstruktur som träder i väntan på dialog eller frånvaro av resultat.

Primärvården har nödvändig kompetens och bör också ha mandatet att avgöra vad som faller inom det allmänmedicinska kompetensområdet, och vad som inte gör det. Tillämpningen bör göras genom dialog med tydliga ramar för handlägningsansvar.

1.3. Allmänmedicinskt arbetssätt

Allmänmedicin är den vetenskapliga disciplin och medicinska specialitet som huvudsakligen verkar i primärvården. Allmänmedicin karaktäriseras av fokus på patientmötet och att utan avgränsning gällande ålder eller tillstånd bedöma och hjälpa individen med olika hälsoproblem över tid, med beaktande av dess livssituation. Personlig kontinuitet är en bärande princip för arbetet. De med störst vårdbehov prioriteras, och den vård som ges är personcentrerad med utgångspunkt i sammanhanget kring varje patient. Samtidigt som lämplig diagnostik görs i rätt tid, avstås onödig undersökning och överbehandling. Omfattande samarbete och dialog sker med andra professioner och discipliner.

Allmänmedicinens kompetensområde och verksamhet överensstämmer högggradigt med de underliggande värden som omställningen mot god och nära vård premierar och har som mål. När inte annat anges, bedömer vi att primärvårdens verksamhetsområde sammanfaller med det allmänmedicinska kompetensområdet.

1.4 Fast läkarkontakt

Sedan 2014 finns reglering i patientlagen, uppdaterad, 2022, om fast läkarkontakt. Begreppet har funnits också längre tillbaka. I sammanhanget ses fast läkarkontakt som ett verktyg för att lägga fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, som en del av omställningen av primärvården som navet i sjukvården i god och nära vård. Det åläggs *huvudmännen* att organisera primärvården så att förutsättningar finns för att alla som behöver eller vill ha en fast läkarkontakt skall erbjudas en sådan. Ett uttalat mål är att andelen med fast läkarkontakt i befolkningen skall öka (Fast läkarkontakt m.m, meddelandeblad nr. 4, Socialstyrelsen juli 2021). Det framgår av förarbeten till

gällande lagstiftning att ambitionen är att alla skall kunna erbjudas en fast läkarkontakt, men att nuvarande bemanningsläge inte ger förutsättningar för detta (prop 2021/22/72). Socialstyrelsen meddelade i april 2022 att 1100 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin är ett riktvärde för dimensioneringen av fast läkarkontakt (Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården, SoS 2022). Syftet med fast läkarkontakt är:

-Att ge trygghet genom en tillitsfull relation mellan läkare och patient, som också främjar delaktighet.

-Att ge personlig kontinuitet för alla som vill och behöver det, där den senare gruppen främst gäller de med större vårdbehov. Kontinuiteten kan också ges genom fast vårdkontakt med annan profession eller till ett team, om så är mer lämpligt. Graden av kontinuitet kan också behöva anpassas efter behov, förutsättningar och patientens önskemål.

-Säkerställa informations- och relationskontinuitet, samt ge grund för god samverkan mellan vårdaktörer för patientens bästa.

-Effektivisera och underlätta läkare och vårdpersonalens arbetsmiljö. Kontinuiteten anses bidra till effektivare arbete, mindre risk för överdiagnostik och utredningar, mer sammanhållen planering, mindre inläsningstid, bättre möjlighet till uppföljning och sammanhang, bland annat.

Uppgifterna för den fasta läkarkontakten är i direktiven allmänt hållna och innebär inte att nya begrepp introduceras. I ansvaret ingår att patienter handläggs enligt vad tillståndet kräver, samt vägledning i hälso- och sjukvårdskontakter, samordning av åtgärder och att informera om behandlingsalternativ samt dess konsekvenser. Patientens delaktighet i samråd och beslut är betydelsefull. Vidare precisering av fasta läkarkontaktens uppgifter åläggs regionerna.

Fast läkarkontakt är ett verktyg för att nå tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet inom ramen för omställningen till god och nära vård. De värden som eftersträvas är av övergripande art, och tillämpningen av begreppet behöver göras i verksamheten. Det är centralt att denna utförs och utvärderas med avseende på funktionens faktiska innehåll.

1.4.1 Fast läkarkontakt i relation till fast vårdkontakt

Begreppet fast vårdkontakt har likheter med fast läkarkontakt. Bägge funktionerna har som underliggande syfte att skapa förtroende och en relation över tid mellan patienten och vården. Bägge har ett samordnande ansvar för patientens vård. De värden som lyfts fram ovan för fast läkarkontakt, kan i flera avseenden och situationer tillhandahållas också av en fast vårdkontakt. Vilken av funktionerna som bäst kan ge trygghet och bära kontinuiteten gentemot patienten, varierar beroende på situationen. Några skillnader av betydelse finns också:

-En patient kan ha flera olika, samtidigt fasta vårdkontakter. Flera olika fasta vårdkontakter kan alltså samtidigt verka för ovanstående målbild. Dessa är inte nödvändigtvis samordnade sinsemellan, vilket kan skapa svårigheter i sammanhållningen av vården.

-All hälso- och sjukvårdspersonal kan vara fast vårdkontakt. Vilken kompetens som är mest lämplig för uppgiften, avgörs av situationen.

-Den fasta läkarkontakten måste vara läkare. Det är vidare önskvärt, men inte legalt reglerat, att den fasta läkarkontakten har specialistkompetens i allmänmedicin. I förarbeten till regleringen framgår att den allmänmedicinska kompetensen bör vara mål och vägledande för den fasta

läkarkontakten, men att andra alternativ kan finnas för att praktiskt lösa en stor brist på specialister i allmänmedicin (prop 2021/22/72).

-Den fasta läkarkontakten ska utses i primärvården och patienten kan inte ha flera samtidiga fasta läkarkontakter. Denna reglering tydliggör primärvårdens helhetsansvar på läkarnivå, då ansvaret fokuseras till en individ. Det ställer vidare organisatoriska krav på förutsättningar att kunna ta detta ansvar.

Den huvudsakliga skillnaden i tillämpning av fast läkarkontakt mot fast vårdkontakt rör det medicinska ansvaret som följer med den fasta läkarkontakten. Utöver de gemensamma värden för funktionerna som nämns ovan, är det allmänmedicinska helhetsansvaret kännetecknande för den fasta läkarkontakten. Detta syftar till att ge patienten den undersökning, utredning och behandling som hens tillstånd, enskilt eller flera, kräver. I helhetsansvaret ingår vidare att konsultera och överlåta handläggningsansvaret till annan, specialiserad vård om tillståndet så kräver. Slutligen ingår också att värdera hur patientens sammantagna sjukdomsbild och livssituation påverkar den medicinska handläggningen.

Arbetsgruppen ser det som angeläget att synliggöra och lyfta fram betydelsen av den fasta läkarkontaktens allmänmedicinska helhetsansvar, samt definiera innebörden av handläggningsansvar. Vidare ser vi möjligheter att utveckla funktionen fast vårdkontakt som kontinuitetsbärare gentemot patienten i primärvården.

1.4.2 Uppföljning av fast läkarkontakt

Åläggandet i patientlagen att erbjuda fast läkarkontakt har funnits sedan 2014. I undersökningar som gjorts av tillämpning och patientupplevelse betonas kontinuitet till person eller team. Fler lägger vikt vid personlig kontinuitet än de som får det, och andelen som önskar kontinuitet ökar med ökad sjuklighet. Överlag är de med fast läkarkontakt mer nöjda än de utan (Fast läkarkontakt i primärvården, Vård- och omsorgsanalys 2021). Samtidigt ses i uppföljningar hittills (Nära vård i sikte? Vård- och omsorgsanalys 2021) inte positiva förändringar avseende tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Andelen med fast läkarkontakt visas också ha svagt samband med att få träffa samma läkare över tid, där istället kontinuitetsindex bättre mäter faktisk kontinuitet. I ytterligare analyser (Primärt i vården. Vård- och omsorgsanalys 2020:9) konstateras att fast läkarkontakt är bra och önskat av fler än de som erbjuds detta. Kontakten fungerar bäst i kombination med annan fast vårdkontakt, och det största gapet mellan önskemål från patienter och verkligheten ligger i personkontinuitet. I samma studie belystes olika delar av kontinuitet; 1. typen av fast kontakt 2. grad av delaktighet 3. hjälp med samordning och 4. väntetid. Det framkom att delaktighet prioriterades högst, och väntetid kunde accepteras för att nå de övriga nämnda aspekterna. Detta kan också formuleras som att delaktighet var viktigast för flest, och gruppen som värderade tillgänglighet högst var minst. Som fast kontakt värderades fast läkarkontakt och fast team likvärdigt. Utredningen rekommenderar huvudmännen att styrning av vården bör väga in olika kvalitetsaspekter som speglar befolkningens preferenser. Man konstaterar att ensidig styrning ger undanträngning av andra aspekter, och att befolkningen bör informeras om rimliga förväntningar i olika kontakter, där möjligheter och erbjudanden också ställs mot konsekvenser och avvägningar när ett värde prioriteras framför ett annat. Mest uttalad är denna målkonflikt mellan tillgänglighet och kontinuitet, där ett fokus på det förra innebär att befintliga resurser och förutsättningar att uppnå det senare försämras.

Det finns i nuläget en nationell problematik där den faktiska tillgången till kontinuitet och fast läkarkontakt är bristfällig och fortsatt inte visar önskvärd utveckling, samtidigt som ledning och övervakningssystem visar en mer positiv bild än verkligheten. Hittills syns mer positiva effekter på administrativ nivå, än verksamhetsnivå. Här konstateras att förutsättningarna för att stödja kontinuitet och fast läkarkontakt avseende kompetensförsörjning, styrning, organisation och arbetssätt fortsatt är otillräckliga (Kontinuitet och fast läkarkontakt, PM 2022:5, Vård- och omsorgsanalys).

Fast läkarkontakt kan vara ett relevant verktyg för att erbjuda de värden som ligger i linje med god och nära vård, och också höggradigt överensstämmer med ett allmänmedicinskt arbetssätt. Arbetsgruppen instämmer i underliggande resonemang kring kärnvärdena i omställningen till god och nära vård, med fokus på kontinuitet. Det är ett huvudmannaansvar att ge förutsättningar för att kunna erbjuda fast läkarkontakt. I tillämpningen bör Region Norrbotten premiera de faktiska värden som eftersträvas, med särskilt fokus på kontinuitet och delaktighet genom att utforma mål och uppföljning mot relevanta indikatorer. Befolkningen bör utöver sina rättigheter också informeras om konsekvenser och avväganden som kommer med efterfrågan och utnyttjande av olika kontinuitetsaspekter, såsom tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

1.5 Riktvärde 1/1100

Socialstyrelsen meddelade i april 2022 ett riktvärde för den läkarresurs som krävs för att kunna vara fast läkarkontakt i primärvården. Siffran 1/1100 innebär att en kliniskt heltidsarbetande specialist i allmänmedicin kan vara fast vårdkontakt för en befolkning på 1100 individer. För ST-läkare i allmänmedicin anges siffran till i medeltal 1/550. Man anger vidare att siffran är ett riktvärde som kan behöva justeras uppåt eller nedåt beroende på ett flertal faktorer, t.ex. befolkningens sammansättning (äldre, socioekonomiskt svagare och sjukare befolkning kräver mer vård), aktuell geografi (glesbygd ställer större krav än stad), primärvårdens uppdrag (varierar mellan och inom regioner) och arbetssätt (uppgiftsfördelning varierar, teamarbete kan avlasta läkarfunktionen i vissa avseenden). Regionstyrelsen i Norrbotten har i augusti 2022 fattat beslut att 1/1100 (distriktsläkare) resp. 550 (ST-läkare i allmänmedicin) är de målvärden man skall arbeta mot.

1.6 Teamarbete

Teamarbete som modell har förutsättningar att underlätta och tillhandahålla flera centrala värden för god och nära vård: Trygghet, kontinuitet, delaktighet och patientkännedom. Vidare kan modellen ge förutsättningar för en bättre arbetsmiljö genom att motverka negativa och främja positiva arbetsmiljörelaterade hälsfaktorer.

1.6.1 Definitioner

Teamarbete är ett spritt och vida tillämpat, men samtidigt dåligt definierat begrepp. Både i forskning och egna erfarenheter ser vi olika tillämpningar, vilket riskerar begreppsförvirring och oklarhet. Vi ser ett behov att definiera teamarbetets grunder och syften för att kunna tillämpa begreppet på olika enheter och verksamheter.

-Team: Grupp av minst två individer som samarbetar

-Teammedlem: Funktion med specifikt syfte i relation till teamets uppdrag

-Uppdrag: Det teamets arbete sammantaget syftar till att uppnå

1.6.2 Styrande principer

- Teamets uppdrag skall vara tydligt för såväl medlemmar som verksamheten. Uppdraget bör utgå från en analys av behov. Denna görs bäst av den egna verksamheten i relation till det övergripande uppdraget. Teamets uppdrag kan vara mer eller mindre omfattande. Konkret kan det t.ex. handla om BHV, akut omhändertagande, planerat omhändertagande, hantering av vissa tillstånd, ex. psykisk ohälsa, KOL och diabetes, eller hantering av särskilt uppdrag, såsom samordnad individuell vårdplanering eller fysioterapeutiska insatser.
- Ingående roller bör utgå från teamets syfte och vara tydligt definierade. Det är en fördel om både roller och syfte redan i planeringen av arbetet kopplas till utvärderingsmetoder. Med detta följer vikten av att syftet också är tydligt definierat, t.ex. patienthandläggning inom ett av nämnda områden ovan, informations- och kunskapsutbyte i teamet, kollegialt stöd och reflektion.
- Utöver vårdproduktion, bör teamets syfte ha arbetsmiljöanknytning. Det kan t.ex. vara stärkta relationer, reflektion, gemensamt ansvarstagande, informationsutbyte och kompetensutveckling. Förankringen i arbetsmiljörelaterade friskfaktorer bör vara tydlig.
- Teamets arbete bör löpande utvärderas. Den analys som ligger till grund för syfte och uppdrag behöver regelbundet uppdateras för att syfte och uppdrag skall vara aktuella och ändamålsenliga. Likaså behöver själva arbetet utvärderas i relation till aktuellt syfte och uppdrag.

1.6.3 Potentiella målkonflikter

Principerna i god och nära vård, primärvårdens uppdrag och det allmänmedicinska synsättet tar alla fasta på helhetsperspektivet kring patienten, och att insatser skall vara sammanhållna. Ett av skälen till denna betoning är att man vill undvika en uppdelning i avgränsade insatser, som riskerar skapa en fragmentisering av helheten och gå i otakt med varandra. Denna risk föreligger också med teamarbete; fokuseringen på teamets uppdrag kan dra fokus och resurser från helheten, både gällande individuella patienten och verksamhetens uppdrag. Beroende på uppdragets omfattning, blir konflikten gentemot helhetsperspektivet olika tydlig. Detta kan exemplifieras med diagnos- eller tillståndsspecifika team, vars uppdrag är tydligt avgränsade och resurser tydligt avdelade till uppdraget. Denna målkonflikt bör beaktas i planeringen av arbetet och kontinuerligt värderas under pågående arbete. För att hantera denna risk, återkommer vikten av att teamets syfte och uppdrag är tydliga, och att dessa utgår från en intern analys där behovet identifierats.

2. Nuläge

2.1. Bemanning i relation till målbild

Med målbilden 1/1100 är behovet av heltidsarbetande distriktsläkare i Norrbotten ungefär 226 stycken. I linje med Socialstyrelsens riktlinjer kan ST-läkare i allmänmedicin räknas till hälften. Det

är upprepat framfört från fackliga, patient- och arbetsgivarorganisationer att läkarbemanningen i länet primärvård är underdimensionerad. Riktvärdet 1/1100 möjliggör konkreta beräkningar i frågan. Norrbottens läkarförening kartlade under våren 2022 bemanningen genom förfrågningar till de fackligt förtroendevalda på regiondrivna hälsocentraler. Arbete som ej relaterade till enhetens uppdrag, liksom ledighet och tjänstegrad beaktades. Sammanlagd tjänstgöringstid uttryckt som heltidsarbetande distriktsläkare var 60, och siffran för ST-läkare var 49. Med målvärdet 1/1100 räcker denna bemanning till 92500 individer. Aktuella hälsocentraler hade vid tillfället 208909 listade individer. Detta motsvarar en bemanning på 44 procent av behovet.

Den exakta siffran varierar över tid, men också med de mest optimistiska antagandena är det tydligt att befintliga läkarresurser på ST- och specialistnivå är långt ifrån tillräckliga för att svara mot målbilden och vad Socialstyrelsen anser vara rimligt riktvärde för uppdraget. Detta får en mängd följder, där följande områden är av särskild relevans:

- Personalens arbetsmiljö belastas. När resurser ej står i proportion till arbetes krav, föreligger ett arbetsmiljöproblem. Resursbristen ger kontinuerligt en ohälsosam, hög arbetsbelastning, hög grad av stress, lägre tillfredsställelse i arbetet och mindre utrymme för återhämtning. Vidare ses högre sjukskrivningstal, låg lojalitet gentemot arbetsgivaren, hög omsättning av personal samt svårigheter att behålla den kompetens som finns.
- Den bedrivna vården riskerar, trots personalens försök att kompensera för resursbristen, att hålla en lägre kvalitet. Givet problemets storlek är det rimligt att anta att denna risk manifesteras genom sämre vård till befolkningen och därmed ökad ohälsa. En ytterligare konsekvens är att övriga vårdresurser belastas hårdare.
- Svårigheten att behålla personal innebär en direkt minskning av verksamhetens samlade erfarenhet och kompetens. Eftersom kompetens att utbilda är helt centralt i den kunskapsintensiva verksamhet som vården utgör, innebär detta ett hot mot kompetensförsörjningen på sikt.
- För att nå målbilden krävs en arbetsmiljö som inte bara i framtiden, utan också nu och på väg framåt är attraktiv för nuvarande och blivande medarbetare. Den nuvarande resursbristen utgör därför ett hinder att nå målbilden genom att försvåra rekrytering och möjligheterna att behålla personal.

2.2. Oklara gränser för uppdraget

Den definition av primärvårdens uppdrag som getts tidigare i detta dokument innebär med nödvändighet en tolkning i den individuella situationen för den aktuella patienten. Denna tolkning görs av vårdens aktörer. Över tid utvecklas befintlig kunskap och med den möjliga insatser som hälso- och sjukvården kan erbjuda. I viss mån utmönstras tidigare erbjudna insatser, men tillskottet av nya möjligheter är större. Bedömningen av vad som ska erbjudas kan stötta på riktlinjer från t. ex. Socialstyrelsen och kunskapsstyrningsorganisationen, inklusive standardiserade och sammanhållna vårdförlopp. De kompletteras med lokala överenskommelser om vilken instans som hanterar respektive insats. I denna bedömning har primärvården en nyckelroll ur två aspekter; Dels utgör man en sammanhållen vårdnivå gentemot flera sinsemellan separata specialistkliniker, dels är man geografiskt medverkande till respektive primärkommun gällande deras hälso- och sjukvårdsinsatser på läkarnivå. Eftersom en stor del av verksamheten i primärvården beror av denna gränsdragning, påverkas man också av hur den görs.

Ur primärvårdens perspektiv finns idag en problematik där man åläggs uppgifter som andra bedömer lämpliga att hantera i primärvården. Inflödet kommer främst från specialistvården, men

även kommuner, myndigheter och försäkringsbolag. Detta görs från den egna verksamhetens kompetensområde och resurser. Från specialistvården är en vanligt förekommande orsak att överlämna ansvaret till primärvården är att hantering av patientens tillstånd eller insatser inte är så komplicerade att de kräver specialiserad vård. En annan vanligt förekommande motivering är att specialistvården inte har resurser för insatserna. Här föreligger flera principiella problem:

- Det är primärvården som besitter den kompetens och förståelse som krävs för att bedöma om primärvården kan utföra insatserna. Primärvården hanterar en helhet, med inflöde från många olika aktörer. Det som är vanligt och okomplicerat i specialistvårdens avgränsade verksamhet, är inte lika vanligt förekommande i befolkningen och därmed i primärvården. Det underlag som krävs för att erhålla och underhålla kompetens att tillhandahålla en viss insats måste finnas också i oselektad befolkning för att kunna hanteras i primärvården.
- Primärvården prioriterar mellan en stor mängd insatser. Varje åtgärd som skulle kunna hanteras i primärvården, sett till dess komplexitet och förekomst, måste vägas mot hur mycket resurser som tas i anspråk och varifrån dessa tas. Dessutom innebär mindre vanligt förekommande insatser som regel att mer resurser krävs för varje insats, jämfört med om större mängd och vana finns. Att en åtgärd kan tillhandahållas i primärvården måste alltså alltid vägas mot vilka resurser som detta tar i anspråk och varifrån dessa tas.
- Primärvården involveras inte och har svagt mandat att framföra sin syn på vad man bör och inte bör hantera. Som första linjens sjukvård med helhetsansvar för patientens vård kan inte primärvården motivera att inte utföra insatser en patient behöver, som en specialistklinik själva av sagt sig. Ofta sker denna typ av hänvisning utan föregående dialog med primärvården om lämplig vårdnivå och ansvarsfördelning. Primärvården kan därför inte medverka med bedömning av vad dess verksamhet kan och bör göra, och ställs inför att hantera det läge som presenteras.

Även i samarbetet med kommunerna finns strukturer som styr de medicinska insatserna som regionen skall tillhandahålla mot primärvård. Detta ses tydligast när kommunen hävdar tolkningen att det helhets- och samordningsansvar som primärvården har innefattar all sjukvård, och man väljer därför att samverka endast med primärvården. I en sådan situation åläggs primärvården att också ansvara för insatser som hanteras eller bör hanteras av specialiserad vård.

2.3. Resurser följer inte med utökat uppdrag

Primärvården hanterar idag fler och mer komplicerade åtgärder än man gjort historiskt. Den minskning av vårdplatser som skett de senaste decennierna har, utöver kortare vårdtider och sjukare patienter på sjukhus, också inneburit en förskjutning av uppgifter från specialiserad öppenvård till primärvården. Detta kan sägas vara i linje med omställningen mot god och nära vård genom att en större del av vården kommer närmare patienten. Det kräver dock att primärvården tillförs resurser för att hantera ett utökat uppdrag. Ur flera perspektiv finns tecken till att så ej skett eller sker i tillräcklig omfattning:

- De resurser som utfört något i specialiserad vård följer inte med när primärvården övertar ansvaret, varken ekonomiskt eller bemanningsmässigt.
- Budgetramar i primärvården sätter gränser för satsningar på mer personal. På kort sikt hindras resursförstärkning i redan underbemannade verksamheter. På längre sikt

försvåras kompetensförsörjning av verksamheterna som helhet, då denna är beroende av att medel avsätts för utbildning.

- Trots ambitioner i omställningen till god och nära vård, har primärvårdens andel av vårdens kostnader endast ökat i långsam takt. Dessutom är den ökning som finns främst driven av kommunernas, inte regionens kostnader för primärvården (Nära vård i sikte? Vård- och omsorgsanalys 2021).

2.4. Otillräcklig bild av nuläget

För att värdera nuläget i relation till målbilden 1 heltidsarbetande specialist i allmänmedicin/1100 behövs information om aktuellt läge avseende heltidsarbetande specialister i allmänmedicin. Tillräcklig kvalitet i detta underlag kräver personkännedom och överblick på enhetsnivå avseende medarbetare. Siffror från anställningskontrakt, och HR-system är inte säkert uppdaterade, tar inte hänsyn till tjänstensättning till följd av kompledighet/övertidsuttag och tar inte på ett strukturerat sätt hänsyn till sidouppdrag. För ST-läkare i allmänmedicin tillkommer att individuellt värdera lämplig listning utifrån progress av ST-utbildningen.

2.5. Olämplig styrning

Primärvårdens verksamhet styrs av det förfrågningsunderlag (kallat beställning) för vårdval primärvård. Denna innehåller även uppföljningsindikatorer. Dessa är höggradigt styrande för verksamhetens inriktning, oavsett utförare. Utifrån aktuellt vårdval 2022 menar vi att beställningen delvis motverkar sitt syfte och målen i god och nära vård:

- Ensidigt fokus på tillgänglighet. Mycket stor vikt läggs på tillgänglighet digitalt och per telefon, och Norrbotten har framöver skarpare mål än nationellt. Tillgänglighet i sig är ett positivt värde, men får med nuvarande prioritering undanträngningseffekter. Detta gynnar yngre, friskare patienter med förmåga att göra sin röst hörd. Det missgynnar äldre, multisjuka och de med kronisk sjukdom.
- Otillräckligt fokus på andra värden. Som nämnts tidigare är tillgänglighet ett av flera värden befolkningen efterfrågar, men för de flesta inte viktigast. Trots detta, saknas relevanta uppföljningsmått för delaktighet, trygghet och kontinuitet. Därmed trängs de undan till förmån för tillgänglighet (Primärt i vården. Vård- och omsorgsanalys 2020:9)
- Befintliga indikatorer kan inte tillämpas som avsett. Ett uppföljningsmått som faktiskt finns för kontinuitet är kontinuitetsindex, CoC. Måttet mäter andel av kontakter med vårdpersonal som varit med samma individ. Utfallet är dock helt beroende av hur kontakter registreras i journalsystemet. Denna registrering speglar inte vårdens verkliga utförande och tar t.ex. ingen hänsyn till teamarbete eller samråd. Om telefonkontakter skall registreras, kräver detta merarbete. Indikatorn blir därför irrelevant. Från andra regioner har vidare visats att andelen som har fast läkarkontakt registrerad i systemet inte korrelerar CoC eller patientupplevd kontinuitet.
- Indikatorerna ger detaljstyrning på bekostnad av helheten. Ett flertal av aktuella indikatorer fokuserar på tillhandahållandet av specifika åtgärder till vissa grupper. Detta leder till fragmentiserad detaljstyrning mot dessa mål, och motverkar helhetsperspektiv på vården som erbjuds. De säger vidare inget om vad som inte mäts.

Vid sidan av vårdvalets uppföljning spelar också kommunikationen med befolkningen en viktig roll. I uppföljningsarbetet av god och nära vård rekommenderas information till befolkningen av rimlig förväntan i olika vårdkontakter, där vikten av att belysa de avvägningar som ingår när värden prioriteras mot varandra och vad detta får för konsekvenser (Primärt i vården. Vård- och omsorgsanalys 2020:9). Här saknas i dagsläget information till medborgarna om hur erbjudandet om hög tillgänglighet påverkar möjligheten till delaktighet och kontinuitet negativt.

2.6. Kompetensförsörjningsplan saknas

Målbilden 1/1100 gäller för läkare. Motsvarande målvärden för andra personalkategorier och/eller funktioner saknas i dagsläget. För att nå satta målvärden behövs också en kompetensförsörjningsplan. Denna beskriver hur målet skall nås, hur ansvar för åtgärder fördelas och hur arbetet följs upp. En sådan plan saknas för samtliga personalkategorier- också för målbilden 1/1100. Därmed saknas ett viktigt verktyg för att ge vägledning i vad verksamhetens olika nivåer, från lokal till central nivå, kan och förväntas bidra med i måluppfyllelsen.

3. Åtgärder för att nå målbilden

I detta avsnitt presenterar vi förslag på åtgärder för att nå målbilden. Vi ger också rekommendationer på hur förslagen kan implementeras i organisationen.

3.1. Värna arbetsmiljön

För att nå målbilden är en rekryterande och kvarhållande arbetsmiljö helt central. Därför bör denna vara ett prioriterat mål. Med den aktuella resursbrist som föreligger, är det viktigt att arbetsgivaren agerar för att skapa en struktur som värnar arbetsmiljön för den befintliga personalen. Idag finns ett alltför starkt samband mellan lägre bemanning och sämre arbetsmiljö. Denna självförstärkande process kan brytas genom strukturella åtgärder från arbetsgivaren som skyddar individens arbetsmiljö. Den individuella medarbetaren ska inte själv känna att man behöver ta ansvar för och lösa en brist som beror på strukturella orsaker. Vilka specifika åtgärder som är lämpliga på respektive enhet varierar beroende på förutsättningar. För att identifiera dessa, är lokal dialog och mandat att genomföra relevanta förändringar en förutsättning.

Åtgärder lokalt:

- Diskussionsgrupper på enheterna om nuläge och framtid
- Löpande dialog i samverkan/enligt medbestämmandelagen och arbetsmiljölagen
- Lokala lösningar, inklusive teamarbete, efter identifierade behov

Åtgärder centralt:

- Etablera arbetsmiljö som ett verksamhetsmål
- Målstyr arbetsmiljö mot mätbara indikatorer
- Följ och utvärdera aktuellt läge
- Ge underlag för diskussion på arbetsplatser
- Ge verksamheterna vägar att hantera strukturella brister i vardagen

3.2. Avgränsa primärvårdens uppdrag

- 3.2.1.** Primärvårdens uppdrag bör tydligare avgränsas gentemot angränsande verksamheter. Detta bör ske i samverkansforum där berörda parter löpande bevakar och diskuterar principiell gränsdragning och ansvarsfördelning av insatser. Kunskapsstyrningsarbetet ger befintliga forum som kan utvecklas för detta ändamål. I Norrbotten finns idag allmänläkarkonsulterna (ALK) och deras samverkan med specialistklinikerna, samt lokala programområden (LPO). I kombination med åtgärderna nedan eftersträvas ett ramverk som tydligt fördelar handläggningsansvar vid bristande samverkan, och som premierar fungerande dialog för inblandade verksamheter.
- 3.2.2.** Jouruppdraget för primärvården bör vidare tydligt definieras i linje med god och nära vård. Primärvårdens uppdrag är detsamma dygnets alla timmar. Det är inte liktydigt med att alla insatser kan eller bör erbjudas all tid. Av patientsäkerhets- och effektivitetsskäl bör den verksamhet som kan styras till utförande dagtid. Akut primärvård innebär omhändertagande av ett brådskande vårdbehov, där bedömning är motiverat inom 24 timmar. Patienten kan därmed hänvisas till bedömning inom närmsta dygnet efter kontakt, och även helgtid kan verksamheten organiseras så att detta tillhandahålls under definierat tidsintervall dagtid. Vid mer akut vårdbehov, eller behov av triage och övervakning under väntetid till vidare bedömning, föreligger ett omedelbart vårdbehov inom akutsjukvårdens verksamhetsområde. Primärvården bör hela dygnet kunna tillhandahålla telefonrådgivning och beredskap för läkarstöd till kommunalt bedriven sjukvård samt konstaterande av dödsfall utanför sjukhus.

3.3. Ge primärvården rätt att definiera kompetensområdet

Primärvården har allmänmedicinsk specialistkompetens. Därför är man också lämpligast att definiera omfattningen av kompetensområdet. Primärvårdens helhetsansvar är inte liktydigt med allt som specialistvård, kommunal verksamhet eller andra bedömer att primärvården kan göra, och vid meningsskiljaktigheter bör kunskapen om det egna området vara avgörande. Det anses idag helt rimligt att en specialistklinik själv definierar vad som faller under det egna kompetensområdet. Detta gäller dock inte specialistkompetensen allmänmedicin, vars verksamhetsområde anses kunna hantera det andra aktörer bedömer är lämpligt. Denna ordning har över tid lett till en uppgiftsförskjutning mot primärvården utan medverkan av densamma och är ohållbar över tid. En förstärkning av primärvården måste också innebära att primärvården, likt övrig specialistvård, ges mandat och tolkningsföreträde att definiera vad som ryms inom kompetensområdet. Av detta följer:

- Andra aktörer blir skyldiga att ta emot patienter där primärvården bedömer att behov föreligger av särskilda medicinska eller tekniska resurser, eller särskild kompetens.
- Primärvården åläggs ett tydligare ansvar att inte hantera patienter där sådana insatser krävs

Detta tydliggörande inskräper också behovet av en välfungerande samverkan enligt föregående punkt.

3.4. Tydliggör innebörden av handläggningsansvar

En patient kan ha flera samtidigt pågående kontakter med olika vårdaktörer. Primärvården ansvarar, i linje med definitionen av primärvård, för insatser som inte kräver särskild kompetens eller resurser, samt har en överblick och ett övergripande helhetsansvar. För att kunna se helheten och ta ett övergripande ansvar, behöver omfattningen av varje inblandad enhets ansvar vara tydlig. Vi föreslår att begreppet handläggningsansvar definieras regiongemensamt. I handläggningsansvar ingår:

- Utredning och behandling
- Receptförskrivning
- Sjukskrivning
- Uppföljning
- Samordning

Vid remittering åligger handläggningsansvaret remitterande enhet till dess att patienten gjort ett första besök vid mottagande enhet, eller till dess att handläggningsansvaret avgjorts.

Aktuella handläggningsansvar bör vara samlade och lätt tillgängliga för alla nuvarande och potentiella vårdaktörer. Inte minst för primärvården är det viktigt att för kunna skapa en överblick, göra helhetsbedömningar och ta ett samordnande ansvar för patientens vård. Med en central definition av handläggningsansvar kan också centrala anvisningar för hur detta skall kommuniceras till övrig vård och patienten vara lämpligt. En möjlighet är att integrera handläggningsansvar med patientkontraktet. Det vore fördelaktigt om strukturen för registrering av handläggningsansvaret inte medger att detta görs på fler än ett sätt, t.ex. som del av patientens övergripande journalinformation.

3.5. Öka samverkan för att nå god och nära vård

Om primärvården skall vara första linjens sjukvård och ges nära patienten, ställer det krav på att all vård orienterar sig efter detta. Det involverar, utöver dagens primärvård, också öppenvårdsinsatser från specialiserad vård och kommunal sjukvård. I målbilden utförs en större del av dagens specialistvård i primärvård. I kontrast till den uppgiftsförskjutning som beskrivits mot primärvård i nuläget, innebär en sådan resursomfördelning att utförandet av vården följer med- inte omfördelas- till primärvård. Det förutsätter alltså en resursförskjutning som också innefattar själva utförandet från specialiserad vård till primärvård. Dessa resurser innebär både personal, material och ekonomiska medel. Specifika former för denna migration behöver diskuteras mellan dagens specialist- och primärvård. För att nå målet, behövs en huvudmannastyrning mot stärkt primärvård. Denna måste involvera styrning också av specialiserad vård. Det är vidare lämpligt att övervaka måluppfyllelsen genom att mäta hur resursfördelningen över tid utvecklas.

3.6. Strukturera och resurssätt uppdragets olika delar

Som första åtgärds punkt beskriver vi att vårdgivaren bör ansvara för en struktur som skyddar medarbetarnas arbetsmiljö vid resursbrist. För att göra detta behövs en struktur som åskådliggör tillgång och fördelning av resurser. Primärvårdsuppdraget kan brytas ned i olika delar. Resurser kan sedan fördelas för att genomföra delarna helt eller delvis. Ett exempel på uppdelning är akut omhändertagande, stöd till kommunal sjukvård, BHV, MHV, bakjour, planerad mottagning, telefonrådgivning, jourverksamhet och eventuella tilläggsuppdrag. Resursåtgången utgår från grunduppdraget, antalet listade individer och eventuella tilläggsuppdrag.

3.7. Prioriteringsordning för delarna vid resursbrist

I ett nuläge där läkarresurserna tydligt understiger målbilden 1/1100 specialläkare föreligger ett konkret behov att prioritera de befintliga resurserna. Detta bör göras lokalt utifrån övergripande riktlinjer för prioritering från Socialstyrelsen, kompletterade med regionalt stöd. Vägledande är det medicinska behovet och den etiska plattformens prioriteringsgrunder. Vården skall ges likvärdigt, prioriteras till de med störst behov och genomföras så kostnadseffektivt som möjligt. Den strukturering av verksamhetens olika delar som föreslås i ovanstående punkt kan vid resursbrist användas för att prioritera dem att utföras, helt eller delvis. Vissa delar bör prioriteras att genomföra i sin helhet (för alla listade individer), oavsett bemanningsnivå. Detta gäller t.ex:

- Stödet till kommunal sjukvård. Inkluderar tillhandahållandet av fast läkarkontakt till patienter inom hemsjukvård eller särskilt boende
- BHV
- MHV
- Akut omhändertagande. Inkluderar akutuppdraget enligt tidigare punkt.
- Bedömning av nytillkomna besvär, oavsett kontaktform

Prioritering av delar av uppdraget vid resursbrist innebär att andra nedprioriteras. Om vissa delar prioriteras att utföras i sin helhet, innebär det vidare att befintliga resurser i högre grad utnyttjas till dessa än vid målbilden. Kvarvarande resurs att hantera resterande delar minskar då ytterligare, och kan helt utebli. (Kontinuitet och fast läkarkontakt, PM 2022:5, Vård- och omsorgsanalys). Konkret innebär detta att delar av uppdraget helt eller delvis prioriteras bort, för att klara andra. Med exempelvis 50 % bemanning innebär det att allting inte kan göras till 50 %; De delar som görs till 100 % gör anspråk på proportionerligt mer av befintliga resurser, som då inte kan utnyttjas till resterande delar i samma omfattning.

3.8. Begränsa listning per läkare till 1/1100

1100 individer/heltidsarbetande specialist är en möjlig och rimlig åtgärd att avgränsa den individuella läkarens arbetsmiljö vid resursbrist. Utöver att det ligger i linje med målbilden, är ett listningstak per läkare ett sätt att adressera den generella arbetsmiljöproblematik som resursbrist medför. Listningstaket bör anpassas till tjänstgöringsgrad och ev. sidouppdrag utanför enheten. ST-läkare i allmänmedicin bör som medeltal under ST ha målvärdet 550/heltid. Siffran är lägre för tidig ST, högre närmare slutet och behöver anpassas individuellt under utbildningstiden.

3.9. 1/1100 bör anpassas till aktuell prioritering

Riktvärdet 1/1100 gäller all primärvård till en oselektad befolkning. Denna siffra skall justeras nedåt om befolkningen (1100) selekteras på ett sätt som ger ett genomsnittligt större vårdbehov. Vi ser flera problem med att göra en sådan generell prioritering, främst bestående av svårigheter med gränsdragning och likvärdiga individuella bedömningar. Vidare saknas idag system som på ett rättvisande sätt kan gradera vårdbehov i relation till primärvård. Selektion av mer vårdkrävande patienter utgör också en risk för ökad arbetsbelastning. En möjlig befintlig modell att ta stöd av i arbetet är dock dagens kapiteringssystem i vårdval primärvård. Befolkningens genomsnittliga kapitering (x) multiplicerat med 1100 ger produkten 1100x. Vid selektion av individer kan 1100x/genomsnittlig kapitering för urvalet ge ett riktvärde om lämplig justering. Denna tar dock inte hänsyn till en verksamhet som prioriterar att erbjuda vissa delar likvärdigt till alla listade. Ej heller inkluderas eventuella tilläggsuppdrag i t.ex. glesbygd och allmänmedicinska vårdplatser.

Vid en prioritering som utnyttjar befintliga resurser till att utföra delar av uppdraget i sin helhet, behöver omfattningen av resterande delar av uppdraget anpassas därefter. T.ex. innebär detta att befintliga resurser inte räcker till 1100/heltid, då heltidsresursen utför en del av uppdraget till fler än 1100. Resterande delar kan då tillhandahållas till färre.

3.10. Struktur för att hantera överskjutande uppdrag vid resursbrist

De delar av uppdraget som blir över när resurser prioriterats vid begränsad tillgång behöver på något vis hanteras. Detta är vårdgivarens ansvar och kräver en modell som säkerställer arbetsmiljön för personalen, prioriterar resurserna till de som bäst behöver dem och ger en likvärdig vård. En grundförutsättning är att lösningen för överskjutande del inte kan ta redan utnyttjade resurser i anspråk. Vi ser följande som möjliga lösningar:

- Lista de som inte ryms på annan resurs. Verksamheten bör organiseras så att hanteringen av överskjutande del av uppdraget i så liten utsträckning som möjligt belastar befintlig personal. Listning på fiktiv resurs eller motsvarande tydliggör att det finns en grupp patienter som inte ryms på fasta läkares listor. Även annan personal behöver en struktur för hantering av de insatser som inte ryms inom de befintliga resurserna.
- Anställ inhyrd personal för att hantera överskjutande delar. De som listas på fiktiv resurs, eller de åtgärder som inte ryms inom ramen för aktuell prioritering med befintliga resurser, kan hanteras av inhyrd personal. Denna kan verka vid samma enhet, eller utgöra en separat enhet med likartat uppdrag gentemot flera enheter.

3.11. Likvärdighet och tillgänglighet står i konflikt med kvalitet och kontinuitet

En prioritering av uppdraget kommer påverka likvärdigheten i erbjuden vård. Om vissa delar prioriteras, kommer andra att behöva nedprioriteras. Om detta görs genom prioritering av verksamhetens delar, föreligger fortsatt likvärdighet i meningen att vården prioriteras likvärdigt utifrån behov. Vid avgränsning genom att erbjuda alla individer alla delar av uppdraget till den nivå resurserna räcker till utifrån målvärdet 1/1100, kommer det antal individer som resurserna inte räcker till att ställas utan. Detta står i direkt konflikt mot likvärdighet, den etiska prioriteringsplattformens högsta princip, och är olämpligt. Samtidigt ska enligt patientlagen varje individ erbjudas den vård tillståndet (tillstånden) kräver. En prioritering enligt ovan, olämplig ur likvärdighetssynpunkt, ligger därmed i linje med patientlagen.

Ytterligare en genomgripande målkonflikt föreligger mellan tillgänglighet och kontinuitet. En högre grad av tillgänglighet till rådgivning, besök och åtgärder kräver att resurser avsätts för detta ändamål. Tillhandahållande av kontinuitet innebär att den eller de resurser som haft tidigare kontakt med en specifik patient tillgängliggörs för eventuell framtida kontakt. Ju högre grad av kontinuitet som eftersträvas (eller efterfrågas), desto mer resurser behöver avsättas för att kunna tillhandahålla den. Det har i bakgrund och nuläge beskrivits hur tillgänglighet ges stort utrymme i styrning och mätning. Vidare ligger detta endast delvis i linje med efterfrågan och ofta i direkt konflikt med den högt värderade och eftersträvade kontinuitet som primärvården skall genomsyras av. Vi menar att:

- Styrning av vården bör också göras mot en starkare kontinuitet. Dagens ensidiga fokus på tillgänglighet tränger undan andra aspekter. Detta utesluter inte ett fokus på tillgänglighet, särskilt inom vissa delar. Dagens ensidiga fokus tränger dock undan andra aspekter som befolkningen värderar högt och ofta högre.
- De målkonflikter som finns mellan olika värden bör tydliggöras för befolkningen. Det är rimligt och helt i linje med god och nära vård att patientens perspektiv och önskemål sätts i centrum. Med detta följer också avvägningar mellan olika värden. Prioritering av det ena värdet, här exemplifierat med tillgänglighet, får konsekvenser för andra, här exemplifierat med kontinuitet. När tillhandahållande av ett värde får konsekvenser för möjligheten att tillhandahålla andra, bör detta tydligt framgå.

3.12. Tillämpning av fast läkarkontakt

För att nå de värden som eftersträvas med fast läkarkontakt, är det nödvändigt att läkaren har tid att fullgöra åtagandet. Som framgått av tidigare resonemang är detta åtagande i linje med ett allmänmedicinskt perspektiv. Vi föreslår att:

- Som grundregel kan ST-läkare i allmänmedicin och specialister i allmänmedicin vara fasta läkarkontakter. Dessa kompetenser har den kompetens och inriktning som avses för uppdraget. För vissa patientgrupper kan listning på resurs med annan kompetens vara lämplig, t.ex. särskilt boende och specialistkompetens i geriatrik.
- Den individuella läkarens listning bör inte kunna vara större än aktuell tjänstgöringsgrad, korrigerad för tilläggsuppdrag utanför verksamheten. Det är centralt att listningsstrukturen värnar om den läkarresurs som krävs för uppdraget.
- Listning på läkare görs synonymt med fast läkarkontakt. Om inte listning motsvarar att vara fast läkarkontakt, behöver skillnaden i åtagande mellan listning på läkare utan fast läkarkontakt och med fast läkarkontakt definieras. Vi ser inte hur en rimlig sådan åtskillnad kan göras, då det skulle kräva något slags mätbar och definierad begränsning av den fasta läkarkontakten, och därmed det allmänmedicinska åtagandet.
- Listning på funktion (ex. fiktiv, vakant, stafett) är en gångbar lösning endast om funktionen innebär ett åtagande som motsvarar fast läkarkontakt.

3.13. Fast vårdkontakt och teamarbete

Den kontinuitetsbärande funktion som är central för primärvården för att ge trygghet, stöd och delaktighet i vården kan vara i relation till enskild medarbetare eller team (Fast kontakt i primärvården. Vård- och omsorgsanalys 2021:1). Det är därför möjligt att tillhandahålla såväl fast

läkarkontakt som fast vårdkontakt inom ramen för teamarbete. Teamets roller och funktion behöver tydlig definieras i relation till teamets uppgift. Relationskontinuitet gentemot patienten på individnivå har sannolikt bäst förutsättningar att ges av andra yrkeskategorier än läkare, särskilt vid behov av tät kontakt och uppföljning. En struktur där patienten har kontakt med en eller flera andra teammedlemmar än läkaren förändrar inte fördelningen av medicinskt ansvar för bedömning, utredning och behandling som åligger läkaren. Däremot kan teamarbete, genom att delar av den fasta läkarkontaktens uppgifter hanteras av övriga teammedlemmar, ge förutsättningar att använda läkarresursen mer effektivt. Detta gäller särskilt vid resursbrist. Vid tillhandahållande av kontinuitet genom teamarbete är det viktigt att teamets medlemmar har tillräcklig tid för informationsutbyte. Detta gäller inte endast skriftlig information. Tid för reflektion, diskussion och erfarenhetsutbyte är en särskilt viktig del, som också adresserar flera positiva faktorer gällande arbetsmiljö.

3.14. Ekonomiska resurser måste följa med ett mer omfattande uppdrag

Idag utgör ekonomiska ramar en begränsning efter vilken uppdraget anpassas. Istället bör de ekonomiska ramarna anpassas efter det avsedda uppdragets innehåll. Målbilden med god och nära vård innebär att mer av vården sker i primärvård. För detta krävs ekonomiska medel som möjliggör tillskott av främst personal, men även andra resurser. Här finns dessutom en historisk skuld i de uppgifter som överförs till primärvården utan medföljande resurser. Tillräckliga resurser är också avgörande för flera av de förslag vi ger för att hantera nuläget i syfte att stärka arbetsmiljön, förbättra personalförsörjningen och kunna arbeta mot fast läkarkontakt samt god och nära vård. På kort sikt behöver ekonomiska resurser säkerställas för att:

- Korrigera det föreliggande underskottet i förhållande till överförda uppgifter
- Möjliggöra avlastning och begränsning av befintlig personals arbetsmiljö
- Säkerställa att budgetramar inte begränsar möjliga satsningar avseende rekrytering och utbildning

På längre sikt bör en ekonomisk strategi inkludera:

- Åtgärder för att uppnå och upprätthålla kompetensförsörjningsplanen
- Anpassning av budget utifrån ett utökat uppdrag i linje med god och nära vård samt målbild 1/1100
- Ökning av primärvårdens andel av totala sjukvårdskostnader

3.15. Administrativ struktur för listning

Regionen behöver i egenskap av huvudman för sjukvården ta fram ett administrativt system för listning vid vårdenhet samt på läkare (synonymt med fast läkarkontakt) som uppfyller de krav som ställs sedan lagändringen i juli 2022. Systemet bör stödja dimensionering av funktionen fast läkarkontakt utifrån aspekterna tjänstgöringsgrad och andra sidouppdrag som beskrivits tidigare.

3.16. Ta fram målbemanning för övriga yrkeskategorier

Målvärdet 1/1100 för specialister i allmänmedicin ger en tydlighet i beskrivning och analys av nuläge, samt arbete mot målbild framöver. Motsvarande tydlighet vore eftersträvarsvärd också

för andra yrkeskategorier eller funktioner i primärvården. Med vetskap om att behov av dessa kan variera beroende på organisation av arbetet och förutsättningar, föreslår vi att regionen ser över möjligheten att ta fram målvärden för yrkeskategorierna sjuksköterska, fysioterapeut distriktsköterska, BHV-sköterska, arbetsterapeut, och undersköterska. Riktvärden bör också övervägas för bemanning av funktionerna MHV, samtalskontakt och specialiserad sköterskemottagning, t.ex. diabetes, astma/KOL och demens. Riktvärdena bör baseras på analys av respektive behov utifrån uppdrag och funktion. Bedömningen bör ta stöd i befintliga nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, vilka finns för t.ex. astma/KOL och diabetes, samt standardiserade och sammanhållna vårdförlopp.

3.17. Anpassa målbemanning efter uppdrag

1 heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1100 invånare är ett riktvärde, som bör anpassas efter lokala förutsättningar. Vi bedömer att det idag finns skillnader i uppdragets omfattning som motiverar lokal justering ned från 1100. Detta gäller tydligast i glesbygd, där en del av akutsjukvårdens uppdrag hanteras av hälsocentralerna. Det gäller vidare för de enheter som har allmänmedicinska vårdplatser, som ersätter specialiserad vård på sjukhus.

Det finns vidare skäl att se över möjligheten att göra en generell modell för anpassning av siffran 1/1100. Följande faktorer är exempel som talar för justering ned från 1100:

- Högre medelålder än riket
- Lägst medellivslängd i riket
- Utpräglad glesbygdsgeografi, med 2,5 % av landets invånare på 25% av ytan
- Primärvårdens åtagande är större än riket generellt

Det finns även faktorer som talar för justering uppåt, t.ex. vissa socioekonomiska aspekter. En modell för att anpassa 1/1100 kan ge förutsättningar för mer relevant målbild gällande resurser och bemanning, samt underlag för prioritering av befintliga resurser utifrån uppdraget.

Framtagandet av en sådan modell kräver utförliga grunddata och analyskapacitet för att nå ett relevant resultat. Hur detta görs praktiskt lämnas till regionen som huvudman att överväga. Vi bedömer vidare att siffran 1/1100 är fullgod som målbild och verktyg för att arbeta framåt i det aktuella läget. Det är uppenbart att nuläget är långt från målbilden, och oavsett justering uppåt eller nedåt gäller beskrivningen av målbild, det aktuella läget samt föreslagna åtgärder.

3.18. Etablera en kompetensförsörjningsplan

Regionen som huvudman bör utarbeta en kompetensförsörjningsplan för att nå målbilden 1/1100. Planen bör:

- Ange konkreta målvärden för antal heltidsarbetande specialister och ST-läkare i allmänmedicin
- Ta hänsyn till förväntat bortfall avseende tjänstgöringsgrad och sidouppdrag som specialist respektive ST-läkare. För ST-läkare bör även genomsnittlig tjänstgöringstid och andel som anställs som specialist efter fullgjord utbildning beaktas.
- Ta höjd för ett utökat uppdrag för primärvården i linje med omställningen till god och nära vård
- Innehålla tidsspecifika delmål baserade på relevanta indikatorer

- Innehålla en kontinuerlig, lätt tillgänglig uppföljning av aktuellt antal heltidsarbetande specialister och ST-läkare i allmänmedicin, korrigerade enligt ovan
- Ge tidsspecifika delmål avseende specialister, ST-läkare och BT-läkare i primärvården

3.19. Anpassa vårdvalets uppföljning efter målbild och underliggande data

Vårdvalets uppföljning bör anpassas för att bättre balansera och spegla målbilden med god och nära vård, samt befolkningens preferenser avseende trygghet, kontinuitet och delaktighet. Vidare behöver uppföljningen baseras på datakällor av hög kvalitet för att säkerställa att det som mäts faktiskt speglar vad som avses. Vi föreslår:

- Skapa uppföljningsmått för delaktighet, trygghet och kontinuitet. Dessa är efterfrågade kärnvärden i god och nära vård, bör speglas i uppföljningsmått (Kontinuitet och fast läkarkontakt, PM 2022:5, Vård- och omsorgsanalys). Datakällorna behöver vara tillförlitliga och likvärdigt registrerade mellan enhet och över tid för att möjliggöra relevant tolkning. Vidare bör dataextraktion vara helautomatisk och ej ställa krav på merarbete för vårdpersonalen. Exempel på datakällor är journalsystem och systematiska patientuppföljningar. Kontinuitet till team bör övervägas som relevant variabel.
- Tyngden av uppföljningsmått bör avspeglas i dess relevans för måluppfyllelsen. Indikatorer för delaktighet och kontinuitet bör värderas i relation till dess efterfrågan och målbilden i god och nära vård. Detta syftar till en balanserad uppföljning och att undvika dagens undanträngning till följd av fokus på tillgänglighet.
- Indikatorer för arbetsmiljön bör ingå i uppföljningen. Eftersom arbetsmiljön är starkt kopplad till förutsättningar att rekrytera och behålla personal, bör såväl positiva som negativa indikatorer följas. Positiva indikatorer bör belysa återhämtningsfaktorer såsom variation, reflektion, gemenskap och hanterbarhet. Negativa indikatorer bör belysa stress, bristande egen kontroll över innehållet, arbetsbelastning och ensamarbete.
- Indikatorer för utbildning och forskning bör ingå i uppföljningen på aggregerad nivå. Underliggande påverkande faktorer på möjligheten att bedriva utbildning och forskning varierar mycket på enhetsnivå, och det är tveksamt huruvida uppföljning av indikatorer på sådan nivå ger meningsfull information. Däremot är utbildning och forskning väsentliga på regionövergripande nivå för att ge förutsättningar och nå målbilden. Därför bör indikatorer för att följa utbildning och forskning, relaterade till målbilden med fast läkarkontakt, kompetensförsörjningsplan samt god och nära vård, övervägas.
- Antalet uppföljningsindikatorer bör antingen minska eller öka kraftigt. Om möjligt, bör antalet indikatorer vara så få och breda som möjligt för att inte fragmentisera och detaljstyra vården på bekostnad av helheten. Detta ligger vidare i linje med tillitsbaserad styrning. Ett alternativt sätt att nå samma mål är att kraftigt öka antalet följda indikatorer. Detta omöjliggör detaljstyrning av verksamheten i syfte att optimera indikatorerna, då de är för många och sinsemellan motstridiga. En sådan lösning ställer dock krav på administrativa system för datainsamling och framtagande av relevanta indikatorer.

3.20. Utbildning bör prioriteras

På medellång sikt är utbildning den viktigaste och mest realistiska vägen att nå kompetensförsörjningsplanens mål. Därför behöver utbildning vara en prioriterad del av

verksamheten. Detta gäller även vid bristande resurser, och bör tillåtas få konsekvenser för andra verksamhetsmål. Om utbildningsuppdraget åsidosätts, riskeras aktuell och framtida kompetensförsörjning. På längre sikt innebär det också en patientsäkerhetsrisk, då personalens kompetens är central för kvaliteten på vården. Vi föreslår:

- Antalet BT- och ST-tjänster i allmänmedicin bör dimensioneras centralt med utgångspunkt i kompetensförsörjningsplanen. Kompetensförsörjningen är ett huvudmannaansvar, och därmed också tillhandahållandet av en utbildningsstruktur för att följa den.
- Ge ST-studierektorerna i uppdrag att utforma en listningstrappa för ST i allmänmedicin. Listningen bör som medel under ST vara 550 individer/heltid, lägre i början och högre i slutet. I uppdraget bör ingå att ge förslag på hur listningen och rollen som fast läkarkontakt kan hanteras under sidotjänstgöringar.
- Se över hur utbildningsverksamheten kan organiseras för att möjliggöra att enheter med olika förutsättningar kan utbilda med god kvalitet efter förmåga.
- Se över möjligheten att centralisera och digitalisera planering av sidotjänstgöring och ge ST i allmänmedicin företräde. Idag utgör väntetid på sidotjänstgöring en flaskhals för ST-utbildningen. Ett regionövergripande system för att hantera planering och bokning av dessa främjar optimalt utnyttjande. Företräde för ST i allmänmedicin framför andra ST skulle gynna genomströmningen i allmänmedicin, dock på bekostnad av andra specialister, varför frågan behöver ses i ett regionalt helhetsperspektiv.
- Inför avsatt tid för fortbildning för anställda specialister i allmänmedicin. Denna bör inkludera regelbunden handledarutbildning och förenas med ett redovisningskrav på genomförd utbildningsaktivitet.

3.21. Resurssätt utbildningsuppdraget

Alla primärvårdsenheter har inte samma förutsättningar eller förmåga att utbilda. Uppdraget att utbilda BT- och ST-läkare i allmänmedicin bör resurssättas genom central styrning utifrån kompetensförsörjningsplanen. Det är inte lämpligt att det samlade utbildningsuppdrag som utgår från kompetensförsörjningsplanen utformas av varje enhet och fördelas lika i verksamheter som har olika förutsättningar och förmåga att utbilda. Istället kan utbildningsuppdraget resurssättas och ges till de enheter som har kompetens, intresse och övriga resurser att hantera uppdraget efter förmåga. Därmed tillåts vissa enheter utbilda i större omfattning än andra. Ersättningen bör utformas för att motsvara de merkostnader som utbildningen medför för såväl direkta utbildningsinsatser som påverkan på resursfördelning till annan verksamhet. Den bör vidare dels omfatta en fast del som täcker löpande resurser, dels en målbaserad del som kopplas till faktiskt genomförda utbildningsinsatser.

3.22. Resurssätt och premiera forskning

Forskning är en nödvändig del av hälso- och sjukvårdens utveckling. Förbättrade möjligheter att bedriva forskning i primärvården är en av målsättningarna med god och nära vård (Överenskommelse god och nära vård. SKR, 2021). Vidare är forskning en kvalitetsfaktor för såväl bedriven vård som utbildning. I dagsläget bedrivs forskning i mycket begränsad omfattning inom primärvården i Norrbotten. I en verksamhet som under lång tid haft resursbrist, har forskning inte varit ett prioriterat verksamhetsområde. För att nå målbilden och syftet med god och nära vård

bör strukturella åtgärder för att resurssätta och premiera forskning vidtas. Dessa behöver vara så konkreta att de får genomslag i verksamhetens dagliga arbete. Likt utbildningsuppdraget, bör forskning ses som en egen och prioriterad del av verksamheten i relation till övriga mål.

3.23. Teamarbete som ett verktyg för måluppfyllelse

Både för nuläge och måluppfyllelse kan teamarbete vara ett lämpligt verktyg inom de ramar som gavs i rapportens första stycke. Specifikt finns flera exempel från olika enheter inom regionen idag. Vad som fungerar är beroende av de varierande förutsättningarna för respektive enhet. Centralt för framgång är:

- Tydligt uppdrag. Det är av stor vikt att verksamhetens interna analys ligger till grund för uppdragets utformning.
- Tydlig rollfördelning, som utgår från syftet med teamet. Arbetsmiljöfaktorer, såsom gemenskap, delaktighet, reflektion och variation, bör jämte patienthandläggning med kontinuitetsfokus inkluderas i syftet
- Löpande utvärdering av teamets arbete i relation till syfte och uppdrag

Exempel på områden där teamarbete kan tillämpas är planerat och akut omhändertagande, BHV, MHV, SÄBO, multimodal rehab, psykisk ohälsa, KOL/astma, diabetes och hjärtsvikt.

Genom ett välfungerande teamarbete uppbyggt kring fast läkar- och vårdkontakt kan kontinuitet, trygghet och delaktighet tillhandahållas, samtidigt som arbetsmiljön för personalen stärks. Det är i planering, genomförande och utvärdering viktigt att värdera i vilken grad dessa mål nås. Den potentiella målkonflikten med helhetsperspektiv och sammanhållna insatser, bärande för såväl god och nära vård som primärvårdens uppdrag och det allmänmedicinska kompetensområdet, behöver också beaktas. Detsamma gäller eventuella undanträngningseffekter på verksamhet som inte ingår i teamarbete.

Slutord

Vi har i denna rapport beskrivit målbild, nuläge och förslag på åtgärder för en utveckling mot fast läkarkontakt med dimensioneringen 1 specialist i allmänmedicin/1100 individer i Norrbotten. Målbilden ligger i linje med god och nära vård och inkluderar tillämpning av fast vårdkontakt samt teamarbete. Förslagen har en bred spännvidd, och dess relevans varierar beroende på läsarens position och perspektiv i verksamheten. Ambitionen har varit att ge förslag som var för sig kan tillämpas i olika delar av organisationen, och som tillsammans verkar för att hantera nuläget på ett sätt som möjliggör att både nå målbilden och bedriva bästa möjliga verksamhet på vägen dit.