



## Fast läkare, detta innebär det i praktiken. Policydokument antaget 2022-03-14.

- 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" patienten 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, under en övergångsperiod, bör man upprätta vakanta listor som hyrläkare eller andra andra specialiteter (geriatriker, barnläkare, internmedicinare) får ansvara för med handledning.
- Invånare med sjukdom som kräver regelbunden kontakt inom sjukhusspecialistvården innebär ingen motsättning till fast läkare inom primärvården. Man kan ha en fast läkare i primärvården och en patientansvarig läkare inom sjukhusvården.
- Det ska framgå ur administrativa system och journal vem den faste 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 personer/heltidsarbetande specialist i allmänmedicin ses som ett riktmärke. 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 maxantal 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.
- Det finns även en gräns för hur många invånare varje enskild vårdenhet kan ta ansvar för då det i realiteten oftast finns 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.
- 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.



Svenska Distriktsläkarföreningen

## EFFEKTEN AV KONTINUITET I PRIMÄRVÅRDEN



ökad livskvalitet



nöjdare patienter och  
nöjdare vårdpersonal



ökad terapifölsamhet



mindre överdiagnostik



färre besök på akutmottagning



bättre preventiv vård



färre sjukhusinläggningar



lägre samhällskostnader



ökad överlevnad

### Vad säger litteraturen om konsekvenser av personlig kontinuitet (hög eller låg)?

För läkemedel kan man göra randomiserade dubbelblinda studier med jämförelser mellan placebo och aktiva läkemedel där patienterna slumpas till det ena eller det andra och varken patient eller läkaren vet vad de fått. Detta förfarande kan ge helt jämförbara grupper och därmed resultat med hög tillförlitlighet. För personlig kontinuitet går det inte ha placebokontroller då både patient och läkare märker hur många gånger de träffas. Man är då hänvisad till observationsstudier av verkligheten och då kan resultaten påverkas av att grupperna skiljer sig åt beträffande ålder, kön, utbildning, inkomst, upplevd hälsa, sjuklighet mm. Dessa kallas störfaktorer (eng. confounders). Om man har data på dessa störfaktorer kan man i de statistiska analyserna justera för dessa så att resultaten visar på effekterna av just variationer i personlig kontinuitet. I samtliga dessa studier där man studerat effekter av personlig kontinuitet i primärvård har man i sina analyser justerat för sådana viktiga störfaktorer.

**Några kontinuitetsmått:** Varaktighet – hur lång tid (oftast år) som en patient och en läkare haft fortlöpande kontakt. Usual Provider Continuity index (UPC) = andel av patientens alla besök som skett till den vanligaste läkaren. Continuity of Care Index enligt Bice & Boxerman väger in både ovanstående och hur många andra läkare som patienten träffat. Sequential Continuity index (SECON) tar hänsyn till i vilken ordning en patient träffar olika läkare.

#### 1. Patienter med hög personlig läkarkontinuitet 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.](#)

**Katz 2014 USA.** 3717 patienter med minst 3 läkarbesök under åren 2009–10 som besvarade en enkät om upplevelse av sin sjukvård de senaste 12 mån (Survey of Healthcare Experiences of Patients).

Kontinuitetsmått: Andel besök till den vanligaste läkaren under senaste 6 månaderna. Antal år som patientläkarförhållandet fortlevt.

**Resultat: Patienternas upplevelse av lyssnande, förklaringar & delat beslutsfattande var klart bättre vid god kontinuitet. Framförallt observerades en stor effekt av antal år som patientläkarförhållandet fortlevt.**

[Rodriguez 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](#)

**Rodriguez 2007 USA.** Drygt 13 000 patienter med 2 eller flera besök under 2004 som besvarat en enkät om upplevelse av sin vård. Kontinuitetsmått: Andel besök till den vanligaste läkaren under senaste 6 månaderna. Antal år som patientläkarförhållandet fortlevt.

**Resultat: God kontinuitet visade framförallt för de med sämre hälsa starka samband med god kommunikation, och stöd för hälsofrämjande vanor. För patienter som hade mera än 5 års varaktighet av patientläkarförhållandet hade uppmätt kontinuitet under de senaste 6 mån mindre betydelse.**

## 2. Vid hög personlig läkarkontinuitet var patientens nöjdhet med besöken större

[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.](#)

**Nutting 2003 USA.** Prospektiv kohortstudie i primärvård. 2763 patienter i alla åldrar. Forskningssjuksköterskor observerade besöken, genomförde en strukturerad intervju med patienten efter besöket och gick igenom journalen för data kring sjuklighet, medicinering mm.

Kontinuitetsmått: Andel besök till den vanligaste läkaren under senaste 12 månaderna.

**Resultat. Kontinuitet värderades högst av, och inverkade mest på nöjdheten med läkaren för lågutbildade äldre kvinnor med flera hälsoproblem, flera läkemedel och dålig egenupplevd hälsa.**

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

**Saultz 2004.** Ambitiös översiktsartikel där en omfattande genomgång av 379 artiklar resulterande i 20 originalstudier som uppfyllde de uppställda kvalitetskriterierna. 19 av de 20 studierna rapporterade större nöjdhet vid högre personlig kontinuitet.

**Författarna konstaterar: Tillgängliga data tyder på ett stabilt och signifikant samband mellan personlig kontinuitet och patientens tillfredsställelse.**

## 3., Låg personlig kontinuitet för patienter med demens innebar flera akutbesök, flera inläggningar på sjukhus och högre kostnader.

[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.](#)

**Amjad 2016 USA.** Retrospektiv kohortstudie av 1,4 miljoner 65 år & äldre (medel 81år) med demensdiagnos  
Kontinuitetsmått: Continuity of Care index (avseende besök hos läkare och sjuksköterskor under år 2012).

**Resultat: Låg kontinuitet hade samband med mera akutbesök (+15 %), inläggningar (+6 %) urinanalyser (+50 %) och CT skalle (+17 %). Sjukvårdskostnader för helåret 2012 var i genomsnitt 11 % högre hos de med låg kontinuitet.**

## 4. Låg personlig kontinuitet jämfört med bra - sämre diabeteskontroll, 30 % ökad risk för sjukhusinläggningar och högre dödlighet.

[Continuity of diabetes care is associated with avoidable hospitalizations](#)

[Lin W, Huang IC, Wang SL, Yang MC, Yaung CL. Int J Qual Health Care. 2010 Feb;22\(1\):3-8.](#)

**Lin 2010 Taiwan.** Kohortstudie. 6476 patienter med minst 4 läkarbesök för diabetes 1997–2002. Ålder i medel 59 år.  
Kontinuitetsmått: Andel besök till den vanligaste läkaren.

**Resultat: För undvikbar slutna vård pga. kortvariga diabeteskomplikationer hade de med medelkontinuitet 28 % större risk än de med hög kontinuitet. För undvikbar slutna vård pga. långvariga diabeteskomplikationer hade de med låg kontinuitet 34 % större risk än de med hög kontinuitet**

[Interpersonal continuity of care and type two diabetes.](#)

[Lustman A, Comaneshter D, Vinker S. Prim Care Diabetes. 2016 Jun;10\(3\):165-70.](#)

**Lustman 2016 Israel.** Kohortstudie n= 23 294. Ålder 40–75 år minst 3 läkarbesök i primärvård. År 2011 & 2012.  
Kontinuitetsmått: Andel besök till den vanligaste läkaren under 2 år.

**Resultat: Låg kontinuitet: större risk att nödvändiga kontroller försummas.**

**Lägre målpåfyllelse avseende nivån på HbA1c, Blodtryck, LDL.**

**Dödlighet OR 1,69 (1,43–2,00) p <0.01 Inläggningar ej signifikant inverkan av kontinuitet.**

## 5. Låg personlig kontinuitet hade samband med fler komplikationer, akutmottagningsbesök och inläggningar. Blygsamma minskningar av kontinuitet visade betydande skillnader i komplikationer, vårdutnyttjande och kostnader.

[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.](#)

**Hussey 2014 USA.** Retrospektiv kohortstudie av ett slumpurval på 5 % av Medicare förmånstagare över 65 år under 2008 -2009 avseende diagnoserna hjärtsvikt (CHF, n = 53,488), KOL (COPD, n = 76,520), eller D typ 2 diabetes mellitus n = 166,654. Kontinuitetsmått: Continuity of Care index under 2 år.

**Resultat: Blygsamma ändringar i kontinuitet visade samband med betydande skillnader i komplikationer, vårdutnyttjande och kostnader. En minskning av CoC Index med 0,1 (= 4 av 7 besök till samma läkare jämfört med 5 av 7 besök till samma läkare innebar 6 % högre kostnader.**

## 6.. Låg jämfört med hög personlig läkarkontinuitet – dubbelt så många besök på akutmottagning.

[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.](#)

**Kohnke 2017.** 8185 personer bosatta i Blekinge som gjort 2 eller flera läkarbesök per år i offentlig primärvård under 2012-2014. Kontinuitet mätt under 3 år med UPC, COC-index och Secon.

**Resultat: Genom att använda resultaten i multipla regressioner fann man att de med lägst kontinuitet hade dubbelt så många akutmottagningsbesök som de med högst kontinuitet.**

[Engström S, Borgquist L, Nordvall D, Albinsson, G, Arvidsson, E. Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning. Läkartidningen. 2019;116:51-2.](#)

**Engström 2019** Tvärsnittsstudie av journaldata från Region Jönköping 140 478 personer med > 3 läkarbesök under två år: 2015 och 2016. Kontinuitetsmått: CoC enl Bice Boxerman under 2 år. Analys: Multipel stegvis regression

**Resultat: De med lägst kontinuitet hade dubbelt så många akutmottagningsbesök som de med högst kontinuitet. Störst var skillnaden för gruppen yngre vuxna 17-30 år med 2,2 ggr så många akutmottagningsbesök.**

## 7. Det är den personliga kontinuiteten som har samband med minskning av sjukhusinläggningar.

[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.](#)

Mainous 1998 Prospektiv kohortstudie N= 13 495. Studerade kontinuitet år 1 och sjukhusvårdsutnyttjande år 2.

**Resultat: Hög personlig kontinuitet minskade sjukhusinläggningar. Detta gällde inte för hög mottagningskontinuitet utan samtidig hög läkarkontinuitet.**

## 8. Flera år listad på samma läkare - färre jourcentralsbesök, färre akuta inläggningar och lägre mortalitet.

[Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2021 Aug 26](#)

**Sandvik 2021.** Registerbaserad observationsstudie i Norge som omfattade 4 552 978 normän. Man studerade sambanden mellan antal år som personerna varit listade på samma fastlege och jourcentralsbesök, akuta sjukhusinläggningar och dödlighet under år 2018.

**Resultat: 53 % hade haft samma fastlege i mera än 5 år. Jämfört med att ha haft samma fastlege i 1 år sågs för ökande antal år en succesiv minskning av utfallen och vid > 15 år minskade risken för jourcentralsbesök med 30 % akuta sjukhusinläggningar med 28 % och för död med 25 %.**

## 9. Hög kontinuitet har samband med lägre 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.](#)

**Pereira Gray 2018.** Systematisk översikt. Sökt artiklar på engelska som relaterade uppmätt kontinuitet till mått på mortalitet. 726 artiklar bedömda. Man fann 22 studier av hög kvalitet från 9 olika länder. Alla var kohort eller tvärsnittsstudier.

**Resultat: 18 studier rapporterade statistiskt signifikant reduktion av mortalitet vid ökande kontinuitet. 3 studier fann inga samband och en studie använde 2 mått: Patientrapporterad kontinuitet visade minskad mortalitet vid högre kontinuitet. Maskinellt uppmätt god kontinuitet visade ökad mortalitet.**

[Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70](#)

**Baker 2020.** Översiktsartikel av samband mellan kontinuitet och mortalitet. 2785 artiklar bedömda varav 13 från 8 olika länder uppfyllde kriterierna för inklusion. Evidensvärdering i klass med SBU.

**Resultat: Tolv studier mätte total dödlighet, av vilka nio fann en statistiskt betydande skyddande effekt av större kontinuitet och tre inte. Den återstående studien visade en skyddande effekt mot död i kranskärlsjukdom.**

## 10. [SBU-rapporten – ” Kontinuitet i vården ” aug 2021](#)

**Handlar om effekter av personlig kontinuitet för personer med astma / KOL eller allvarlig psykisk sjukdom**  
Sökning efter studier gjordes i 11 databaser. Drygt 10 400 artiklars sammanfattningar bedömdes. 92 artiklar lästes varav

för Astma/KOL 15 st. och för Allvarlig Psykisk Sjukdom 17 st. uppfyllde kvalitetskriterierna.

### **Slutsatser:**

#### **För personer med astma eller KOL ger högre relationskontinuitet i vården:**

lägre risk att dö i förtid	(låg tillförlitlighet)
lägre risk för sjukhusinläggning	(måttlig tillförlitlighet)
lägre risk för akutmottagningsbesök	(låg tillförlitlighet)
lägre hälso-och sjukvårdskostnader	(låg tillförlitlighet).

#### **För personer med allvarlig psykisk sjukdom ger högre relationskontinuitet i vården:**

- lägre risk att dö i förtid (låg tillförlitlighet)
- lägre risk för akutmottagningsbesök (låg tillförlitlighet)
- förbättrad livskvalitet (låg tillförlitlighet).

SBU har genomfört en sträng granskning och värdering av de alla ingående studierna varför de konstaterade gynnsamma effekterna av personlig kontinuitet, trots reservationerna i parenteserna, får anses som tydliga.

#### **Utifrån hälsoekonomiska scenarionanalyser baserade på resultaten på vårdutnyttjande medför högre relationskontinuitet:**

För personer med astma eller KOL: 30–60 procent färre sjukhusinläggningar  
10–60 procent färre akutmottagningsbesök.

För personer med allvarlig psykisk sjukdom • 5–15 procent färre akutmottagningsbesök.