



Fast läkare, detta innebär det i praktiken

- Alla invånare listas på en namngiven läkare, fast läkare, som har det medicinska huvudansvaret ur ett primärvårdsperspektiv. Listning på läkare innebär inte att läkaren "äger" patienterna och tar med sig dem vid byte av vårdcentral.
- Målsättningen är att den fasta läkaren i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin.
- Vid avsaknad av specialister i allmänmedicin bör man, under en övergångsperiod, upprätta vakanta listor som hyrläkare eller andra andra specialiteter (geriatriker, barnläkare, internmedicinare) får ansvara för, vid behov under handledning.
- Behov av regelbunden kontakt inom sjukhusspecialistvården innebär ingen motsättning. En eller flera patientansvariga läkare på sjukhuset eller inom den specialiserade öppenvården kan mycket väl komplettera den fasta läkaren inom primärvården.
- Det ska framgå ur administrativa system och journal vem den fasta läkaren är.
- Ur patientsäkerhetsperspektiv kan inte en fast läkare ansvara för hur många invånare som helst utan varje läkare ska ha rimligt antal listade invånare.
- Hur stort antal invånare som en läkare kan ha ansvar för beror på flera faktorer:
 1. På nationell nivå kan ansvar för 1000-1500 personer/heltidsarbetande specialist i allmänmedicin ses som ett spann/riktmärke/norm med nuvarande (2020) allmänmedicinska primärvårdsuppdrag. På så sätt får man ett dimensioneringsmått, hur många specialister i allmänmedicin det behövs på nationell nivå och på regional nivå.
 2. Vi förordar således att ett max antal patienter per specialist i allmänmedicin regleras i förordning enligt det förslag som Anna Nergårdh tagit fram i "God och nära vård" och att den yttersta beslutanderätten om listningsstopp ligger på enhet och läkare.
 3. Antalet för den enskilde läkaren kan variera utifrån andra uppdrag till exempel SÄBO, BVC, handledningsuppdrag, tjänstgöringsgrad, chefsuppdrag samt vårdtyngd på invånarna.
 4. Ett patientansvar på fler än 1500 invånare innebär en för hög arbetsbelastning för läkare enligt domen i förvaltningsrätten 2014 (1).
- Det finns en gräns för hur många invånare varje enskild vårdenhet kan ta ansvar för. Till exempel finns oftast en begränsning i hur stor personalgrupp som får plats rent fysiskt i de faktiska lokalerna.
- Det bör vara vårdgivarens ansvar att tillhandahålla en vårdstruktur som skapar förutsättningar för personlig kontinuitet mellan läkaren och patienten.
- Det bör vara arbetsgivarens ansvar att avgränsa läkarens antal listade invånare utifrån läkarens arbetstid och övriga uppdrag samt tillse att listan är blandad avseende vårdtyngd.

- Det bör vara vårdgivarens och arbetsgivarens ansvar att sätta upp en rimlig nivå på hur många invånare vårdenheten i realiteten kan ta ansvar för utifrån tillgång på lokaler och kompetens.
- Det är regioners skyldighet att avsätta tillräckliga medel så att det går att upprätthålla denna läkarbemanning.
- Även ST läkare bör som del i sin utbildningstjänst arbeta med kontinuitet och ha ett visst "listansvar" men ST läkare bör inte räknas in i den totala dimensioneringen av läkare per vårdcentral då det ändå alltid är specialisten som har huvudansvaret.
- Med fast läkare och avgränsat uppdrag enligt ovanstående principer värnas personlig kontinuitet mellan patient och läkare. Det finns vetenskaplig evidens för att ett sådant arbetssätt skapar en ökad patientsäkerhet, ökad tillgänglighet, minskar antalet besök på akutmottagningar och inläggningar på sjukhus, är kostnadseffektivt samt leder till minskad dödlighet.

1. [Läkartidningen](#). 2014;111:C9H7



Svenska Distriktsläkarföreningen
EFFEKTEN AV KONTINUITET I PRIMÄRVÅRDEN



ökad livskvalitet



nöjdare patienter och
nöjdare vårdpersonal



ökad terapiföljsamhet



mindre överdiagnostik



färre besök på akutmottagning



bättre preventiv vård



färre sjukhusinläggningar



lägre samhällskostnader



ökad överlevnad

Bilaga 2: Vad säger den vetenskapliga litteraturen om konsekvenser av personlig kontinuitet (hög eller låg)?

1. Hög personlig kontinuitet medförde att både patientens och läkarens nöjdhet med besöken ökade

Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* 2003;1:149-55.

Enkät till 4454 patienter efter besök i primärvård med ett antal frågor om: patientupplevd kontinuitet, om besöket motsvarade förväntningarna och nöjdhet med läkaren. Kontinuitet förbättrade upplevelse och nöjdhet särskild då för kvinnor, gamla, lågutbildade och de med dålig egenupplevd hälsa.

Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2:445-51.

Review av 22 originalstudier där 19 rapporterade klart större nöjdhet vid bättre kontinuitet.

Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implication for health care system reform. *Ann Fam Med.* 2006;4:500-5.

Ambitiös studie med ljudinspelning av 25 konsultationer vardera till 19 GPs som fick betygsätta hur nöjda de var med konsultationen. De två bästa resp 2 sämsta analyserades av författaren vilket var grunden för djupintervju med varje läkare i deras mest tillfredsställande konsultationer, användes de interpersonella aspekterna av vård, i synnerhet deras känsla av att känna patienten, för att få ett framgångsrikt resultat. Framgång sågs i holistiska termer - inte som förebyggande, behandling eller bot av en sjukdom, utan som att stärka personen.

2. Hög personlig kontinuitet gjorde att patienter bedömde att kommunikation och delat beslutsfattande under besöket varit bättre.

Katz DA1, McCoy K, Sarrazin MV.. Does improved continuity of primary care affect clinician-patient communication in VA? *J Gen Intern Med.* 2014 Jul;29 Suppl 2:S682-8.

4393 patienter med minst 3 läkarbesök år 2009-10 besvarade en enkät om upplevelse av sjukvården (Survey of Healthcare Experiences of Patients). Patienternas upplevelse av kommunikation och delat beslutsfattande klart bättre.

Rodríguez HP1, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. The effects of primary care physician visit continuity on patients' experiences with care. *J Gen Intern Med.* 2007 Jun;22(6):787-93.

14,835 patienter med 2 eller flera besök under 2004-2005 som besvarade en enkät om upplevelse av besöket. (Ambulatory Care Experience Survey (ACES). God kontinuitet visade starka samband med god kommunikation, hälsofrämjande och tillgänglighet.

3. God tidigare kännedom om patienten minskade tidsåtgång och användandet av medicinsk service

Amjad H, Carmichael D, Austin AM, et al. Continuity of Care and Health Care Utilization in Older Adults With Dementia in Fee-for-Service Medicare. *JAMA Intern Med.* 2016;176:1371-8.

Retrospektiv kohortstudie av 1,4 miljoner 65 år & äldre med demensdiagnos and och minst 4 öppenvårdsbesök under 2012 .Högre kontinuitet medförde mindre CT, labanalyser och inläggningar.

Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care.* 1999;5:727-34.

Prospektiv kohortstudie. N=12 997 med artrit astma, magsår, hypertoni och otitis media. 90 000 läkarbesök, 1000 inläggningar, 240 000 recept. Korrektioner: gjordes för sociodemografi och sjuklighet: Ju flera primärvårdsläkare en patient såg under året desto större vårdutnyttjande och kostnader.

Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ.* 1991;303:1181-4.

Tvärnsnittsstudie. 3918 konsultationer. Enkät till läkare

Resultat: tidigare kännedom om patienten minskade tidsförbrukningen och användandet av medicinsk service.

2 ST-dagar 20191106 Sven Engström

4. Hög personlig kontinuitet gav bättre kontroll av diabetes.

Maciejewski ML1, Hammill BG, Bayliss EA, Ding L, Voils CI, Curtis LH, Wang V.

Prescriber Continuity and Disease Control of Older Adults. *Med Care.* 2017 Apr;55(4):405-410.

Kohortstudie av förskrivningsdata för ca 52 000 personer med diabetes. Man fann att de med många olika förskrivare hade sämre kontrollerad diabetes

O'Connor PJ1, Desai J, Rush WA, Cherney LM, Solberg LI, Bishop DB. Is having a regular provider of diabetes care related to intensity of care and glycemic control? *J Fam Pract.* 1998 Oct;47(4):290-7.

1200 patienter som uppgav att de hade en fast läkare jämfördes med 144 som förnekade detta. De med fast läkare fick bättre strukturerad vård och hade bättre diabeteskontroll

5. Patienter med hjärtsvikt, KOL, Diabetes. God kontinuitet medförde färre komplikationer, akutmottagningsbesök och inläggningar

Hussey PS1, Schneider EC2, Rudin RS1, Fox DS1, Lai J1, Pollack CE3. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med.* 2014 May;174(5):742-8.

Retrospektiv kohortstudie av sjukförsäkringsdata för 1 års vård av hjärtsvikt (CHF, n = 53,488), KOL (COPD, n = 76,520), eller D typ 2 diabetes mellitus (DM, n = 166,654) in 2008 and 2009.

Blygsamma ändringar i kontinuitet visade samband med betydande skillnader i komplikationer, vårdutnyttjande och kostnader. En ökning av CoC Index med 0,1 innebar 5 % lägre kostnader.

6. Patienter som det senaste året bytt läkare förbrukade klart mera sjukvårdsresurser

Jabaaij L, de Bakker DH, Schers HJ, et al. Recently enlisted patients in general practice use more health care resources. BMC Fam Pract. 2007;8:64.

104 allmänläkarmottagningar. Retrospektiv kohortstudie av 10 102 patienter listade < 1 år som jämfördes med matchade (kön, ålder och privat el offentlig sjukförsäkring - proxy för socioekonomi) kontrollpatienter på samma mottagning som varit listade längre. De nyligen listade konsumerade klart mera allmänläkarvård än de som varit listade längre

7. De som huvudsakligen vände sig till samma läkare hade hälften så stor risk att hamna på akutmottagningen.

Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation, a population-based cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2017;35:113-9.

Personer bosatta i Blekinge som gjort 2 eller flera läkarbesök per år i offentlig primärvård under 2012-2014. N= 8185. Genom att använda resultatet i multipla regressioner fann man att de med lägst kontinuitet hade dubbelt så många akutmottagningsbesök som de med högst kontinuitet.

Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. Am J Public Health. 2000;90:97-102.

Tvårsnittsstudie: Datafil med sjukförsäkringskrav år 1994 för personer > 65 år. N= 354 782

Korrekationer: Sociodemografi och sjuklighet.

Resultat: De som huvudsakligen vände sig till samma läkare hade efter justering för behov av Medicaid, sjuklighet, urbanitet hälften så stor risk att hamna på akutmottagningen som övriga.

3 ST-dagar 20191106 Sven Engström

8. Det är den personliga kontinuiteten som har betydelse för minskning av inläggningar på sjukhus

Mainous AG, 3rd, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? Am J Public Health. 1998;88:1539-41.

Prospektiv kohortstudie N= 13 495. Studerade kontinuitet år 1 och sjukhusvårdsutnyttjande år 2.

Korrekationer: sociodemografi, antal mottagningsbesök, diagnoser och allvarlighetsgrad.

Efter korrektion för sociodemografi, antal mottagningsbesök och skillnader i diagnoser och allvarlighetsgrad framkom att ökande personlig kontinuitet signifikant minskade hospitaliseringsfrekvensen. Detta gällde inte för hög mottagningskontinuitet utan samtidig hög läkarkontinuitet.

9. Patienter som, när de vara inlagda på sjukhus, behandlades av sina egna primärvårdsläkare skrevs oftare ut till eget hem och hade lägre mortalitet än patienter som behandlades av sjukhusläkare

Stevens JP, Nyweide DJ, Maresh S, et al. Comparison of Hospital Resource Use and Outcomes Among Hospitalists, Primary Care Physicians, and Other Generalists. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1781-87.

Med hjälp av databaser från Medicare i USA studerades handläggning, kostnader och resultat (mortalitet) vid 560 651 vårdtillfällen för äldre (medelålder 80 år) under helåret 2013. I studien justerades för DRG-komplexitet samt annan samsjuklighet genom att använda öppenvårdsdata från året före vårdtillfället. I 60 procent av vårdtillfällena utgjordes de ansvariga läkarna av sjukhusbaserade invärtesmedicinare, i 14 procent var det patientens egen primärvårdsläkare och i 26 procent annan ej sjukhusbaserad generalist.

Begränsningar, exempelvis att yngre patienter inte studerades, att administrativa data användes och att det fanns risk för felklassificering av patienterna.

10. God kontinuitet kan ge minskad mortalitet.

Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors-a matter of life and death?

- A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 8:e021161.

Systematisk översikt. Sökt artiklar på engelska som relaterade uppmätt kontinuitet till mått på mortalitet. Man fann 22 studier från 9 olika länder. Alla kohort eller tvårsnittsstudier. 18 rapporterade statistiskt signifikant reduktion av mortalitet vid ökande kontinuitet. 3 studier fann inga samband och en studie använde 2 mått: Patientrapporterad visade minskad mortalitet vid högre kontinuitet. Maskinellt uppmätt god kontinuitet visade ökad mortalitet.

11. I andra länder har kollegorna en tydligare övertygelse än vi om värdet av personlig läkarkontinuitet

Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, 3rd, et al. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. Ann Fam Med. 2005;3:353-9.

Stokes: Enkätundersökning riktad till GP:s i USA, Nederländerna och Storbritannien. Totalt ingick 1523 GP:s

svarsfrekvens 59 %. GPs från 3 olika sjukvårdssystem värderade alla högt att kunna ge personlig kontinuitet i vården till sina patienter.