



Svenska  
Läkaresällskapet

# Vem ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården?

**SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET 2024**

## Rapport "Vem ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården?"

Antaget av SLS nämnd 2024-09-04

Underlag framtaget av SLS beredningsgrupp för primärvårdsfrågor Susanna Althini, Hans Hjelmqvist, Karin Pukk Härenstam, Johan Dabrosin Söderholm och Susann Asplund Johansson.

## Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Syfte .....	6
1.3 Metod .....	6
<b>2. Är det reglerat vem som kan vara fast läkarkontakt?.....</b>	<b>6</b>
2.1 Gällande rätt .....	6
2.2 Tidigare reglering.....	7
<b>3. Statliga initiativ och myndighetsuppdrag .....</b>	<b>8</b>
3.1 God och Nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).....	9
3.2 Regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) .....	9
3.3 Socialstyrelsens stödmaterial för dimensionering av fast läkarkontakt.....	10
3.4 Regeringens proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) .....	10
3.5 Socialstyrelsen om kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården.....	11
<b>4. Kompetensförsörjning .....</b>	<b>12</b>
<b>5. SLS policy, remissvar och arbetsgruppsdokument.....</b>	<b>14</b>
5.1 Policy- och arbetsgruppsdokument.....	14
5.2 Remissvar.....	15
<b>6. Bedömningar och förslag .....</b>	<b>18</b>
6.1 Utgångspunkter .....	18
6.2 Problembilden .....	19
6.3 Förslag.....	20
6.4 Konsekvenser.....	22

## 1. Inledning

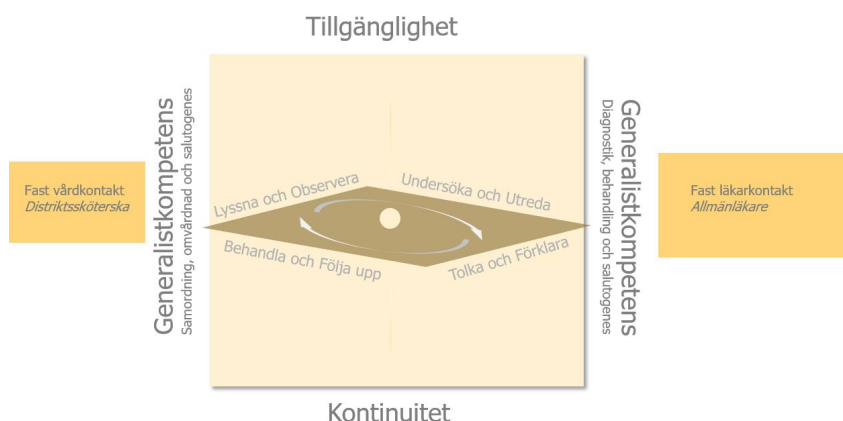
*Vem kan vara fast läkare i primärvården och vilken kompetens behöver den fasta läkarkontakten ha om vi vill åstadkomma ett stabilt, jämlikt, människovänligt och hållbart vård- och välfärdssystem? Detta är utgångspunkten för diskussionsunderlaget och sammanställningen är tänkt att fungera som ett underlag till fördjupat tänkande.*

Svenska Läkaresällskapet (SLS) reflekterar över två alternativa scenarier. I det första beskriver vi en vårdmodell med primärvården som nav, där varje individ i samhället har tillgång till en fast läkarkontakt med generalistkompetens (specialist eller ST-läkare i allmänmedicin), och som därmed kan hantera ett brett spektrum av hälsoproblem med ett salutogent förhållningssätt, oavsett patientens ålder, socioekonomiska status eller bostadsort. I detta scenario är infrastrukturen för personcentrerat arbete byggd utifrån fasta kontakter och med den fasta läkarkontaktens lista som utgångspunkt för primärvårdsteamens uppbyggnad. I detta vårdssystem balanseras värden som kontinuitet och samordning mot tillgänglighet och generalistkompetens. (Bild 1)

I det andra scenariot ges läkare med smalare specialistkompetens möjlighet att utföra delar av allmänspecialistens uppgifter, och andra yrkesgrupper kan i rollen som fast vårdkontakt *ersätta* den fasta läkarkontakten i stället för att *komplettera* läkaransvaret med sin egen yrkeskompetens. I det här vårdsystemet värderas och premieras tillgänglighet och snabba åtgärder högre än kontinuitet, samordning och generalistkompetens.

Vilken kompetens som krävs för att vara fast läkarkontakt är en angelägen samhällsfråga som kommer att påverka människors tillgång till vård utifrån prioriteringsplattformens principer under lång tid framåt. Hur frågan hanteras är en balansakt mellan vad som är möjligt på kort sikt och vad som är önskvärt på lång sikt. Det är viktigt att beakta vilket pris en kortsiktig lösning får på lång sikt.

**SLS ser att** det vård- och omsorgs-system vi befinner oss i idag liknar scenario två och anser att det är angeläget med en förflyttning i riktning mot scenario ett. För att den förflyttningen ska bli en realitet behöver primärvården bemannas av generalistkompetenta läkare och förutsättningar för kontinuitet i patient-läkarkontakten säkras genom att antalet patienter per fast läkarkontakt begränsas. Dessutom behöver fasta kontakter synliggöras för patienter/anhöriga, såväl som för vård och omsorgspersonal, och det är angeläget att de fasta kontakterna har hög och ändamålsenlig kompetens. **SLS menar att** allmänmedicin är den mest ändamålsenliga kompetensen i uppdraget fast läkarkontakt i primärvården, för både individer och system.



*Bild 1 (av Susanna Althini) - Centrum i denna bild symboliserar ett balanserat vårdssystem, byggt utifrån listning på fast läkare med generalistkompetens (Specialist eller ST-läkare i allmänmedicin) och för interprofessionellt teamarbete. Detta ger bästa möjliga förutsättningar för samordnad personcentrerad vård som når jämlikt till alla.*

## 1.1 Bakgrund

Det pågår en omställning till nära vård med primärvården som nav. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har lämnat flera betänkanden som har lett till nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (HSL).<sup>1</sup> Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har slutit årliga överenskommelser om *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*.<sup>2</sup> Flera myndigheter har i uppdrag att stödja och följa omställningen<sup>3 4</sup>.

I det andra betänkande<sup>5</sup> föreslogs att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin, och att detta regleras i förordning. Utredningen menade också att antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas och föreslog att Socialstyrelsen tar framföreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt för att garantera en god och säker vård. För att säkra tillgången på specialister i allmänmedicin föreslog utredningen att staten under en omställningsperiod finansierar specialiseringstjänster i allmänmedicin.

Regeringen gick inte vidare med utredningens förslag om regleringar i dessa delar. Regeringen gav i stället Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram nationella stöd för fast läkarkontakt och att analysera vilka behov en fast läkarkontakt ska möta och vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha. Uppdragen har lett till stödmaterial för dimensioneringen av fast läkarkontakt och ett kunskapsstöd med kompetensmål för fast läkarkontakt.<sup>6</sup>

SLS utbildningsdelegation har diskuterat kunskapsstödet *Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården* och ett antal utmaningar har lyfts fram.<sup>7</sup> I diskussionen hänvisades bl a till Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) och Distriktsläkarföreningen (DLF) som anser att målsättningen är att den fasta läkaren i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin med ett avgränsat antal individer på listan. SFAM och DLF vill att det införs ett nationellt strukturerat program för dubbelspecialisering. Slutligen lyftes att kompetensen för fast läkarkontakt inte skiljer sig från den som uppnås genom ST i allmänmedicin, att fasta läkarens lärande behöver pågå fortlöpande såväl enskilt som i olika kollegiala och andra sorters lärandemiljöer och att det bör integrera kollegiala formativa kompetensvärderingar med metoder som har utvecklats av SFAM.

Utbildningsdelegationen konstaterade våren 2023 att frågan är större än en utbildningsfråga och att nämnden bör diskutera vilka specialister som ska kunna vara fast läkarkontakt. I juni 2023 uppdrog nämnden den nybildade beredningsgruppen för primärvårdsfrågor och Utbildningsdelegationen att ta fram ett underlag inför ett kommande beslut. I protokoll från nämndmötet 2023-06-14 framgår följande:

<sup>1</sup> Bland annat att begreppet "nära vård" infördes, ny definition av primärvård och ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

<sup>2</sup> Överenskommelser har slutits 2019 – 2023 och årligen omfattat ca 3 miljarder kronor.

<sup>3</sup> Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård S2023/01930 (delvis). Socialstyrelsen har redan haft uppdraget under åren 2019–2023.

<sup>4</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska även på nationell nivå analysera graden av måluppfyllelse avseende mål om fast läkarkontakt som framgår av överenskommelsen mellan staten och SKR om en god och nära vård för 2021 och 2022.

<sup>5</sup> God och nära vård En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

<sup>6</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/>

<sup>7</sup> Se Utbildningsdelegationens underlag av ledamoten Nikolaos Georgiannos (maj 2023) i bilaga.

”TA<sup>8</sup> sammanfattade diskussionen med att det fanns en enighet om att fast läkare bör vara specialist i allmänmedicin men andra ska kunna bli dubbelspecialist. Att ha listade patienter innan man är färdig dubbelspecialist är en kortsiktig lösning på bristen. Utbildningsdelegationen och beredningsgruppen för primärvårdsfrågor fortsätter att diskutera frågan som återkommer till nämnden vid ett senare tillfälle.”

Mot denna bakgrund redogörs i det följande för hur regelverket om fast läkarkontakt har förändrats, olika statliga initiativ samt för SLS uttalanden om fast läkarkontakt. Då fast läkarkontakt alltid har kopplats till kompetensförsörjningsfrågan ges även en bild av läget, inte minst i förhållande till Socialstyrelsens riktvärde om en fast läkarkontakt på 1 100 invånare. Utifrån det samlade materialet har SLS landat i bedömningar och förslag i kapitel 6.

## 1.2 Syfte

Syftet är att ta fram ett underlag för SLS ställningstagande om vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården.

## 1.3 Metod

Inledningsvis har det gjorts en genomgång av

- regelverket för fast läkarkontakt och tidigare reglering samt förarbeten,
- statliga initiativ och myndighetsuppdrag gällande fast läkarkontakt inom omställningen till nära vård,
- underlag om kompetensförsörjning från Nationella vårdkompetensrådet och
- SLS tidigare uttalanden och ställningstaganden i policy och remissvar.

Därefter har det samlade materialet analyserats och utgjort underlag för bedömningar och förslag från SLS. Ett första utkast diskuterades med Utbildningsdelegationen 2023-12-07.

## 2. Är det reglerat vem som kan vara fast läkarkontakt?

*Fast läkarkontakt har funnits i HSL sedan 1996. I lagen regleras inte några krav på specialistkompetens för den fasta läkarkontakten. Det fanns fram till 2009 krav i lag på att fast läkarkontakt i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin.*

### 2.1 Gällande rätt

#### *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*

Fast läkarkontakt regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Av 7 kap. 3 § HSL framgår bl. a att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.

Sedan 1 juli 2022 gäller att valet av utförare sker genom att den enskilde listar sig hos en utförare. Av 7 kap. 3 a § HSL framgår bl a att valet av utförare där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter, dvs genom listning.

I lagen regleras inte några krav på specialistkompetens för den fasta läkarkontakten.

#### *Patientlagen (2014:821)*

Fast läkarkontakt regleras även i patientlagen som har till syfte att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Av 3 kap. 2 § patientlagen framgår att patienten ska få information om bl a möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt. Av 6 kap. 3 §

<sup>8</sup> TA är Tobias Alfvén, SLS ordförande

patientlagen framgår att patienten ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § HSL.

## 2.2 Tidigare reglering

### *Upphävda äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1993:58) om husläkare*

Fast läkarkontakt infördes i HSL år 1996, i dåvarande 5 §, i samband med att lagen (1993:58) om husläkare upphörde. Av förarbetena framgår att regeringen i samband med att husläkarlagen föreslogs upphävas ansåg att det fanns skäl att värna om sådana bestämmelser som stärker den enskildes ställning, t.ex. rätten till en fast läkarkontakt i primärvården. Regeringen anförde bl a att som patient befinner man sig alltid i ett utsatt och känsligt läge, och att det bl.a. därför fanns ett värde i att kunna välja vem man vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården. Vidare anförde regeringen att en fast läkarkontakt förbättrar möjligheterna till kontinuitet och till en förtroendefull relation mellan läkare och patient, och att ett sådant förtroende förutsatte att den enskilde själv fritt kunde välja sin läkare i primärvården.<sup>9</sup>

Det infördes då också i HSL att den fast läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin, vilket även hade gällt i den tidigare husläkarlagen. Av förarbetena till bestämmelsen i HSL framgår:

”Den fasta läkarkontakten i primärvården skall vara specialist i allmänmedicin. Kravet på sådan specialistkompetens hänger samman med primärvårdens ansvar för grundläggande vård m.m. utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. I den mån det behövs t.ex. särskilda barnläkare kan dessa ges en konsultroll.

Ett undantag från kravet på specialistkompetens i allmänmedicin följer av punkt 2 i övergångsbestämmelserna. Läkare som inte har sådan specialistkompetens men som vid en tidigare prövning befunnits ha en kompetens som i allt väsentlig motsvarar de krav som bör ställas på läkare i primärvården skall anses uppfylla kravet på specialistkompetens i allmänmedicin. För de läkare som har en tidsbegränsad dispens från specialistkravet i lagen om husläkare bör detta dock gälla endast under dispenstiden.”<sup>10</sup>

Av förarbetena till husläkarlagen framgår:

”Alla människor, oavsett ålder, skall kunna få hjälp för flertalet av sina hälsoproblem hos en och samma läkare. Detta är själva kärnan i husläkarbegreppet och kräver en bred kompetens, vilket talar för att husläkaren skall vara specialist i allmänmedicin.”

/--/ ”Det förhållandevis ringa antalet utfärdade specialistbevis i allmänmedicin i relation till det totala antalet utfärdade specialistbevis, 4 570 av totalt drygt 25 880 per den 1 januari 1992, har heller inte, i den nuvarande hälso- och sjukvårdsorganisationen, inneburit att antalet läkare med specialistkompetens i allmänmedicin varit tillräckligt för att tillgodose alla de grundläggande behoven av hälso- och sjukvård. Läkare inom näraliggande specialiteter har därför också till viss del utfört uppgifter som i andra länder utförs av allmänläkare. Det gäller såväl delar av den öppna vården inom länssjukvårdens ram som vissa privatpraktiserande läkare.

Jag anser att det måste finnas möjligheter att ge dispens för läkare inom andra specialiteter, som inom sitt ämnesområde är kliniskt verk— samma med direkt patientarbete, att vara verksamma som husläkare och ge dem möjligheter att komplettera sin utbildning för att få specialistkompetens också i allmänmedicin.

Behovet av kompletterande utbildning varierar beroende på vilken specialistbehörighet läkaren i fråga har i utgångsläget, men till en del också på inriktningen av läkarens hittillsvarande verksamhet. Att ange exakta tidsgränser för kompletterande kurser är därmed inte möjligt. Det blir i huvudsak en bedömning i det enskilda fallet.

<sup>9</sup> Regeringens proposition ([prop. 1994/95:195](#)) Primärvård, privata vårdgivare m.m. s. 41 f.

<sup>10</sup> Regeringens proposition ([prop. 1994/95:195](#)) Primärvård, privata vårdgivare m.m. s. 80 f.

Jag vill i detta sammanhang dock framhålla att vissa läkare med specialistkompetens i till allmänmedicin närliggande specialiteter måste kunna beviljas dispens att vara verksamma som husläkare utan tidsbegränsning och krav på kompletterande utbildning. Det gäller i första hand de läkare med specialistbevis inom andra ämnesområden än allmänmedicin och som i dag innehar distriktsläkartjänster. Dessa specialister har tidigare medgivits dispens från kravet på specialistbevis i allmänmedicin för att få uppehålla distriktsläkartjänster och någon individuell prövning behöver inte ske före dispensgivning för husläkarverksamhet. Men även andra läkare kan komma i fråga, t.ex. specialister i invärtesmedicin och geriatrik som bedriver mottagningsverksamhet för ett icke selekterat patienturval. I dessa fall krävs dock en individuell prövning.

I de fall som krav på kompletterande utbildning kommer att ställas bör dispensen för verksamhet som husläkare tidsbegränsas. Vilken tidsrymd en sådan dispensgivning skall omfatta måste bedömas med hänsyn till utbildningsbehovet. Jag vill framhålla att dispensstiden i dessa fall måste vara så generös att den enskilde läkaren ges reell möjlighet att komplettera sin utbildning för att uppnå specialistkompetens i allmänmedicin utan att hans etablering som husläkare äventyras.”<sup>11</sup>

År 2009 togs kravet på specialistkompetens i allmänmedicin bort ur 5 § HSL. Förslaget lades i betänkande *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37).<sup>12</sup> Regeringen delade utredningens uppfattning och framhöll följande.

”Syftet med kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten i vården för den enskilde patienten. I praktiken har regeln emellertid inte tillämpats på det sätt som avsetts. Andelen av befolkningen som uppger att de har en fast läkarkontakt har legat på drygt 50 procent åren 2005–2007, enligt den nationella befolkningsundersökningen Vårdbarometern. De faktiska möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin förefaller heller inte realistiska. En förklaring till detta är att antalet specialister i allmänmedicin är för få.”

/--/ ”Regeringen instämmer mot bakgrund av detta i utredningens bedömning att kravet i HSL om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin bör tas bort. Genom att ta bort kravet skapas möjligheter även för andra kategorier av läkare att fungera som fast läkarkontakt. Därmed förbättras landstingens förutsättningar att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen. Det är heller inte önskvärt att ha kvar en över tio år gammal bestämmelse som på flertalet håll i landet inte fungerar eller tillämpas.

Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. Allmänläkarspecialisten kommer även framöver att vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården.

Bestämmelsen om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin kan som nämnts verka hämmande på utvecklingen av vårdvalssystem. Regeln kan innebära ett hinder i konkurrensen mellan vårdgivare då patienterna är hänvisade till en viss specialitet för fast vårdkontakt. Det ligger också i patientens intresse att kunna välja en specialist som fast vårdkontakt inom det område där patienten oftast söker vård.”<sup>13</sup>

### 3. Statliga initiativ och myndighetsuppdrag

*Fast läkarkontakt har funnits i HSL sedan 1996 och fanns innan dess i husläkarlagen. Det som ändrats är frågan om vem som ska kunna vara fast läkarkontakt. Det fanns fram till 2009 krav i lag på att fast läkarkontakt ska vara specialist i allmänmedicin. I nuvarande bestämmelse regleras inte några krav på specialistkompetens för den fasta läkarkontakten. Utredningsförslag har funnits om att åter reglera att fast läkarkontakt ska vara specialist i allmänmedicin och även inkludera andra generalistspecialiteter som geriatrik och barn- och ungdomsmedicin eller annan likvärdig kompetens samt ST-läkare i allmänmedicin. Någon ny reglering av fast läkarkontakt har emellertid inte genomförts. Regeringen menade att det får anses naturligt att utgångspunkten är att det är*

<sup>11</sup> Regeringens proposition ([prop. 1992/93:160](#)) om husläkare m.m. s. 40 ff.

<sup>12</sup> *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37) s. 108 ff.

<sup>13</sup> Regeringens proposition ([prop. 2008/09:74](#)) *Vårdval i primärvården*, s. 36 ff.



*specialister i allmänmedicin som är fast läkarkontakt och att regionerna inser vikten av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag och riktat till den som leder och fördelar arbetet på vårdcentraler eller motsvarande, tagit fram kunskapsstöd med det allmänmedicinska arbetssättet och förhållningssättet som utgångspunkt, i form av kompetensmål för fast läkarkontakt.*

### 3.1 God och Nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Utredningen föreslog att det skulle införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. Utredningen menade att allmänmedicin var den "naturliga kompetensen". Utredningen framhöll att tillgången på specialister i allmänmedicin inte var tillräcklig om målsättningen var att alla skulle kunna erbjudas fast läkarkontakt och refererade till att det också var ett skäl till att kravet på specialist i allmänmedicin togs bort ur HSL. Men utredningen ansåg att specialistkompetens i allmänmedicin var så central för primärvårdens kvalitet att denna kompetens särskilt måste lyftas, och att en plan för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin måste tas fram.

Geriatrik och barn- och ungdomsmedicin, bedömde utredningen, har den generalistkompetens som krävs för att kunna vara fast läkarkontakt och skulle kunna fullgöra uppdraget inom sin respektive specialitets målgrupp. När det gäller "annan likvärdig kompetens" menade utredningen att det fanns en mindre grupp läkare med annan specialistkompetens som har tjänstgjort länge i primärvården och som många gånger har en kompetens som är att se som likvärdig med kompetensen hos en specialist i allmänmedicin. Utgångspunkten enligt utredningen var att läkare med andra specialiteter än nämnda ska ansöka om dubbelspecialisering och vid behov genomgå kompletterande sidotjänstgöring, eller få dispens att vara fast läkarkontakt. Utredningen föreslog reglering på förordningsnivå.<sup>14</sup>

Utredningen ansåg också att uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården måste kunna avgränsas, för att möjliggöra en god och patientsäker vård. Utredningen föreslog att Socialstyrelsen skulle bemyndigas att ta fram de bestämmelser om fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.<sup>15</sup>

Utredningen bedömde att antalet specialiseringstjänster i allmänmedicin behövde öka med 1 250 tjänster utöver 2018-årsnivå, och föreslog att staten under övergångsperioden 2019 – 2027 skulle finansiera 1 250 ST i allmänmedicin. Den allvarliga bristen på specialister i allmänmedicin gjorde enligt utredningen att staten under en omställningsperiod borde stimulera utbildningstakten av specialister i allmänmedicin.<sup>16</sup>

### 3.2 Regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164)

I den efterföljande propositionen behandlade regeringen inte frågan om vem som ska kunna vara fast läkarkontakt. Däremot behandlades utredningens förslag om att antalet patienter per fast läkarkontakt bör kunna begränsas och statlig finansiering av ST i allmänmedicin.

Regeringen ansåg att *antalet patienter som en fast läkarkontakt ansvarar för bör kunna avgränsas* för att möjliggöra en god och patientsäker vård. Regeringen menade att den typen av överväganden som kan behöva göras utifrån exempelvis vårddyngd och läkarens erfarenhet

<sup>14</sup> God och Nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39), kap 10.2.1 s. 380 f.

<sup>15</sup> God och Nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39), kap 10.2.3 s. 382 ff.

<sup>16</sup> God och Nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39), kap. 10.3.2 s. 394 ff.

lämpade sig bäst att formuleras i råd eller riktlinjer. Regeringen föreslog inte någon författningsreglering så som utredningen föreslog, utan avsåg att ge Socialstyrelsen i uppdrag att formulera ett nationellt stöd.<sup>17</sup>

Även utredningens förslag om *statlig finansiering av ST i allmänmedicin* behandlades av regeringen som dock inte gick vidare med förslaget. Regeringen bedömde att kompetensförsörjningen var helt central och att det finns tillräckligt med specialistläkare i allmänmedicin kontinuerligt verksamma i primärvården är avgörande för utvecklingen där primärvården är navet i hälso- och sjukvården. Men anförde:

”Regeringen instämmer dock i det som SKR framför i sitt remissvar om att staten inte kan direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för. Förslaget innebär att staten endast under en begränsad tidsperiod skulle finansiera tjänsterna. Det är oklart hur redan tillsatta tjänster skulle komma att hanteras när det statliga stödet efter 2027 skulle utebli. Regeringen instämmer vidare med de remissinstanser, bland andra Region Jönköpings län och Region Jämtland Härjedalen, som påpekar att ett generellt stöd till huvudmännen är att föredra.”<sup>18</sup>

### 3.3 Socialstyrelsens stödmaterial för dimensionering av fast läkarkontakt

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att utforma ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt och även stödja regionerna genom att ta fram ett nationellt stöd så att de patienter som har störst behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det.<sup>19</sup>

Stödmaterialen ligger på Socialstyrelsens hemsida<sup>20</sup> och består av en vägledning, meddelandeblad, material för arbetsplatser, frågor och svar om fast läkarkontakt samt ett planeringsverktyg för att kartlägga, analysera och planera för fast läkarkontakt. Socialstyrelsen har också tagit fram ett nationellt riktvärde för hur många invånare en fast läkarkontakt kan ansvara för: 1100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning. Socialstyrelsens riktvärde baseras på en sammanvägd bedömning utifrån vetenskaplig litteratur på området, uppföljning av regionernas arbete med fast läkarkontakt och dialoger med professionsorganisationer och patientföreningar.<sup>21</sup>

De olika stöden vänder sig till regionerna, vårdgivarna, verksamhetschefer och läkare samt övriga professioner vid vård- eller hälsocentraler.

### 3.4 Regeringens proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72)

Regeringen behandlade förslaget om vem som kan vara fast läkarkontakt i propositionen *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72)*.

Regeringens bedömning stämde inte överens med vad utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* hade föreslagit. I likhet med utredningens förslag bedömde regeringen att en

<sup>17</sup> Regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164), s. 92 ff.

<sup>18</sup> Regeringens proposition Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164), s. 59

<sup>19</sup> Uppdraget var en del i uppdraget att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056/FS, delvis, S2020/03319/FS)

<sup>20</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/>

<sup>21</sup> Faktابلad – För ökad trygghet och kontinuitet i primärvården – Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt. Socialstyrelsen 2022.

fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin, men till skillnad från utredningen ansåg regeringen att det inte behövdes någon reglering. Regeringen bedömde att en myndighet bör få i uppdrag att särskilt analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt, med avstamp i de behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven. Detta mot bakgrund av bl.a. den demografiska utvecklingen och den brist på specialister i allmänmedicin som råder. Regeringen anförde:

”Enligt regeringens mening får det anses naturligt att utgångspunkten är att det är specialister i allmänmedicin som är fast läkarkontakt. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning framkom att drygt nio av tio läkare som kan komma i fråga som fast läkarkontakt har denna kompetens. Regionerna inser således redan vikten av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården.

Regeringen anser det lämpligt att en fast läkarkontakt uppfyller de kompetenskrav som utredningen föreslår, dvs. en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. Detta behöver dock inte regleras särskilt. Regeringen delar även utredningens bedömning att specialister inom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin är lämpliga som fast läkarkontakt inom sina respektive åldersgrupper. Utifrån detta bedömer regeringen att en myndighet bör få i uppdrag att analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt.

Svenska distriktsläkarföreningen påtalar risken för att man i en bristsituation sänker kompetenskraven, vilket kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet. Regeringen vill understryka att det självklart inte ska gå till på det sättet och att vårdgivaren redan i dag har ett ansvar för att bestämma vilken kompetens en läkare behöver ha för att inneha funktionen fast läkarkontakt i primärvården, inom ramen för den övergripande skyldighet som regleras i 5 kap. 2 § HSL om att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Regeringens bedömning innebär således ingen sänkning av befintliga krav utan är tvärtom ett förtydligande av vilken eller vilka sorters kompetenser som är rimliga att utgå från i planeringen av läkarbemanningen inom primärvården.

Mot bakgrund av bl.a. den demografiska utvecklingen och den brist på specialister i allmänmedicin som råder bör en myndighet få i uppdrag att särskilt analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt, med avstamp i de behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven.”<sup>22</sup>

### 3.5 Socialstyrelsen om kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att analysera vilka behov en fast läkarkontakt ska möta och vilka kompetenser den fasta läkarkontakten bör ha.

Socialstyrelsen har tagit fram ett kunskapsstöd som riktar sig till verksamhetschefer, huvudmän och andra beslutsfattare och som är frivilligt att använda. Kunskapsstödet består av en underlagsrapport och en rapport med kompetensmål.<sup>23</sup> 21 kompetensområden med kompetensmål anger den reella kompetens som Socialstyrelsen bedömer är särskilt central för rollen som fast läkarkontakt i primärvården. Kunskapsstödet är menat att tillämpas på specialistläkare, och går också att använda på ST-läkare i allmänmedicin. Det är upp till den som leder och fördelar arbetet att bedöma vilka specialiteter som stödet kan användas för.

<sup>22</sup> Regeringens proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72), s. 66 f.

<sup>23</sup> Kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården [Underlagsrapport för kunskapsstödjande kompetensmål](#) (Socialstyrelsen 2023)  
Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården – [Stöd för utveckling och bedömning av kompetens](#) (Socialstyrelsen 2023)

Det står på flera ställen i underlagsrapporten att kompetensmålen har tagits fram med det allmänmedicinska förhållningssättet och arbetssättet som utgångspunkt. Socialstyrelsen hänvisar till regeringens proposition *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* där det framgår att det får anses naturligt att utgångspunkten är att den fasta läkarkontakten är en specialist i allmänmedicin.

Socialstyrelsen lyfter även fram organisatoriska förutsättningar och att det påverkar möjligheten att kunna använda kompetensen på rätt sätt. Exempel som nämns är arbetsmiljö men även möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling. Vidare framhålls att vad det gäller kompetensförsörjning så finns det utmaningar. Socialstyrelsen menar att rekommendationerna från Nationella vårdkompetensrådet gällande dimensioneringen av läkartjänster har potential att kunna påverka den framtida tillgången till specialistläkare i allmänmedicin i primärvården.

Ur sammanfattningen:

*"/--/ "I primärvården återfinns invånare i alla åldrar och med olika fysiska och psykiska behov. En del behov kan för vissa grupper vara specifika eller komplexa, andra behov kan ses som mer allmänna. Det ser olika ut i landet i vilken omfattning invånarna har en fast läkarkontakt i primärvården. Fast läkarkontakt spelar en viktig roll ur bland annat ett kontinuitets- och delaktighetsperspektiv och som en del av omställningen till en god och nära vård.*

*Den fasta läkarkontakten behöver ha adekvat kompetens för att på ett patientsäkert sätt kunna möta patientens behov och skapa en långsiktig relation. Samtidigt som fler personer behöver få tillgång till att kunna välja en fast läkarkontakt råder stora utmaningar med primärvårdens kompetensförsörjning. Här behöver arbetsgivaren skapa goda förutsättningar för att den som är eller ska bli fast läkarkontakt ska kunna utföra sitt arbete på ett ändamålsenligt sätt.*

*Kompetensmålen har tagits fram med det allmänmedicinska förhållningssättet och arbetssättet som utgångspunkt. Syftet med kompetensmålen är att stödja verksamheterna i fråga om kompetens hos den som är eller ska vara fast läkarkontakt i primärvården. Stödet förstärker möjligheten för den som leder och fördelar arbetet att avgöra vem som är lämplig som fast läkarkontakt. Kompetensmålen kan användas till att bedöma kompetens och kompetensutveckling och för att rikta kompetenshöjande insatser på ett ändamålsenligt sätt. Vidare kan kompetensmålen användas för alla läkarspecialiteter och för ST-läkare i allmänmedicin. Det är upp till den som leder och fördelar arbetet att bedöma vilka specialiteter som stödet kan användas för." /--/<sup>24</sup>*

## 4. Kompetensförsörjning

*Då det finns utmaningar med kompetensförsörjningen av specialister i allmänmedicin och med att realisera Socialstyrelsens riktvärde för antal invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för, 1 100 invånare per specialist, föreslår NVKR åtgärder för kompetensförsörjningen som inkluderar en ST-miljard (en miljard kronor årligen under fem år till regionerna för att öka antalet ST-tjänster i allmänmedicin) och en översyn av regler och tillämpning vid dubbelspecialisering.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bekräftar i en nyligen publicerad rapport att målen för fast läkarkontakt och kontinuitet inom ramen för omställningen till en god och nära vård ännu inte har nåtts. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården; 1100 invånare per specialist i primärvården. Nationella vårdkompetensrådet (NVKR) redovisar i sin rapport *Kompetensförsörjning inom primärvården*

<sup>24</sup> Kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården [Underlagsrapport för kunskapsstödjande kompetensmål](#) (Socialstyrelsen 2023), s. 7

(2022:5) att målsättningen om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin<sup>25</sup> inte kan nås under prognosperioden 2022–2035 utan att väldigt kraftfulla åtgärder vidtas.

Enligt beräkningar från år 2022 (NVKR:s rapport) ligger den nationella efterfrågan på 8 300 specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården vid ett mål på 1 100 invånare per specialist. Av det nationella totalantalet förvärvsarbetande specialister inom allmänmedicin (n=7 500) är det i dagsläget totalt 4 900 specialister som är aktiva inom primärvården (inkluderar ej hyrläkare med korta primärvårdsuppdrag), vilket motsvarar ett snitt på nära 1 900 invånare per specialist. Utan kompetensförsörjningsåtgärder skulle dagens brist på 3 400 specialister i allmänmedicin inom primärvården minska till ett kvarstående underskott på 2 200 specialister år 2035.

NVKR anger att det är en större andel av allmänmedicinare inom primärvården som arbetar deltid än genomsnittet bland övriga specialiteter. Om specialister i allmänmedicin skulle ha samma tjänstgöringsomfattning som övriga specialister (genomsnitt 94 % i stället för 86 %), skulle denna ökning med 8,5 % motsvara 400 tjänster (2020 års siffror).

För att på sikt nå riktvärdet om 1 100 invånare per allmänläkare i primärvården skulle en ökning av antalet tillsatta ST-platser vara en viktig åtgärd. Medan antalet ST-läkare i allmänmedicin uppgick till 3 356 i riket i september 2022 enligt SFAM, beräknas den nationella efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin i primärvården vara 5 200, vid 550 invånare per ST-läkare (motsvarande 50 % av det nationella riktvärdet om 1 100 invånare per specialistläkare). Därför föreslog NVKR här stimulansåtgärder med bl a en ST-miljard inom allmänmedicin för att öka antalet ST-block i allmänmedicin. Men även vid en så stor ökning av antalet ST-läkare i allmänmedicin som 50 % från 2023 – från dagens ca 600/år (29 % av nylegitimerade) till 900/år (43 %) – visar NVKR:s beräkningar att det skulle dröja ända till 2035 innan man når upp till det antal specialister som behövs för att klara målsättningen för fast läkarkontakt. För att en ökning av antalet ST-platser i allmänmedicin ska få effekt måste därför intresset bli större för ST i allmänmedicin. NVKR betonar vikten av att ta vara på den nya läkarutbildningens ökade exponering för primärvården och allmänmedicin, vilket ger möjlighet att påvisa specialitetens möjligheter och öka intresset för generalistperspektivet bland blivande läkare.

För att ytterligare öka basen för återväxt och utökning av specialister inom allmänmedicin skulle det vara viktigt att en lång gärning som läkare inom andra breda specialiteter värderas som en väsentlig kompetens som kan anpassas till allmänmedicinområdet. NVKR rekommenderade därför i sin rapport en översyn av regler och tillämpning gällande tillgodoräkningen inom ST, för att ge goda planeringsförutsättningar för individen och säkerställa likvärdiga examensmål för specialisttjänstgöringen.

NVKR understryker också att riktvärdet om 1 100 invånare per specialist behöver ses mot bakgrund av faktorer som påverkar patientkontinuitet och arbetsmiljö, exempelvis vårdtyngd och åldersfördelning i befolkningsunderlaget samt geografiskt läge. Likaså behöver riktvärdet justeras för medarbetare med stora uppdrag inom klinisk forskning, utbildning och fortbildning, hälso- och sjukvårdsutveckling med mera. Sammantaget ser dock NVKR riktvärdet om 1 100 invånare för fast läkarkontakt som en viktig åtgärd som borgar för en förbättrad kompetensförsörjning avseende specialister i allmänmedicin.

---

<sup>25</sup> På sidan 12 och 38 framgår att rapporten svarar på tillgång och efterfrågan på ST-tjänster och specialistläkare i allmänmedicin. Andra specialistläkare som arbetar i primärvården ingår inte i beräkningarna. Rådet noterar att det är förhållandevis få specialistläkare inom andra specialiteter än allmänmedicin som arbetar i primärvården, år 2020 var det exempelvis knappt 200 specialister i psykiatri, 100 specialister i barn- och ungdomsmedicin och ungefär lika många specialister i geriatrik som arbetade i nämnda verksamhet.

## 5. SLS policy, remissvar och arbetsgruppsdokument

*Precis som de olika statliga initiativen har även SLS bejakat utvecklingen mot en fast läkarkontakt i primärvården. Våra ställningstaganden har dock varit lite olika i både preciseringsgrad och i den exakta innebörden. Det är ett av skälen till att denna PM och det påföljande beslutet behövs. Vi har i huvudsak valt att gå tillbaka till 2015 men har med ett remissvar från 2008. Med åren har det blivit tydligare i SLS uttalanden att den fasta läkarkontakten ska vara generalist och att det då är allmänläkare som har bäst lämpad kompetens.*

*Det är möjligt att detta kapitel ska sammanfattas i skriften och framgå i sin helhet som ett appendix.*

### 5.1 Policy- och arbetsgruppsdokument

#### *SLS arbetsgrupp En Värdefull Vård (2015)*

SLS arbetsgrupp *En Värdefull Vård (EVV)* föreslog i rapporten *En Värdefull Vård – En hälso- och sjukvård med människan i centrum*<sup>26</sup> bland annat att alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med allmänmedicinsk specialistkompetens.

Arbetsgruppens rapport innehöll flera förslag på olika områden, nämnden enades hösten 2016 att fortsätta driva och arbeta med några rubriker i arbetsgruppens rapport.<sup>27</sup> På SLS fullmäktige i april 2016 bifölls också en motion som yrkade på att SLS förverkligar ambitionen som uttryckts i EVV:s rapport om att alla invånare erbjuds en fast läkarkontakt med specialistkompetens i allmänmedicin. Nämnden beslutade direktiv till en arbetsgrupp i slutet av 2016 där uppdraget vidgades till att även beakta hur andra resurser kan komplettera allmänmedicinen i första linjen så att man klarar huvuduppdraget kring samordning och kontinuitet.<sup>28</sup> Se närmare nedan under SLS primärvårdspolicy.

#### *SLS idéprogram (jan 2018)*

SLS presenterade sitt idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård 2018. Programmet syftade till att tydliggöra och beskriva SLS syn på hur bästa möjliga hälsa och sjukvård kan uppnås i ljuset av de utmaningar och möjligheter som hälso- och sjukvården står inför.

Fast läkarkontakt nämns inte i programmet. SLS ansåg att allmänmedicin utgör den naturliga basen i den nära vården och att allmänmedicinen behöver förstärkas för att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta ett huvudansvar. Även organspecialiteter och andra yrkesgrupper kan vara en resurs i den nära vården enligt idéprogrammet.

*/--/ "Svenska Läkaresällskapet anser att en utbyggnad av hälso- och sjukvården nära befolkningen är nödvändig för att kunna möta de behov som följer av den demografiska utvecklingen och det ökade utbudet av medicinska åtgärder. Allmänmedicinen, som är geografiskt nära, kostnadseffektiv och bidrar till jämlik vård, utgör här den naturliga basen."*

*/--/ "Vård nära befolkningen med allmänmedicin som bas är viktig för att möta behovet hos en åldrande befolkning samt för dem med långvariga funktionsnedsättningar och många sjukdomar. För dessa patienter är det centralt med kontinuitet och samordning, som ofta innefattar flera professioner och medicinska specialiteter i såväl öppen som sluten vård."*

För att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta ett huvudansvar behöver allmänmedicinen förstärkas. Även organspecialiteter och andra yrkesgrupper kan vara en resurs i den nära vården. Svensk primärvård har varit särskilt framgångsrik i att utnyttja olika professioners kompetens, något vi bör bygga vidare på. Samverkan mellan vården

<sup>26</sup> [Sammanfattande](#) dokument och [huvuddokument](#). En Värdefull Vård. SLS arbetsgrupp 2015.

<sup>27</sup> Ur nämndens protokoll 2016-10-10--11

<sup>28</sup> Nämndbeslut om direktiv 2016-12-13

nära befolkningen och sjukhusvården, som frågor och konsultationer, måste kunna hanteras utan att patienterna skickas runt i systemet. Det förutsätter utveckling av de digitala systemen och nya principer för ersättning.”<sup>29</sup>

### *SLS primärvårdspolicy (april 2019)*

På SLS fullmäktige 2016 bifölls en motion som yrkade på att SLS förverkligar ambitionen som uttryckts i EVV:s rapport. Nämnden tillsatte en arbetsgrupp och beslutade direktiv i slutet av 2016 där uppdraget vidgades till att även beakta hur andra resurser kan komplettera allmänmedicinen i första linjen så att man klarar huvuduppdraget kring samordning och kontinuitet.<sup>30</sup>

Primärvårdsarbetsgruppens rapport lades till nämnden i juni 2018 och skickades ut med några frågeställningar på remiss till SLS föreningar senare under året. Efter ytterligare diskussioner i nämnden togs en betydligt kortare primärvårdspolicy fram våren 2019.

I primärvårdspolicyn omnämns fast läkarkontakt, listning på läkare och listningstak vilket inte fanns med i SLS idéprogram. Men det står inte vilken specialitet den fasta läkarkontakten ska ha. Det står att för att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta ett huvudansvar behöver allmänmedicinen förstärkas, men även andra specialiteter kan vara en resurs i den nära vården.

#### */--/ "5. KONTINUITET MED FAST LÄKARKONTAKT OCH SAMVERKAN*

Hög kontinuitet i vården innebär högre vårdkvalitet och minskad total resursförbrukning. Listning på läkare skapar personlig kännedom mellan läkare och patienter och bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren samt ökad tillit hos patienten. Kontinuitet och samordning är särskilt viktigt för patienter med många olika sjukdomar och stora behov av vård från flera professioner och medicinska specialiteter. Samtidigt är det viktigt att inte underskatta betydelsen av kontinuitet också vid mera sporadiska kontakter, till exempel kan förebyggande åtgärder underlättas. Även preventiva åtgärder, vilka får allt större betydelse inom hälso- och sjukvården underlättas betydligt av ett sådant system.

SLS anser att kraven på god läkarkontinuitet och en rimlig arbetsmiljö innebär att det bör finnas en högsta nivå för antalet listade. Till dess primärvården är fullt utbyggd ska man prioritera att ge kontinuitet och fast läkarkontakt till dem som har störst vårdbehov. Arbetet måste organiseras så att så god kontinuitet som möjligt kan ges för dem som inte kan lista sig hos en läkare. Målet ska dock vara att samtliga invånare får möjlighet att lista sig hos en läkare. Digitala kommunikationsvägar kan fungera som ett komplement till övriga kontaktvägar och har sannolikt störst värde där det redan finns en etablerad kontakt mellan patienten och vårdgivaren.

För att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta ett huvudansvar behöver allmänmedicinen förstärkas, men även andra specialiteter kan vara en resurs i den nära vården. Samverkan mellan medicinska sjukhusspecialiteter och allmänmedicinska specialister är ett betydelsefullt sätt att påverka vårdkvalitet och att effektivisera resursanvändning.”<sup>31</sup>

## 5.2 Remissvar

Nedan följer utdrag ur ett antal remissvar. Det är inte på något sätt en uttömmande redovisning av remissvar där SLS uttalat sig om fast läkarkontakt, de är med för att de på något sätt bidrar i frågan om vem som kan vara fast läkarkontakt. Ett äldre remissvar är med då det var svar på förslag om att ta bort lagbestämmelsen om att fast läkarkontakt ska vara specialist i allmänmedicin (från 2008).

### *Vårdval i Sverige, SOU 2008:37 (SLS svar 2008-08-04)*

#### */--/ "Läkarkompetens i primärvården*

<sup>29</sup> SLS idéprogram (2018), s. 15

[https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls\\_ideprog\\_a4\\_20s\\_web\\_low.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls_ideprog_a4_20s_web_low.pdf)

<sup>30</sup> Nämndbeslut om direktiv 2016-12-13

<sup>31</sup> SLS primärvårdspolicy s. 10 [https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls-om-en-starkt-primarvard\\_2019\\_05\\_13tryck\\_sls.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls-om-en-starkt-primarvard_2019_05_13tryck_sls.pdf)

I utredningen föreslås att kravet på allmänmedicinsk specialistkompetens för fast läkarkontakt i primärvården avskaffas. Motivet för förslaget är att tillgången på allmänläkare inte räcker för att bestämmelsen skall kunna följas. Vi anser att det finns en risk för att förslaget kan leda till ökad remitteringsfrekvens med negativa konsekvenser för akutmottagningar och slutenvård samt ökade kostnader för medicinska utredningar och läkemedelsanvändning. Svenska Läkaresällskapet föreslår att under en övergångsperiod även andra specialister än allmänmedicinare skall kunna etablera sig i primärvården, men då kopplat till en individuellt utformad plan där man under handledning införskaffar specialistkompetens i allmänmedicin inom en viss given tidsram.”

### Effektiv vård, SOU 2016:2 (SLS svar 2016-06-09)

/--/ **Sammanfattningsvis** ställer vi oss bakom utredningens problemformulering som vi väsentligen delar. Vi finner också förslagen och rekommendationerna till stora delar bra och kan i stort ställa oss bakom dessa.

Särskilt vill vi lyfta fram betydelsen av stärkandet av första linjens sjukvård, där vi delar bedömningen att det är avgörande att denna stärks och utvecklas. Vi delar bedömningen att vården av personer med kroniska sjukdomstillstånd särskilt behöver beaktas.” /--/

### God och nära vård – En primärvårdsreform, SOU 2018:39 (SLS svar 2018-11-15)

/--/ ”**SLS saknar** en prioriteringsetisk diskussion när det gäller tillgängligheten. SLS anser att en utbyggnad av hälso- och sjukvården nära befolkningen med allmänmedicin som bas är nödvändig för att möta behovet hos en åldrande befolkning och allt fler patienter med komplexa vårdbehov. Till dess primärvården är fullt utbyggd är det de med störst behov som ska ges kontinuitet och fast läkarkontakt.

/--/ *SLS har inte någon invändning* mot införandet av ett krav på att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

*SLS har inte någon invändning* mot att Socialstyrelsen bemyndigas meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård. /../

/--/ ”**SLS delar** uppfattningen om att staten måste ta ett större ansvar för kompetensförsörjningen under en övergångsperiod. SLS tillstyrker en statlig finansiering av ST, men det räcker inte med att finansiera ST om det inte finns tillräckligt med handledare och vårdcentraler som fungerar väl ur ett utbildningsperspektiv. **Sektionen för allmänmedicin** framhåller också att frågan om geografisk fördelning av dessa örönmärkta pengar behöver problematiseras ytterligare. Tillgången på ST-läkare är ojämn i landet, och varierar mellan mycket god och ingen tillgång alls i olika områden även inom samma region. Goda villkor för dubbelspecialisering är en annan rekryteringsgrund.”

### Digitaliserad vårdval SOU 2019:42 (SLS svar 2020-01-22)

/--/ ”**SLS är positivt** till förslag om att det ska vara möjligt att begränsa antal listade hos utföraren. SLS **anser dock** att listning ska ske på läkare och att kraven på god läkarkontinuitet och en rimlig arbetsmiljö innebär att det bör finnas en högsta nivå för antalet listade per *läkare*. Införande av listningstak utan tillräckligt många specialister i allmänmedicin innebär att fast läkarkontakt måste prioriteras till dem som har störst vårdbehov. I övrigt måste arbetet organiseras så att så god kontinuitet som möjligt kan ges för dem som inte kan lista sig hos en läkare. Målet ska vara att samtliga invånare får möjlighet att lista sig hos en läkare.”

### Förslag meddelandebud om fast läkarkontakt m.m. (SLS svar 2021-05-07)

/--/ ”Om allmänmedicinen är utgångspunkt när regionerna bygger ut den nära vården, bygger man verksamheter med relationen mellan patienten och allmänläkaren i centrum. Fast läkarkontakt i primärvård är ett steg i rätt riktning, även om gällande rätt innehåller otydligheter kring kompetenskrav. Som framgår i förslag till meddelandebudet finns ett regelverk idag som har vuxit fram över tid och där lagar kommit och gått. På sidan 6–7 framgår att lagen tidigare reglerade att en fast läkarkontakt skulle vara specialist i allmänmedicin. Detta kompetenskrav togs bort ur lagen 2009. Som konsekvens av detta sker nu en negativ utveckling i bland annat Region Gävleborg där man i sin ”satsning” på fast läkarkontakt säger att specialister i allmänmedicin endast behövs en dag per vecka. SLS ser på denna utveckling med stor oro. En satsning på fast läkarkontakt i primärvård bör ha allmänmedicinen som utgångspunkt och inte sänka kompetenskraven.”

### Kunskapsstöd om Fast läkarkontakt i primärvården (SLS svar 2021-09-26)

/--/ ”Det är grundläggande för Sveriges sjukvårdssystem att vi får en primärvård som har allmänmedicinen som utgångspunkt och som är dimensionerad för att erbjuda alla i allmänheten fast läkarkontakt i primärvården. Sedan



1940-talet har vi i Sverige haft en ambition att kunna erbjuda befolkningen fast läkarkontakt utan att lyckas, främst på grund av bristen på allmänläkare. För att kompensera denna brist har andra och sämre arbetsätt vuxit fram. Att regeringen nu gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja utvecklingen så att fler patienter får en fast läkarkontakt i primärvård inger visst hopp.”

/--/ ”Det är viktigt att vägledningen tydligt visar att poängen med fast läkare i primärvård är att erbjuda den logik och den struktur som man behöver bygga allmänmedicinska verksamheter kring. Om det är tydligt uttalat att patient-läkar-relationen (se bild 1) är utgångspunkten för vårdens verksamheter kan bättre förutsättningar för att rekrytera och utbilda läkare till fast läkaruppdrag åstadkommas. Man behöver inte utveckla arbetsätt med olika samordnarfunktioner för patientens vård om man konsekvent ser till att erbjuda fast läkarkontakt – oftast en allmänläkare – till allmänheten. Bara en fast läkarkontakt i primärvården kan vara dirigent för helheten (Se Bild 2).”

/--/ ”**SLS anser** att definitionen av den fasta läkarens roll beskrivs väl med dirigent-liknelsen. Kraven på den fasta läkarens kompetens framgår i målbeskrivningen för ST-läkare i allmänmedicin. För barn respektive äldre kan barnläkare respektive geriatriker fungera som fast läkare, kompetenskraven framgår då i respektive specialitets målbeskrivning. Detta utgör ett nationellt ramverk.”

/--/ ”För att alla i allmänheten ska kunna erbjudas en fast läkarkontakt behöver stort fokus läggas på att säkra tillgången på specialister i allmänmedicin. I materialet saknas denna centrala aspekt. Det som beskrivs på sidan 14 ger inte tillräcklig vägledning.

**SLS anser** att det är viktigt att i detta sammanhang tydliggöra vem som ansvarar för dimensioneringen av antalet ST-tjänster. Det är mycket glädjande att detta i dagarna blivit en nationell fråga.

**SLS anser** att regionerna i större utsträckning bör samarbeta lokalt med de fasta läkarnas professionsföreningar vid utformningen av ST-tjänster. Det bör ligga på professionsföreningarna att samverka nationellt kring utformningen av ST-utbildningen, inklusive att handledning och kompetensvärdering utformas utifrån professionens principer. Professionsföreningarna (SFAM/SLS) skulle kunna ges detta uppdrag och regionerna eller staten stå för finansieringen.

På sid 15–16 beskrivs professionsföreningarnas synpunkter om fast läkarkontakt.

**SLS vill** åter poängtera att för att bygga en hållbar och trygg primärvård behöver allmänmedicinen vara utgångspunkt och verksamheterna byggas runt fast läkarkontakt.”

### Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer SOU 2022:41 (SLS svar 2022-11-15)

/--/ ”SLS vill inledningsvis, precis som vi har gjort i referensgrupp till utredningen, framhålla vikten av att fortsätta arbetet för en stärkt primärvård med tillräckligt många specialister i allmänmedicin som kan ha en avgränsad lista, för en god relationskontinuitet. En läkare som känner sina patienter och sitt allmänmedicinska team (alltså de professioner som varje patient behöver stöd från) har förutsättningar att ta medicinskt helhetsansvar för sina patienter och bidra till samordning och planering av vård och omsorg. För att kunna erbjuda kvalificerad vård och kontinuitet och kunna arbeta hälsofrämjande och förebyggande måste primärvården stärkas, fast läkarkontakt realiseras och bristen på specialister i allmänmedicin åtgärdas. För att öka antalet specialister i allmänmedicin behöver det vara ett attraktivt yrkesval för läkare, där bland annat tid för professionell utveckling och kollegial kvalitetsdialog, stärkt forskningskultur, fler FoU-enheter och välfungerande processer för kunskapsspridning i primärvården kan bidra till stimulerande och attraktiva arbetsmiljöer.”

/--/ ”SLS anser att det i första hand handlar om att stärka allmänmedicinen och säkra tillgången till fast läkarkontakt så att förutsättningar finns för att genomföra uppdraget, som bland annat omfattar läkarinsatserna i kommunens hälso- och sjukvård. Det är de fasta läkarkontakterna som kan ta helhetsansvar för det medicinska innehållet i sina patienters individuella planer. Representation av läkare med gedigen erfarenhet av allmänmedicinskt arbete i kommunernas strategiska arbete och en samordnande funktion i regionen med motsvarande kompetens torde kunna ge mer impact i arbetet på golvet än lagstadgade gemensamma planer (se punkt 8.8).”

/--/ ”När det finns tillräckligt många läkare som kan vara fast läkarkontakt (se riktvärde fr Socialstyrelsen om 1/1100 invånare) och som har möjlighet att arbeta med det allmänmedicinska uppdraget finns goda förutsättningar för personcentrerade och samordnade läkarinsatser i kommunal primärvård. Allmänmedicin är en samordnande specialitet. Allmänläkarens arbete utgår från de listade människornas behov av medicinsk bedömning, utredning/behandling, samordning och samverkan. För den aktuella åldersgruppen gäller samma sak för geriatriker verksam i primärvård. Läkaren samverkar med det allmänmedicinska teamet – i kommunal primärvård oftast sjuksköterskan och vid behov även andra professioner (både i kommunal verksamhet och i sekundärvården). Detta är centralt och att regionerna inte har levt upp till åtaganden om läkarinsatser i kommunal primärvård beror till stor del av att det råder brist på specialistläkare i primärvården. **SLS anser** att pudelns kärna är brist på fasta läkarkontakter för de som har behov av kommunal primärvård och därmed behov av personcentrerad samordning.”

/--/ " **SLS anser** att kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet i kommunal primärvård åstadkommer man genom att säkerställa att det finns fast läkarkontakt för alla som har behov av primärvård i hemmet. Den fasta läkarkontakten (som kan vara allmänläkare (specialist eller ST-läkare) eller geriatriker för den aktuella åldersgruppen) bär det medicinska helhetsansvaret och nyckeln till allmänmedicinens kärna är att den fasta läkarkontakten känner sina patienter och sitt allmänmedicinska team (i betydelsen att teamet byggs runt den fasta läkarkontaktens lista). Då uppstår förutsättningar för personcentrerad samverkan. En förutsättning för att detta ska fungera hållbart över tid är att den fasta läkarkontakten arbetar i en allmänmedicinsk kontext – alltså i en verksamhet som bedriver primärvård med hela sin bredd, och med alla sina upparbetade kontaktytor mot andra aktörer i lokalsamhället/välfärdssystemet. Sådan verksamhet kan organiseras i alla delar av samhället och anpassas efter socioekonomiska förutsättningar med utgångspunkt i den fasta läkarkontaktens lista. Det allmänmedicinska teamet byggs runt de listade människorna. Det är viktigt att det är just allmänmedicin i denna bemärkelse – dvs team som har förutsättningar att känna sin befolkning, som säkras i organiseringen av svensk primärvård. Vårdformer som mobila vårdteam och fristående digitala vårdgivare som inte är förankrade i allmänmedicinsk verksamhet kan inte erbjudas jämlikt över landet och kommer inte att bidra till likvärdighet eller hållbarhet gällande läkarinsatser i kommunal primärvård i längden. Så klart kan de vara väl fungerande i den aktuella men avgränsade kontexten. Det är olyckligt om resurser styrs till dessa typer av verksamheter då de konkurrerar ut allmänmedicinsk verksamhet med fasta läkarkontakter som utgångspunkt och som individen därmed kan ha relationskontinuitet med redan innan behov av kommunal primärvård uppstår."

[Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om listningstjänst för vårdval och vårdval på annat sätt](#) (SLS svar 2023-02-22)

/--/ "För en fast läkare är den avgränsade listan det mest centrala arbetsverktyget. Listan definierar vilka människor man ska ta personligt ansvar för. Detta är kärnan i allmänmedicin och utgångspunkten för det allmänmedicinska personcentrerade teamarbetet."

## 6. Bedömningar och förslag

*Fast läkarkontakt i samverkan med andra fasta kontakter i vård och omsorg utgör infrastrukturen för personcentrerat kontinuitetsarbete, dvs primärvårdens kärnprincip, och är därmed en grundläggande förutsättning för god och nära vård. I detta avsnitt redogör vi för bedömningar och förslag angående vilken kompetens som är mest lämplig för rollen fast läkarkontakt, på kort respektive lång sikt samt på individ- och systemnivå.*

### 6.1 Utgångspunkter

Den vård och välfärd vi formar idag ska klara av att leverera vård som håller jämlik och hög kvalitet i morgon, nästa år och många decennier framåt, oavsett demografiska utmaningar och begränsade resurser. Vården ska prioriteras utifrån medicinsk bedömning baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet, ges efter behov och nå ut jämlikt till alla i landet, oavsett bostadsort och socioekonomisk situation. För att det ska fungera behövs en väl utbyggd primärvård i hela landet och primärvården behöver vara navet i infrastrukturen för personcentrerat arbete. Denna infrastruktur för personcentrerad vård och omsorg består av fasta kontakter; fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt, som *inte kan ersätta varandra* utan har olika roller utifrån profession, funktion och patientens behov i välfärdssystemet. I ett robust och kostnadseffektivt välfärdssystem har dessa fasta kontakter hög och för sina respektive uppgifter anpassad kompetens, och goda förutsättningar att samverka kring gemensamma individer.

Den fasta läkarkontakten i primärvården har en central funktion som garant för att var och en i befolkningen, med *kontinuitet*, får tillgång till medicinsk bedömning och utifrån denna bedömning, vård efter behov alternativt hälsofrämjande stöd till ökad förmåga att hantera lidande relaterat till hälsan med orsaker som i grunden inte är renodlat medicinska. I en jämlik och stabil primärvård behöver den fasta läkarkontakten vara generalist och kunna hantera alla typer av hälsoproblem med ett salutogent förhållningssätt, och stötta sina patienter oavsett ålder genom *samverkan inom* det tvärprofessionella primärvårdsteamet, *liksom med* den specialiserade vården eller med andra aktörer i välfärdssystemet och lokalsamhället. Patienten kan ha sin fasta läkarkontakt i primärvården och samtidigt utifrån sjukdomsbild och behov även

ha kontinuerlig kontakt med en läkare inom den specialiserade vården som då är en kompletterande fast vårdkontakt för patienten. Kliniknära forskning måste ha en central plats när framtidens primärvård byggs.<sup>32</sup> Sann kvalitet uppstår för den individuella patienten när den fasta läkarkontakten med team har tillgång till väl fungerande kvalitetsindikatorer och kan arbeta med människorna bakom siffrorna.

I praktiken är innebörden av att vara fast läkarkontakt för en rad människor listade på den primärvårdsenhet man jobbar på, att just dessa människor utgör ens "lista". För verksamheten är det nödvändigt att dela upp de sina listade individer i grupper för att säkerställa så god läkarkontinuitet som möjligt till alla, även för de patienter som behöver skötas av vikarierande läkare. I nuvarande lagstiftning sker listning på vårdcentral. SLS har i så väl primärvårdspolicyn (2019) och i remissvaret till utredningen Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) framfört att listning bör ske på läkare. SLS avviker inte från sin tidigare linje i frågan utan anser att listning på läkare skulle ge bättre förutsättningar för kontinuitet i patient-läkar-relationen. De listningssystem som regionerna använder idag är gamla, dåligt uppdaterade och i grunden syftar de till att fördela medel snarare än att organisera allmänmedicinsk verksamhet med kontinuitet som kärnvärde. Att utforma listningssystem som möter allmänmedicinska verksamheters (vårdcentraler/hälsocentraler) behov torde vara en enklare väg att gå och ge förbättrade förutsättningar att synliggöra fasta kontakter för så väl patienter/närstående som för involverad vårdpersonal.

## 6.2 Problembilden

I Sverige har det sedan länge ansetts vara naturligt att det är en specialist i allmänmedicin som är fast läkarkontakt i primärvården. Detta för att allmänläkaren har kompetensen som är avsedd för uppgiften. Verkligheten allmänheten möter i primärvården är dock inte en verksamhet uppbyggd för hög tillgänglighet till kontinuitet med generalist-kompetenta fasta kontakter. Sverige ligger i internationella jämförelser lågt när det gäller andel specialister i allmänmedicin i läkarkåren, kontinuitet till fast läkare, andel av sjukvårdens budget som går till primärvård. Detta avspeglas i en aktuell rapport från Myndigheten för vård och omsorgsanalys om vården ur befolkningens perspektiv, en internationell jämförande undersökning som genomförts i tio länder, i vilken man konstaterar att de svenska resultaten visar störst brister avseende personcentrering, kontinuitet och tillgänglighet.<sup>33</sup>

Trots flera decennier med satsningar på primärvården har vi inte nått fram till att uppnå detta naturliga men oreglerade mål. Kanske för att vi i Sverige inte gör en tillräckligt tydlig distinktion mellan allmänmedicinsk verksamhet och öppen specialiserad vård? Allmänmedicinsk primärvård kan med utgångspunkt i sin infrastruktur av fasta kontakter, stabilisera sjukvården på systemnivå, med gynnsamma effekter på folkhälsan. Öppen specialiserad vård är inte det samma som primärvård och kan därför inte förväntas ge samma stabiliserande effekt. Det är skillnad på om det finns en vårdenhet som man kan lista sig på och som erbjuder fasta kontakter enligt allmänmedicinska principer, alltså utan avgränsning gällande ålder eller typ av hälsoproblem – eller om det finns en vårdenhet som riktar sig mot en viss åldersgrupp, en viss typ av sjukdom/hälsoproblem, eller en vårdenhet som erbjuder en viss typ av behandling alternativt endast digitala distanskontakter. Det är likväl skillnad på att ha lämplig kompetens för att vara fast läkarkontakt (i ansvaret inkluderas individerna var för sig men också som grupp, alltså en del av verksamhetens listade människor och då även en del av befolkningen) och på att ha kompetens att vara resurs i primärvården (och då ha fokus på individerna och på en viss typ

<sup>32</sup> Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF avtalet 2018 2021, s. 8, 56 och 60. Socialstyrelsen 2023.

<sup>33</sup> Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023. Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

av sjukdom). Det är genom att se fasta kontakter i vård och omsorg som infrastruktur för personcentrerat arbete, och säkerställa jämlik tillgång till vårdenheter som arbetar med listningen som utgångspunkt, som en stärkt primärvård kan åstadkommas.

2008 framförde SLS i sitt remissvar farhågor om vad som skulle kunna bli negativa konsekvenser av att ta bort kravet på att fast läkare ska ha specialistkompetens i allmänmedicin. Det som lyftes var risk för ”ökad remitteringsfrekvens med negativa konsekvenser för akutmottagningar och slutenvård samt ökade kostnader för medicinska utredningar och läkemedelsanvändning”. Idag 15 år senare ser vi tilltagande problem på akutmottagningar och vårdplatsbrist. Vi ser likväl fortfarande brist på specialister i allmänmedicin. Stärkt primärvård med hög generalistkompetens i första linjens vård eller, numera i den nära vårdens nav är en del i lösningen för att bromsa in en utveckling som vi inte har resurser för.

### 6.3 Förslag

SLS anser att en fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin eller blivande specialist i allmänmedicin, för att de har den generalistkompetens som är mest lämpad för uppgiften. SLS föreslår att detta ska regleras.

Att vara fast läkarkontakt innebär att man har uppgiften att med kontinuitet och med medicinsk generalistkompetens bedöma, utreda, förklara, behandla och följa upp alla sorters hälsoproblem som en individ kan hamna i (Se bild 1). En fast läkare behöver verka i ett system där andra fasta kontakter kan träda fram utifrån patientens behov och med hänsyn till lokala förutsättningar. En fast läkarkontakt behöver alltså verka i en kontext där det är synligt för patienter/närstående så väl som för vårdpersonal vilka fasta kontakter som är involverade i patientens vård och omsorg. Så väl tillgängligheten till sina fasta kontakter för patient/närstående, som närheten mellan de fasta kontakterna runt en patient behöver vara hög. Kommunikationen behöver riktas med så hög precision till de som redan känner patienten som möjligt för att teamet runt patienten ska kunna samverka utifrån sina olika roller i teamet runt patienten på ett resurseffektivt och personcentrerat sätt.

Den fasta läkarkontakten som över tid lär känna sina patienter, får med tiden en unik inblick i deras livsbetingelser och därmed möjlighet till lokalt folkhälsoarbete. Med ansvaret för sina patienter ”listan”, följer således även ett ansvar att vara delaktig och drivande i primärvårdens hälsofrämjande befolkningsuppdrag för individerna på sin lista och genom det också för befolkningen inom området i stort. Samverkan med ST-läkare och specialister i socialmedicin och folkhälsa kunde vara ett sätt att förstärka det lokala folkhälsoarbetet och ST-läkare i socialmedicin skulle kunna göra sin kliniska tjänstgöring inom allmänmedicin och på så vis bidra till kompetensförsörjningen i primärvården.

En specialist i allmänmedicin med uppdraget att vara fast läkarkontakt för en rad människor bär följaktligen även ett ansvar för dem som grupp. Inom allmänmedicinen benämns det lista. Riktvärdet för listans storlek, eller som Socialstyrelsen uttrycker det riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för, är av Socialstyrelsen fastställd till 1 100 invånare per specialist.<sup>34</sup> Även ST-läkare i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt men för ett mindre, och successivt ökande, antal listade människor. Riktvärdet enligt Socialstyrelsen är 550 invånare per läkare i specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin i mitten av sin specialistutbildning.

<sup>34</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7896.pdf>

SLS anser vidare att en läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin ska kunna vara fast läkarkontakt i primärvården om hen *har målsättningen att bli specialist i allmänmedicin (dubbelspecialisering)*. SLS anser att dubbelspecialisering ska ske genom individuellt anpassad specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin, med initial (professionell och oberoende av arbetsgivaren) kompetensvärdering som utgångspunkt. Listans storlek anpassas i samråd med läkaren utifrån kompetensvärderingen och med hänsyn till Socialstyrelsens riktvärde. Individuell kompetensutvecklingsplan för att uppnå kompetensmålen för allmänmedicin ska utformas med avstamp i den inledande kompetensvärderingen. Tjänstgöringen ska ske med handledning av specialist i allmänmedicin fram till att specialistkompetens uppnåtts.

När det gäller kompetensvärderingen vill SLS lyfta professionens roll och menar att vi bör verka för att den egna professionsorganisationen tillhandahåller en oberoende formativ kompetensvärdering och därigenom säkerställa hög generalistkompetens hos alla som åtar sig listansvar i funktionen fast läkarkontakt i primärvården. SFAM har lång erfarenhet av att utveckla och förfina metod för detta. Detta i kombination med att Socialstyrelsen har uppgiften att utforma målbeskrivning och utfärda specialistbevis, borde kunna ge regionerna bättre förutsättningar att åstadkomma jämn kompetens-kvalitet.

En specialist i barn- och ungdomsmedicin ska, under en övergångsperiod kunna beviljas dispens så att läkaren kan vara fast läkarkontakt för en barnpopulation. Långsiktigt bör barnläkaren dock liksom andra specialister dubbelspecialisera sig för att undvika långsiktiga icke önskvärda effekter på sjukvårdssystemet. Exempel: Om en barnläkare tar hand om alla barn på en vårdcentral så tränar inte övriga generalister på att ta hand om barn. Det blir inte heller möjligt för familjer att vara listade hos samma läkare, och det blir även en otydlighet kring vad som ska hända då ett barn fyller 18 och räknas som ung vuxen. Att barnläkare är verksamma i primärvården innebär en förstärkning av den samlade kompetensen, vilket så klart har fördelar för patienterna, då de exempelvis kan göra second opinion, kompletterande bedömningar och handleda i barnmedicinska bedömningar.

En specialist i geriatrik ska under en övergångsperiod kunna beviljas dispens att var fast läkarkontakt för en population över en viss ålder. Alternativt ansvara för SÄBO/HSV. Långsiktigt bör geriatrikern dock liksom andra specialister dubbelspecialisera sig. Det uppstår en del frågetecken som inte kan rätas ut annat än i den specifika verksamheten: Vid vilken ålder blir man en geriatrisk patient och kan listas hos en geriatriker? Eller är det när man når en viss grad av skörhet som man ska listas om till geriatriken? Ska det då ske på bekostnad av kanske mångårig kontinuitet med sin fasta läkare? Vad händer med generalisternas kompetens att ta hand om sköra äldre om dessa patienter listas om till en geriatriker? Att geriatriker är verksamma i primärvården innebär en förstärkning av den samlade kompetensen, vilket så klart har fördelar för patienterna, då de exempelvis kan göra second opinion, kompletterande bedömningar och handleda i geriatriska bedömningar.

Det bör även vid andra särskilda omständigheter (som rör den individuella läkaren), under en övergångsperiod finnas möjlighet till dispens från kravet *att vara* eller ha *målsättningen att bli specialist i allmänmedicin* för att kunna vara fast läkarkontakt. Exempelvis vid kort tid kvar till pension. Detta förutsatt att uppdraget är tidsbegränsat, och det finns ett system för att bedöma om erforderlig kompetens föreligger, och att specialistläkaren bedöms ha kompetens att utföra arbetet och anpassningar görs för att kompensera för kompetensluckor beroende på tidigare specialitet. Arbetet som fast läkare sker vid dispens med handledning av en specialist i allmänmedicin.

Legitimerad läkare som *inte* har en ST-läkartjänst inom allmänmedicin (utan arbetar med allmänmedicin under ST-liknande former, så kallat "gråblock") ska kunna beviljas dispens att

vara fast läkarkontakt förutsatt anställning med förutsättningar motsvarande ST (dvs samma rätt till handledning, studietid etc.). Olegitimerad läkare (AT-läkare eller vikarierande underläkare före AT/legitimation) ska *inte* kunna vara fast läkarkontakt.

## 6.4 Konsekvenser

SLS gör bedömningen att i den primärvård som framtidens vård- och välfärdssystem behöver, är det specialister och blivande specialister i allmänmedicin som har uppgiften att vara fast läkarkontakt. Detta för att de har den generalistkompetens som är mest lämpad för uppgiften.

SLS gör därför bedömningen att det är lämpligt att vi tar ställning i frågan. Detta för att långsiktigt säkra jämlik tillgång till sammanhängande personcentrerad vård med hög kvalitet.

*På lång sikt* gör SLS bedömningen att primärvården måste byggas på en infrastruktur av fasta kontakter, där varje fast läkarkontakt med generalistkompetens levererar personcentrerad vård efter behov till sina patienter, och tjänstgör fördelat jämnt över hela landet. Primärvården får därmed en avgörande funktion för att stabilisera sjukvårdssystemet och se till att alla invånare får tillgång till god och nära vård.

*På kort sikt* är utmaningarna stora kring rådande brist på specialister i allmänmedicin. SLS gör här bedömningen att ett strukturerat arbete med att uppnå målsättningen på 1 fast läkarkontakt per 1 100 invånare kan bidra till att stärka kompetensförsörjningen. Till dess primärvården är fullt utbyggd ska man prioritera att ge kontinuitet och fast läkarkontakt till dem som har störst vårdbehov. Det är dock svårt att förutse vem som kommer att få ett stort vårdbehov. Det behöver därför finnas möjlighet att inom en vårdcentral planera verksamheten så att vårdbehov kontinuerligt kan vägas mot de fasta läkarnas kapacitet för att garantera en långsiktigt hållbar arbetsmiljö. Arbetet måste därtill organiseras så att så god kontinuitet som möjligt kan ges för dem som inte kan få en fast läkarkontakt. Förslagsvis kan detta göras genom att team skapas runt även runt vakanta läkarlistor, och att fokus för dessa team blir att i viss mån kompensera för avsaknaden av en fast läkarkontakt genom att i högre grad erbjuda fast vårdkontakt som kan samverka med patienternas andra fasta kontakter.

Syftet med fast läkarkontakt med ett riktvärde på 1 100 invånare per specialist är i grunden att uppnå en högre kontinuitet i patientkontakten och en ökad vårdkvalitet. Vi ser att det sekundärt även leder till en förbättrad arbetsmiljö för specialister i allmänmedicin, vilket skulle kunna ge en positiv effekt på antalet verksamma inom primärvården på relativt kort sikt. Dels genom att öka andelen av de 7 500 specialister i allmänmedicin som faktiskt verkar i primärvården, dels genom att öka antalet specialister i primärvården som arbetar heltid (lika arbetstid som övriga specialister skulle motsvara 400 heltidstjänster). I NVKR:s beräkningar har man kalkylerat med ett genomsnitt på 550 invånare per ST-läkare. Detta skulle också bidra till att på kort sikt minska underskottet på specialister.

För att på ett stabilt och långsiktigt sätt kunna nå riktvärdet om 1 100 invånare per allmänläkare i primärvården behövs en ökning av antalet tillsatta ST-block i allmänmedicin. Detta kräver, förutom en ökning av antalet ST-platser, att intresset blir större för ST i allmänmedicin bland nylegitimerade läkare. Allmänmedicinska läkarkåren, primärvården i stort och de medicinska fakulteterna måste här samverka för att ta tillvara den nya läkarutbildningens ökade exponering för allmänmedicin för att påvisa specialitetens möjligheter och öka intresset för generalistperspektivet. SLS är positivt till att staten under en övergångsperiod finansierar ST i allmänmedicin som har föreslagits både av utredningen *Samordnat utveckling för god och nära vård* och Nationella vårdkompetensrådet.

Som ett komplement skulle en väl utarbetad och strukturerad allmänmedicinsk kompetensvärdering på individnivå, till exempel enligt SFAM:s modell, kunna utgöra en grund

för en individualiserad ST-utbildning för läkare med betydande erfarenhet och därmed öka inflödet av nya allmänmedicinare från närliggande specialiteter.

Sammanfattningsvis ser vi dock att kompetensförsörjningen inom allmänmedicin står inför stora utmaningar för att kunna möta riktvärdet på 1 100 invånare för fast läkarkontakt. Det är väldigt viktigt att arbeta systematiskt och långsiktigt med arbetsmiljöbefrämjande åtgärder som genom att öka attraktiviteten ökar andelen tillgängliga specialister som väljer att arbeta i primärvården. Antalet legitimerade läkare som väljer ST i allmänmedicin behöver också öka signifikant de kommande åren. Det är samtidigt väsentligt att riktvärdet införs stegvis på ett sätt där fast anställda specialister och ST-läkare i möjligaste mån behåller sitt befolkningsunderlag oavsett bemanningsläget i övrigt. Under den närmaste tioårsperiodens förväntade bristsituation kan vikarierande läkare avlasta de fast anställda läkarna i syfte att avgränsa uppdraget. En genomtänkt plan behövs för att stegvis öka både antalet specialister och tjänstgöringsgraden inom allmänmedicin och samtidigt erbjuda en god arbetsmiljö – dvs en arbetsmiljö som ger förutsättningar för att bedriva och utveckla en allmänmedicin för god och nära vård och en god hälsa för den fasta läkarkontaktens befolkningsunderlag. Tid för professionell utveckling och kollegial utvecklingsdialog, stärkt forskningskultur, fler FoU-enheter och välfungerande processer för kunskapsspridning i primärvården kan bidra till stimulerande och attraktiva arbetsmiljöer.

*Genom att ta ställning för att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist eller blivande specialist i allmänmedicin vill SLS bidra till en tydligare **allmänmedicinsk riktning** vid organisering av **primärvård**, och att det på så vis i framtiden blir tydligare vad som är primärvård och vad som är öppen specialiserad vård.*



Svenska  
Läkaresällskapet

**ADRESS** Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm  
**TELEFON** 08-440 88 60 **E-POST** [sls@sls.se](mailto:sls@sls.se) **WEBB** [www.sls.se](http://www.sls.se)