



DISTRIKTSLÄKARFÖRENINGEN VÄSTERBOTTEN

SIFAM SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEICIN

# Fast läkare med 1 distriktsläkare per 1.100 invånare Övergångslösningar för primärvården i Västerbotten

**Målbild:** 1.100 listade invånare per heltidsarbetande distriktsläkare

Steg 1: 55% av invånarna har fast läkarkontakt, 80% av de som bor i särskilt boende. 31/12 2022.

Steg 2: 80% av invånarna har fast läkarkontakt, alla som bor i särskilt boende. 31/12 2025.

Steg 3: Alla invånare och distriktsläkare omfattas. 31/12 2027.

## Bakgrund

Den styrande lagstiftningen finns sammanfattad i Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 4/2021.

- Enligt 7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.
- Av 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.
- Patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt (3 kap. 2 § 1 patientlagen).

Socialstyrelsen kom 220428 med en rekommendation om riktvärde för antal listade per läkare:

- 1.100 invånare per specialist i primärvården.
- 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning.
- Fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin.

## Västerbotten

Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin i Västerbotten har tagit fram statistik för hur många specialister i allmänmedicin som arbetar i primärvården i Västerbotten, omräknat till heltid. Vi har även tagit fram statistik för antal ST-läkare. Andra specialister och de som arbetar med olika former av tilläggsuppdrag är inte medräknade, inte heller utbildningsläkare eller olika sorters vikarier och stafettläkare. Eftersom vi inte har inkluderat tex geriatriker och barnläkare eller dem som arbetar med tilläggsuppdrag kan man lägga till ett litet antal, men siffrorna kan grovt sätt kan anses korrekta. Samtidigt ökar befolkningen snabbt i Skellefteåområdet, varför ytterligare behov väntas tillkomma. Vid tidpunkten för sammanställningen gjorde totalt 78 läkare ST i allmänmedicin. Det tar i genomsnitt 7 år att genomföra ST, och distriktsläkare arbetar i genomsnitt 80%.

**Enligt vår kartläggning arbetade i februari 2022 totalt 85 specialister i allmänmedicin på heltid med hälsovalets basuppdrag. För att uppnå det nya målet att varje distriktsläkare ansvarar för maximalt 1.100 invånare skulle det i Västerbotten behövas 249 heltidsarbetande distriktsläkare, vilket innebär en brist på 164 distriktsläkare utifrån vår statistik.**

Mot denna bakgrund behöver Region Västerbotten snarast ta fram en seriös kompetensförsörjningsplan, för att möta de krav som lagstiftning och myndigheter ställer, samt för att tillfredsställa befolkningens behov av god och nära vård på sin hälsocentral.

Vi föreslår ett antal åtgärder på kort respektive lång sikt. På kort sikt behövs kompromisser, som dock samtidigt måste bidra till att det långsiktiga målet kan uppnås.

## Vision

Alla fasta läkare har ett listningstak med en blandad sammansättning av invånare. Det omfattar både specialister och ST-läkare i allmänmedicin. De individer som blir utan fast läkare hamnar på en vakant lista som tas omhand av vikarier, som också täcker upp vid frånvaro av ordinarie läkare. Kompetensutveckling och en god arbetsmiljö, såväl fysisk som social och organisatorisk, är självklarheter. Kommunikation och ansvarsfördelning mellan primärvård och sjukhusvård samt regionledning och kliniskt verksamma fungerar väl. Distriktsläkare har inflytande över det kliniska arbetet och medicinska prioriteringar på den enskilda hälsocentralen, men behöver inte täcka upp för brister eller lösa problem som uppstår på andra håll i organisationen. Bemanningen av alla yrkeskategorier är tillräckligt dimensionerad i förhållande till hälsovalsbeställningen och stabil över tid. Ett långsiktigt kvalitets- och förbättringsarbete är möjligt och det lokala teamarbetet kan utvecklas på bästa sätt. De gröna öar som finns kan fortsätta vara välfungerande och övriga enheter kan arbeta mot att komma dit. Vi kan ärligt säga till yngre läkare att det finns en framtid som allmänläkare.

Primärvården har en tillräcklig och ökande finansiering för att kunna dels fullfölja sitt uppdrag enligt hälsovalsbeställningen och dels kunna bidra till omställningen till god och nära vård. Distriktsläkare deltar i forum som MLA-råd, allmänläkarkonsultgrupp och i arbetet med god och nära vård, och deras kunskap tas till vara i regionens lednings- och utvecklingsarbete.

Det är naturligt för invånarna att ta kontakt med sin egen hälsocentral där de vet att de har en fast namngiven distriktsläkare, istället för att åka till akuten eller nyttja dyra digitala tjänster finansierade av utomlänstaxan. Alla Västerbottens invånare har tillgång till god och nära vård av hög kvalitet, med primärvården och distriktsläkaren på sin hälsocentral som bas.

## Nuvarande strategier leder till status quo

### Listningsföreträde till selekterade grupper

Exempelvis att alla som är över 75 år, har kronisk sjukdom, är långtidssjukskrivna eller har funktionsnedsättning får en fast läkare. Akut verksamhet och annat som inte explicit kräver kontinuitet utförs av utbildningsläkare och stafettläkare. Detta sker redan delvis genom teamarbete och tilläggsuppdrag som PrimÄR och Primo samt prioriteringar på den enskilda hälsocentralen, där tex seniora specialister fortsätter ronda äldreboenden och hemsjukvården samt att ordinarie distriktsläkare tar hand om komplexa patienter med större behov av kontinuitet.

Fördelen med detta alternativ är att de individer som har störst behov av en fast läkare i stor utsträckning får det. Nackdelen är att det blir svårt att välja ut exakt vilka grupper som ska få företräde till en fast läkare. Att vissa invånare ska ha företräde till listning på fast läkare är inte praktiskt genomförbart med någon generell och jämlik metod eftersom det aldrig går att välja ut vilka det ska gälla. En individs hälsotillstånd och behov kan inte jämföras med en annans på ett objektivt och rättssäkert sätt. Den som är frisk idag kan vara sjuk imorgon och behöver då veta vem som är dens fasta läkare. Risken är också att de sjukaste patienterna är så pass vårdkrävande att varje fast läkare med detta system inte skulle kunna ha mer än några hundra invånare på sin lista, vilket skulle resultera i att majoriteten av Västerbottens befolkning

fortfarande skulle stå utan fast läkare. Det går inte att inkludera ST-läkare i denna lösning, eftersom de behöver en blandad lista för att lära sig allmänmedicin enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Man riskerar att de fasta läkare som arbetar i dåligt bemannade områden får alltför tunga listor och väljer att sluta, vilket bara skulle eskalera den situation som redan råder.

#### Utbildning/omskolning

En satsning på att utbilda fler allmänläkare och skola om andra specialister samt utbilda fler ST-läkare i allmänmedicin, dock utan att införa ett listtak. Ett stort problem med denna lösning är att det går att satsa hur mycket som helst på rekrytering om man inte samtidigt satsar på att behålla befintlig personal och de nyrekryterade, varmed utflödet blir lika stort som inflödet. Den här typen av åtgärder riskerar att ta lång tid, bli kostsamma och ge litet resultat om de inte kombineras med många andra lösningar.

#### Uppgiftsväxling och digitalisering

Fördela om arbetsuppgifter från läkare till distriktssköterskor, fysioterapeuter och andra yrkeskategorier. Använda nya arbetssätt som videomöten, digitala lösningar och IT-stöd. Fördelen är att individen kan få snabb kontakt och snabb och smidig vård av rätt kompetens. Det utgör en självklar del av modernisering och utveckling inom hälso- och sjukvården och den här typen av lösningar är redan utbredda i den kliniska vardagen. Tyvärr bidrar de inte med något ytterligare för att lösa en situation med stor brist på distriktsläkare.

#### Slutsats

I bästa fall leder fortsatt fokus på ovanstående strategier till att status quo fortsätter, med nuvarande bristfälliga bemanning, dåliga tillgänglighet och otillfredsställande medicinska kvalitet i den vård som ges. I sämsta fall leder det till att allt fler distriktsläkare och annan vårdpersonal säger upp sig och situationen eskalerar, vilket många tecken tyder på.

## **Verksamma åtgärder krävs för att uppnå fast läkarkontakt**

**För att uppnå målet 1 distriktsläkare per 1.100 västerbottningar rekommenderar vi följande**

#### Regelbunden kartläggning för att säkerställa adekvat bemanningsplanering

- Kartlägg antal heltidsarbetande specialister i allmänmedicin och rapportera en eller flera gånger per år från varje hälsocentral till beställarenheten, genom krav i hälsovalsuppdraget. Med detta rapporteras även om någon har slutat och i så fall varför. Siffrorna förmedlas till hälso- och sjukvårdsnämnden i del- och helårsrapporter.
- Kartlägg årligen antal ST-läkare och när de beräknas bli färdiga, och rapportera till hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Tillåt listning på andra specialister (geriatriker, barnläkare, internmedicinare) med handledning av specialist i allmänmedicin.
- Kartlägg antal distriktsläkare i slutet av karriären, inklusive prognostiserad pensionstidpunkt och intresse av att fortsätta arbeta och i så fall under vilka former.
- Ta utifrån dessa data, tillsammans med listnings- och invånardata, fram en seriös kompetensförsörjningsplan, som beskriver hur målet 1 distriktsläkare per 1.100 invånare kan nås enligt tidsplanen ovan.

#### Satsning på utbildningsläkare och hög allmänmedicinsk kvalitet i grundutbildningen

- Utöka antalet AT- och BT-block samt ST-tjänster i allmänmedicin enligt vad som krävs för att följa kompetensförsörjningsplanen.
- Ta fram en trappa för ST-läkare i allmänmedicin som leder från ca 300 listade invånare i början av ST, ca 550 i mitten till ca 1.000 i slutet.
- Ta fram ett digitalt system för planering och bokning av sidotjänstgöringar, som kan användas av alla kliniker och ST-läkare.
- Ge företräde för ST-läkare i allmänmedicin till sidoutbildningar.
- Ge god exponering för allmänmedicin i grundutbildningen och under BT genom tex utveckling av kliniska undervisningsmottagningar och akademiska hälsocentraler.
- Säkerställ att kliniska handledare genomgår regelbunden handledarutbildning.
- Låt läkare från andra specialiteter vidareutbilda sig till distriktsläkare med bibehållen lön.

### Allmänläkares villkor, arbetsmiljö och fortbildning

- Garantera fast anställda specialister i allmänmedicin en blandad lista på max 1.100 invånare, både vid nyanställning och befintlig anställning.
- Garantera fast anställda specialister i allmänmedicin regelbunden kompetensutveckling, enligt DLF och SFAM:s förslag till fortbildningspolicy.
- Tillgodose behov och önskemål från anställda distriktsläkare gällande kompetensutveckling, sidouppdrag, distansarbete etc.
- Erbjud anpassad anställning för läkare i pensionsålder med exempelvis handledning eller ronder.

### Beskrivning och avgränsning av primärvårdens uppdrag

- Alla invånare listas på läkare. Vakanta listor tas omhand av hyrläkare.
- Se över och begränsa primärvårdens uppdrag.
- Förtydliga ansvarsfördelning mellan primärvård och sjukhusvård. Detta avser att sjukhusvården ansvarar för sjukskrivningar, utredningar och uppföljningar av de patienter som de har det medicinska ansvaret för, under hela vårdepisoden. Samt skyldighet att ta emot, bedöma och utreda de patienter som remitteras från primärvården, där ansvarig distriktsläkare som patienten är listad hos bedömer att kompetens eller resurser i primärvården inte är tillräckliga.

### Strategiska, riktade satsningar

- Ta inspiration från andra framgångsrika förändringsarbeten, t ex Borgholmsmodellen.
- Inled ett aktivt rekryteringsarbete av distriktsläkare och andra vårdutbildade i samverkan med organisationer som rekryterar till industriexpansionen i Skellefteåområdet, och i övrigt när behov finns.
- Främja läkare som ledare och chefer i primärvården.
- Förenkla nystart av små hälsocentraler.