

# Bilagor

## **BILAGA 1 – ENKÄTUNDERSÖKNING TILL PRIMÄRVÅRDENS VERKSAMHETSCHEFER**

För att kartlägga primärvårdens läkarbemanning skickade vi hösten 2017 en enkät till verksamhetscheferna för landets samtliga vårdcentraler. Svarsfrekvensen uppgick till 51 procent i hela landet, men varierade mellan 83 procent och 36 procent per landsting. Enkätutskicket samt datainsamlingen genomfördes av Institutet för kvalitetsindikationer (Indikator) på uppdrag av Vårdanalys och enkäten skickades både som webbenkät och postalt. Nedan ges en teknisk beskrivning av studiens design, genomförande och de statistiska analyser av materialet som gjorts samt vissa resonemang utifrån dessa.

### **Målgrupp och urval**

Undersökningen var en totalundersökning med målet att omfatta samtliga vårdcentraler. Kontaktuppgifterna samlades in genom en förfrågan till respektive landsting eller region, främst till vårdvalsansvariga, om att få ta del av register med samtliga vårdcentraler samt kontaktuppgifter till verksamhetschefen för respektive vårdcentral. I de fall registren inte var fullständiga, kompletterades de av Indikator genom internetbaserade källor, främst 1177.se. Indikator har även löpande uppdaterat urvalsuppgifterna under datainsamlingen vilket har reducerat bortfall från urval på grund av felaktiga uppgifter.

Totalt omfattade urvalet 1 157 vårdcentraler varav 666 i offentlig drift och 491 i privat drift. Enligt SKL fanns totalt 1 151 stycken vårdcentraler inom primärvård i april 2016, varav 58 % drivs i egen regi och 42 % i annan regi. Täckningsgraden för undersökningens urval var således god. Att vårt urval är

något större än siffran från SKL beror troligtvis på att antalet vårdcentraler har ökat något sedan april 2016.

### **Enkätens utformning**

Frågeformuläret bestod av tre delar. En del skulle fånga upp bemanningssituationen i primärvården, en del innehöll frågor om hur samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvården fungerar samt en del om regeringens satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Resultatet från de två sistnämnda delarna ingick andra projekt och lades i denna enkätundersökning för att minska antalet utskick till samma målgrupp.

Totalt omfattade formuläret 24 huvudfrågor varav tre öppna frågor. Flera av frågorna var utformade med möjlighet för respondenterna att lämna egna kommentarer. Enkäten ligger som bilaga 7.

Vid utformningen av frågedelen om bemanningssituationen tog vi inspiration från en liknande undersökning av Läkarförbundet (2012) för att undersöka primärvårdens läkarbemanning 2012. Enkäten samråddes även med Läkarförbundet och SKL.

Det finns en osäkerhet kring hur vårdcentralerna tolkat enkätfrågan om antalet vakanser. Vi har tolkat svaren som att verksamhetscheferna räknat med de vakanser som är för tillfället täcks av hyrläkare i sina svar (se enkätfråga 4 i bilaga 7). Men det är även möjligt att några verksamhetschefer bortsett från de vakanser som just nu fylls av hyrläkare, trots att de inte är anställda av vårdcentralen. Det finns därmed en risk att vi underskattar antalet vakanser.

### **Metod**

Fältperioden startade den 24 november 2017 och avslutades den 14 februari 2018. Datainsamling genomfördes med en webbenkät som kompletterades av en postal enkät. Utskicket gjordes per vårdcentralsenhet, vilket innebär att verksamhetschefer som ansvarade för två eller flera vårdcentralsenheter fick ta emot flera utskick. 171 (15 procent) verksamhetschefer ansvarade för två eller fler vårdcentraler medan 986 (85 procent) verksamhetschefer var ansvariga för en vårdcentral.

Tabell 1. Antal svar per utskick.

	Antal utskick	Antal svar
Utskick av förseglad inbjudan med inloggningsuppgifter till webbenkät	1 158	184
E-postpåminnelse med länk till webbenkät	974	151
Utskick per post av pappersenkät	823	158
E-postpåminnelser*	665	102

\* Flera e-postpåminnelser gjordes. Dels en påminnelse till samtliga som inte besvarat enkäten och dels riktade e-postpåminnelser till de som påbörjat men inte skickat in enkäten samt till vårdcentraler i landsting med lågt deltagande.

### Tillförlitlighet och generaliserbarhet

Svarsfrekvensen för undersökningen var 51 procent; 53 procent för vårdcentraler i offentlig regi och 50 procent för vårdcentraler i privat regi. Samtliga landsting var representerade och båda driftsformerna var representerade bland de som har besvarat enkäten inom respektive landsting.

Svarsfrekvensen per landsting varierar kraftigt (se tabell 6). Deltagandet i Östergötland samt Västernorrland är relativt lågt medan deltagandet i Gotland och Sörmland är mycket högt. Det finns även stora skillnader i deltagande sett till landsting och i vilken regi som verksamheten bedrivs. I tretton av de deltagande landstingen skiljer sig svarsfrekvensen åt med mer än 10 procentenheter sett till driftsformen.

Målsättningen har varit att få en heltäckande bild av läkarbemanningen i primärvården. Att det är drygt hälften av vårdcentralsenheterna valt att medverka i undersökningen innebär att det är en relativt stor grupp som inte har redogjort för läkarbemanningen vid sin vårdcentral. Därför bör man tolka resultatet med viss försiktighet. På nationell nivå kan man ändå få indikationer på hur kompetensförsörjningen i primärvården ser ut. För att kunna uppskatta antalet vakanser, bemanningen och antalet ST-läkare på riksnivå har vi räknat upp antalet med antagandet att vårt urval är representativt för riket i dess helhet. Detsamma gäller de delar av analysen där vi redovisar värden uppdelat på kommuntyp. Vi har i dessa fall beräknat intervall utifrån konfidensintervallet på skattningen men resultatet bör ändå tolkas med viss försiktighet då det kan finnas systematiska skillnader mellan urvalet och populationen.

Tabell 2. Svarsfrekvens per landsting och driftsform.

Landsting	Driftsform	Skickat totalt	Andel svarande	Antal svarande
<b>Totalt Sverige</b>	<b>Totalt</b>	<b>1157</b>	<b>51 %</b>	<b>595</b>
	Offentliga	666	53 %	350
	Privata	491	50 %	245
<b>Landstinget Blekinge</b>	<b>Totalt</b>	<b>21</b>	<b>62 %</b>	<b>13</b>
	Offentliga	13	62 %	8
	Privata	8	63 %	5
<b>Landstinget Dalarna</b>	<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>61 %</b>	<b>17</b>
	Offentliga	23	57 %	13
	Privata	5	80 %	4
<b>Landstinget i Värmland</b>	<b>Totalt</b>	<b>31</b>	<b>52 %</b>	<b>16</b>
	Offentliga	23	57 %	13
	Privata	8	38 %	3
<b>Landstinget i Kalmar län</b>	<b>Totalt</b>	<b>37</b>	<b>43 %</b>	<b>16</b>
	Offentliga	28	46 %	13
	Privata	9	33 %	3
<b>Landstinget Sörmland</b>	<b>Totalt</b>	<b>27</b>	<b>74 %</b>	<b>20</b>
	Offentliga	18	72 %	13
	Privata	9	78 %	7
<b>Region Västernorrland</b>	<b>Totalt</b>	<b>33</b>	<b>36 %</b>	<b>12</b>
	Offentliga	21	29 %	6
	Privata	12	50 %	6
<b>Region Gotland</b>	<b>Totalt</b>	<b>6</b>	<b>83 %</b>	<b>5</b>
	Offentliga	4	75 %	3
	Privata	2	100 %	2
<b>Region Gävleborg</b>	<b>Totalt</b>	<b>43</b>	<b>51 %</b>	<b>22</b>
	Offentliga	27	56 %	15
	Privata	16	44 %	7

Landsting	Driftsform	Skickat totalt	Andel svarande	Antal svarande
<b>Region Halland</b>	<b>Totalt</b>	<b>49</b>	<b>65 %</b>	<b>32</b>
	Offentliga	24	67 %	16
	Privata	25	64 %	16
<b>Region Jämtland Härjedalen</b>	<b>Totalt</b>	<b>26</b>	<b>46 %</b>	<b>12</b>
	Offentliga	22	45 %	10
	Privata	4	50 %	2
<b>Region Jönköpings län</b>	<b>Totalt</b>	<b>45</b>	<b>64 %</b>	<b>29</b>
	Offentliga	31	71 %	22
	Privata	14	50 %	7
<b>Region Kronoberg</b>	<b>Totalt</b>	<b>33</b>	<b>61 %</b>	<b>20</b>
	Offentliga	22	50 %	11
	Privata	11	82 %	9
<b>Region Norrbotten</b>	<b>Totalt</b>	<b>29</b>	<b>52 %</b>	<b>15</b>
	Offentliga	25	52 %	13
	Privata	4	50 %	2
<b>Region Skåne</b>	<b>Totalt</b>	<b>154</b>	<b>45 %</b>	<b>70</b>
	Offentliga	86	51 %	44
	Privata	68	38 %	26
<b>Region Uppsala</b>	<b>Totalt</b>	<b>41</b>	<b>46 %</b>	<b>19</b>
	Offentliga	21	48 %	10
	Privata	20	45 %	9
<b>Region Västmanland</b>	<b>Totalt</b>	<b>28</b>	<b>57 %</b>	<b>16</b>
	Offentliga	12	75 %	9
	Privata	16	44 %	7
<b>Region Örebro län</b>	<b>Totalt</b>	<b>29</b>	<b>52 %</b>	<b>15</b>
	Offentliga	25	48 %	12
	Privata	4	75 %	3
<b>Region Östergötland</b>	<b>Totalt</b>	<b>45</b>	<b>36 %</b>	<b>16</b>
	Offentliga	36	39 %	14
	Privata	9	22 %	2

Landsting	Driftsform	Skickat totalt	Andel svarande	Antal svarande
Stockholms läns landsting	<b>Totalt</b>	<b>209</b>	<b>53 %</b>	<b>110</b>
	Offentliga	67	58 %	39
	Privata	142	50 %	71
Västra Götalandsregionen	<b>Totalt</b>	<b>204</b>	<b>50 %</b>	<b>102</b>
	Offentliga	106	49 %	52
	Privata	98	51 %	50
Västerbottens läns landsting	<b>Totalt</b>	<b>39</b>	<b>46 %</b>	<b>18</b>
	Offentliga	32	44 %	14
	Privata	7	57 %	4

### Bortfall

*Bortfall från urval*, det vill säga andelen vårdcentraler som inte har nåtts av enkäten på grund av exempelvis felaktiga adresser och e-postadresser, har inte gått att sammanställa. Det beror på att adressuppgifterna har uppdaterats löpande samt att olika utskicksformer har använts för att komma i kontakt med verksamhetschefer vid vårdcentralerna. Det är dock sannolikt att samtliga verksamhetschefer fått inbjudan vid minst ett tillfälle.

Det *interna bortfallet* är överlag mycket lågt, med undantag för fråga sju där respondenterna ombads uppge hur många hyrläkare som tjänstgjorde på vårdcentralen vid en viss tidpunkt. Orsaken till att sju procent av respondenterna har valt att inte besvara någon av delfrågorna om hyrläkare kan vara att de inte har haft någon hyrläkare som har tjänstgjort vid den aktuella tidpunkten och att frågan därför inte varit relevant att besvara.

### Representativitet

Bortfallet i enkätundersökningen har analyserats utifrån ett antal kända parametrar om hela populationen av vårdcentraler i Sverige. I analysen undersökte vi om urvalet av vårdcentraler som svarat på enkäten signifikant skilde sig från hela populationen vad gäller

- storlek (antal listade)
- socioekonomisk status (CNI-index)
- fördelningen mellan landsting
- befolkningstäthet

- privat/offentlig regi.

Analysen visade att det inte fanns några statistiskt säkerställda skillnader mellan svarande och ej svarande vårdcentraler, förutom när det gäller storlek (se tabell 7). Vårdcentralerna som svarade var i genomsnitt något större än de som inte svarade. Eftersom övriga variabler är samstämmiga och eftersom skillnaden är relativt liten bedömer vi ändå representativiteten som god.

Tabell 3. Bortfallsanalys av våra enkätsvar.

	Svar	Ej svar	Skillnad
Storlek (antal listade)	8908	7997	911*
Socioekonomisk status (CNI-index)	1,06	1,07	-0,01
Glesbygd	34	33	1
Städer och förorter	36	31	5
Storstäder	30	36	-6
Andel privat regi	41	44	-3

Not: \* Indikerar statistisk signifikans på 5-procentsnivån.

## Regressionsanalyserna

För att undersöka om det finns ett statistiskt samband mellan läkarbemanningen och ett antal olika tänkbara förklarande variabler har vi genomfört linjära multivariata regressionsanalyser. De förklarande variablerna som undersökts grundar sig på genomgång av relevant litteratur samt intervjuer med experter inom området. Faktorernas samvariation med vårdcentralernas läkarbemannning har analyserats med hjälp av data från enkätundersökningen, i de fall relevanta frågor har funnits tillgängliga.

Modellernas förklaringsgrad har utvärderats genom att beräkna de så kallade R<sup>2</sup>-värdet.

Vi har också genomfört en korrelationsanalys av de oberoende variablerna för att utesluta korrelation mellan de ingående variablerna. Analyser har även gjorts av modellernas predicerande värden.

Kontroll för avvikande observationer har genomförts genom att beräkna och analysera modellernas residualer (skillnaden mellan det observerade värdet och det värde som gäller enligt modellen). Utöver detta har en rimlighetsbedömning gjorts vilket ledde till att ett fåtal observationer uteslöts från analysen.

Skattningar av såväl de ingående variablernas som modellerna statistiska signifikans har beräknats. De ingående variablerna i respektive modell har stegvis inkluderats för att bedöma deras relativa förklaringsgrad.

Den första regressionsanalysen syftar till att undersöka förhållandet mellan vakansgraden på respektive vårdcentral och kommuntyp (storstäder, städer och förorter samt glesbygd). För att konstanthålla vårdcentralernas storlek, driftsform och vårdtyngd (mätt som Care Need Index, CNI) har även dessa variabler inkluderats i analysen.

Vi har även undersökt två olika modeller med olika komposition av läkarbemannning på vårdcentralerna i den beroende variabeln. I den första modellen ingår samtliga läkare, både ordinarie och hyrläkare. I den andra modellen ingår endast fast anställda läkare. ST läkare och läkare utan legitimation ingår inte i någon av modellerna.

De oberoende förklarande variablerna som har ingått i de tre modellerna är följande:

- Antalet listade på vårdcentralen.
- Storstäder, städer och förorter samt glesbygd enligt DEGURBA, Degree of Urbanisation (Eurostat 2018).
- Care Need Index (CNI).
- Andel specialister på vårdcentral.
- Andel hyrläkare på vårdcentral.
- Privat eller offentlig drift.

Utöver ovanstående förklarande variabler har landsting och landstingets kostnad för primärvården (behovsjusterat) också testats i modellerna, men uteslutits eftersom den inte bidrar till modellens förklaringsgrad.

I modellerna har Eurostats klassificeringssystem för regioner (DEGURBA) används för att beskriva vad som huvudsakligen karakteriseras hur kommunen vårdcentralen är belägen i. Klassificeringssystemet innehåller tre kategorier:

- Storstäder är kommuner där minst 50 procent av befolkningen bor i *tätbefolkade områden* med minst 1 500 invånare per km<sup>2</sup> och en totalbefolkning på minst 50 000 personer.
- Städer och förorter är kommuner där mindre än 50 procent av befolkningen bor i tätbefolkade områden med minst 1 500 invånare per km<sup>2</sup> och en totalbefolkning på minst 50 000 personer samt mindre än 50 procent bor i *glesbefolkade områden* med färre än 300 invånare per km<sup>2</sup>.



- Glesbygd är kommuner där minst 50 procent av befolkningen bor i *glesbefolkade områden* med färre än 300 invånare per km<sup>2</sup>.

Care Need Index (CNI) är ett sammanvägt mått som Statistiska centralbyrån (SCB) tar fram för att mäta förväntat vårdbehov. Måttet anger förekomsten av sju socioekonomiska variabler:

- ålder över 65 år och ensamboende,
- utlandsfödd i Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Latinamerika,
- arbetslös eller i åtgärd, ålder 16–64 år,
- ensamstående förälder med barn, 17 år eller yngre.
- person som flyttat in i området, 1 år eller äldre ,
- lågutbildad 25–64 år samt
- ålder yngre än 5 år.

Ett högt CNI-värde ( $> 1$ ) tolkas som ett högt förväntat vårdbehov medan ett lågt CNI-värde ( $< 1$ ) tolkas som ett lågt förväntat vårdbehov.

För att beräkna varje vårdcentralers CNI-index har vi utgått från den beräkning som Statistiska centralbyrån (SCB) gjorde åt Riksrevisionen (2014). Den utgår i sin tur från en av SCBs områdesindelningar av Sverige – Small Areas for Market Statistics (SAMS). Eftersom vi inte har tillgång till patientdata har vi grundat beräkningen på CNI-värdet för befolkningen som bor i det SAMS-område som vårdcentralen är belägen inom. Vårdanalys (2013) har tidigare visat att geografisk närhet är en viktig faktor för valet av vårdcentral.

Resultaten av regressionerna beskrivs översiktligt i kapitel 4. Modellernas förklaringsgrad av variationen i den beroende variabeln ( $R^2$ ) ligger runt 10 procent, det vill säga att den största delen av variationen förklaras av några andra faktorer än de som inkluderats i våra modeller.

## Regressionsresultat

Tabell 4. Regressionsresultat vakansgrad.

	Vakansgrad
Glesbygd	0,36** (0,23, 0,49)
Städer och förorter	0,21** (0,08, 0,34)
CNI	-0,01 (-0,11, 0,09)
Storlek (1 000 listade)	0,00 (-0,01, 0,01)
Privat regi	-0,32** (-0,43, -0,22)
Konstant	0,032** (0,15, 0,50)
Antal observationer	583
R2	0,08

Not: 95-procentigt konfidensintervall inom parentes

\*\* indikerar statistisk signifikans på 1-procentsnivå, \* på 5-procentsnivå.

Tabell 5. Regressionsresultat läkartäthet.

	Antal läkare per 1 000 listade	Antal fast anställda läkare per 1 000 listade	Antal specialist- läkare per 1 000 listade
Glesbygd	-0,05* (-0,09, -0,01)	-0,1** (-0,16, -0,07)	-0,035 (-0,073, 0,003)
Städer och förorter	-0,03 (-0,07, 0,01)	-0,09** (-0,13, -0,04)	-0,012 (-0,050, 0,027)
CNI	-0,02 (-0,05, 0,01)	-0,01 (-0,02, 0,05)	-0,032† (-0,062, -0,003)
Storlek (1 000 listade)	-0,01** (-0,01, -0,01)	-0,01** (-0,01, -0,01)	-0,01** (-0,01, -0,01)
Privat regi	0,07** (0,03, 0,10)	0,07** (0,04, 0,11)	0,067** (0,035, 0,100)
Andel hyrläkare	-0,01 (-0,06, 0,05)		

	<b>Antal läkare per 1 000 listade</b>	<b>Antal fast anställda läkare per 1 000 listade</b>	<b>Antal specialist- läkare per 1 000 listade</b>
Andel specialister	-0,26** (-0,36, -0,16)	-0.085 (-0,19, 0,02)	
Konstant	0,89** (0,78, 0,99)	0,6** (0,48, 0,72)	0,579** (0,526, 0,631)
Antal observationer	579	575	588
R2	0,11	0,11	0,074

Not: 95-procentigt konfidensintervall inom parentes.

\*\* indikerar statistisk signifikans på 1-procentsnivå, \* på 5-procentsnivå.

† indikerar statistisk signifikans på 10-procentsnivå.

## BILAGA 2 – STRUKTURERADE INTERVJUER MED LANDSTINGSREPRESENTANTER

För att få fram jämförbar information om landstingens insatser för att stärka tillgången till läkarkompetens gjorde vi strukturerade intervjuer per telefon med representanter för landstingen. Strukturerade intervjuer innebär att intervjuaren utgår från en uppsättning frågor som följs noga. Syftet är att få svar som är så jämförbara som möjligt mellan de intervjuade personerna. Genom att genomföra telefonintervjuer snarare än en enkätstudie fick vi mer nyanserade svar från respondenterna, vilka var lättare att tolka än en enkät. Intervjufrågorna finns i bilaga 6.

Vi hade som mål att intervjua upp till två personer i varje landsting, men i två landsting – Dalarna och Västerbotten – lyckades vi trots upprepade försök inte boka in en intervju med någon som kunde svara på våra frågor. I ett landsting, Halland, fick vi skriftliga svar på frågorna. I vissa fall genomfördes en gruppintervju med flera svarande med olika kompetensområden.

Vårt mål var att intervjua någon eller båda av följande:

- *Studierektor med ansvar för primärvården eller en HR-konsult* som har inblick i planeringen och rekryteringen av ST-läkare i allmänmedicin. Hälso- och sjukvårdens studierektorer samordnar ST-läkarnas utbildning och fungerar som en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare (SOSFS 2015:8 4 kap 5 §).
- *Primärvårdsdirektör, primärvårdschef eller en centralt placerad personalstrateg* som har en övergripande insyn i landstingets och den offentliga primärvårdens strategiska kompetensförsörjningsarbete.

Tabell 6. Intervjupersoner landstingsintervjuer.

	Strategisk nivå		Planerings-nivå	
Landstinget Blekinge	RosMarie Nilsson	Förvaltningschef primärvård	Jonas Kullberg	Personaldirektör
			Ramona Wadman	Personalstrateg
Region Gotland			Ann Hovland-Tänneryd	Studierektor allmänmedicin
Region Gävleborg	Roger O. Nilsson	Chef division primärvård	Anna-Karin Svensson	Studierektor allmänmedicin i Gästrikland

Strategisk nivå		Planerings-nivå		
Region Halland			Ola Johansson	Verksamhetschef, hälso- och sjukvårds-uppdrag
Region Jämtland Härjedalen	Anna Granevärn	Primärvårdschef	Lena Lilja	ST-studierektor
Region Jönköping	Lotta Larsdotter	Direktör vårdcentralerna Bra Liv	Mats Osbeck	Utvecklingsledare och läkarstrateg
Landstinget i Kalmar län	Lars Mattsson	Primärvårdsdirektör		
Region Kronoberg	Lena Andersson Nazzal	Centrumchef primärvårds- och rehabcentrum		
Region Norrbotten	Brita Winsa	Divisionschef närsjukvården	Magdalena Lundh	HR-chef närsjukvården
Region Skåne	Rita Jedlert	Tf hälso- och sjukvårdsdirektör	Eva Pulverer Marat	ST-chef
			Ronny Wain	Ledningsstrateg
Stockholms läns landsting	Mats E. Ek	Medicinsk sakkunnig, Avdelningen för närsjukvård	Helena Schildt Tossman	Enhetschef, AT & ST-utbildning
Landstinget i Sörmland	Aina Nilsson	Divisionschef primärvård	Tommy Bromander	Studierektor AT/ST
Region Uppsala	Eva Wikström	HR-direktör	Helén Sambrink Byström	ST-samordnare
	Ingrid Persson	HR-strateg		
	Maria Wijkström	HR-chef, Primärvård, Hälsa och habilitering		

	<b>Strategisk nivå</b>		<b>Planerings-nivå</b>	
Västra Götalands-regionen	Marie-Louise Gefvert	Primärvårdsdirektör	Michael Zijp	HR-strateg
	Ann Söderström	Hälso- och sjukvårdsdirektör		
Landstinget i Värmland	Eva Bergquist	Tf verksamhetschef, VO hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning	Anders Plate	Studierektor AT/ST allmänmedicin
	Eva Lindqvist Österberg	Kompetensstrateg	Mats Modin	AT-chef
Region Väster-norrland	Anna-Lena Lundberg	Primärvårdsdirektör	Anna Falk	Studierektor AT/ST primärvård i Härnösand-Medelpad
Region Västmanland	Christina Jogér	Förvaltningsdirektör primärvård, psykiatri och habilitering	Erik Tyrberg	ST-studierektor allmänmedicin
Region Örebro	Helena Svensson	HR-strateg	Madelene Andersson	Studierektor
Region Östergötland	Mara Kosovic	Primärvårdschef	Göran Sommansson	Studierektor, ST-läkare i centrala länsdelen
	Lotta Karlsson	HR-chef, primärvård		

### BILAGA 3 – INTERVJUER MED PRIVATA PRIMÄRVÅRDSUTFÖRARE OCH ANDRA INTRESSEENTER

Vi genomförde även en serie intervjuer för att hämta in mer kunskap. Intervjuerna genomfördes som semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att intervjuaren utgår från en uppsättning frågor eller teman, men inte är bunden av dessa utan kan ställa uppföljningsfrågor eller ytterligare frågor beroende på hur intervjun utvecklar sig. Syftet är att få en så heltäckande bild av ämnet som möjligt.

De privata utförarnas arbete med kompetensförsörjning studerades genom en gruppintervju med fyra privata primärvårdsleverantörer; Aleris, Capiro, Helsa, Praktikertjänst, samt intervjuer med två stora digitala primärvårdgivare, Kry och Min Doktor, och en representant för arbetsgivarorganisationen Kompetensföretagen. Intervjuerna berörde:

- om de upplever en brist på läkarkompetens i primärvården,
- om de gör några prognoser av sitt framtida behov av läkare,
- hur de rekryterar läkare respektive handleder AT och ST-läkare,
- om de arbetar med kompetensväxling och nya arbetssätt för att minska sin efterfrågan på läkare,
- hur de ser på landstingens och statens kompetensförsörjningsinsatser samt
- hur de tror att utbudet och efterfrågan på läkarkompetens kommer att utvecklas.

Vi har även studerat vilka faktorer som kan påverka utbudet och efterfrågan på läkarkompetens genom intervjuer med tjänstemän på SKL respektive Socialstyrelsen samt professionsföreträdare från SFAM och Läkarförbundet. Intervjuerna berörde:

- hur respektive organisation arbetar med försörjningen av läkare i primärvården,
- vad som påverkar utbud och efterfrågan på läkare i primärvården,
- hur de tror att utbudet och efterfrågan på läkarkompetens kommer att utvecklas samt
- hur utbudet och efterfrågan på läkarkompetens kan stärkas.

Tabell 7. Intervjupersoner privata utförare, intresseorganisationer och myndigheter.

Namn	Titel	Organisation
Karin Lagerstedt	Regionchef	Aleris
Anneli Hydén	HR-chef, diagnostik-divisionen	Aleris
Kalle Sandberg	Rekryteringsansvarig	Capio
Johanna Modig	HR-chef	Helsa
Göran Modin	Affärsområdeschef, hälso- och sjukvård	Praktikertjänst
Johan Flodin	Medicinskt ansvarig läkare	Kry
Staffan Jannesson Billing	Utvecklingsansvarig	Min Doktor
Eva Domanders	Styrelseordförande	Bemanningsföretagen
Hanna Åsberg	Ordförande	SFAM
Jonas Åhlebring	Ordförande	SYLF
Shervin Vahedi	Utredare	SYLF
Ove Andersson	Andre vice ordförande	Sveriges läkarförbund
Marina Tuutma	Ordförande	Svenska distriktsläkarföreningen
Kajsa Holmberg	Utredare	Sveriges läkarförbund
Michael Bergström	Handläggare Avdelningen för vård och omsorg	SKL
Anna-Clara Olsson	Utredare, Avdelningen för arbetsgivarpolitik	SKL
Lotta Christofferson	Utredare, Avdelningen för arbetsgivarpolitik	SKL
Charlotte Pihl	Utredare, projektledare för professonsmiljarden	Socialstyrelsen
Katarina Sandberg	Utredare, projektledare för nationella planeringsstödet	Socialstyrelsen
Viktoria Svensson	Utredare, samordnar Socialstyrelsens arbete med kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården	Socialstyrelsen



<b>Namn</b>	<b>Titel</b>	<b>Organisation</b>
Therese Falén	Utredare, projektledare för Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården	Socialstyrelsen
Karin Alfredsson	Utredare, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård	Socialstyrelsen
Jenita Nilsson	Utredare, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård	Socialstyrelsen
Anna Krzymowska	Samordnare, nationella rådet för specialiseringstjänstgöring	Socialstyrelsen

## **BILAGA 4 – ENKÄTUNDERSÖKNING TILL LÄROSÄTEN**

För att få en uppfattning om vilken roll och vilket utrymme primärvården och allmänmedicinen har inom respektive läkarutbildning skickade vi, under hösten 2017, ut ett mail med några korta frågor till programansvariga vid landets läkarprogram.

Universiteten var Karolinska Institutet, Örebro universitet, Lunds universitet, Linköpings universitet, Uppsala universitet, Umeå universitet och Göteborgs universitet. Vi fick svar från samtliga utom Göteborgs universitet.

### **Frågor till lärosätena**

Mailet innehöll följande frågor: Beskriv kortfattat hur era studenter kommer i kontakt med primärvården under sin utbildning, vad gäller:

- Teoretiska moment/kliniska moment, vfu?
- Vilken/vilka terminer?
- Hur mycket (ungefärligt antal lektioner/timmar/veckor)?

## BILAGA 5 – WORKSHOP MED LÄKARSTUDENTER

För att få en uppfattning om läkarstudenters inställning till specialiteten allmänmedicin, samt deras inställning till och upplevelse av primärvården, deltog vi, under hösten 2017, i en workshop tillsammans med läkarstudenter. Totalt deltog cirka 20 studenter.

Studenterna kom från olika universitet i landet och läste olika terminer, vilket innebar att de kommit olika långt i utbildningen. Några studerade även till läkare utomlands. Samtliga studenter var medlemmar i *Sveriges läkarförbund Student* och vissa av dem var även förtroendevalda inom Läkarförbundet.

Studenterna diskuterade:

- vad de ser för anledningar till att andra specialiteter upplevs som mer attraktiva än allmänmedicin,
- förändringar/åtgärder som är särskilt viktiga för att öka attraktiviteten för allmänmedicin som specialitet,
- positiva och negativa aspekter kopplade till att ha verksamhetsförlagd utbildning i primärvården samt
- organisatoriska förutsättningar som är kopplade till att ha en fungerande verksamhetsförlagd utbildning i primärvården.

## BILAGA 6 – FRÅGOR TILL LANDSTINGSREPRESENTANTERNA

### Tillgången till läkare i dag

- Råder det brist på läkare i primärvården i landstinget/regionen i dag?
  - Vad är i så fall de viktigaste skälen till att det råder brist i just ert landsting/region?

### Initiativ för att säkerställa en tillräcklig läkarbemanning i primärvården på kort och lång sikt

- Har landstinget/regionen eller den offentligdrivna primärvården en gemensam lösning för att ordna läkare till korta vikariat respektive längre vakanser i primärvården? (*exempelvis en vikariepool eller ramavtal för bemanning*)
- Har ni några särskilda initiativ för att öka möjligheterna att rekrytera eller behålla speciallistläkare i allmänmedicin i primärvården? (*exempelvis konkurrenskraftiga löner, utbildning eller möjligheter att forska, initiativ för att få läkare att stanna efter pensionsåldern, rekrytering av läkare utbildade utomlands*)
- Har ni några särskilda initiativ för att göra en ST i landstinget/regionen och/eller i allmänmedicin mer attraktiv? (*Exempelvis särskilda utbildningsvårdcentraler, ST-tjänster med inriktning på forskning eller ledarskap, högre lön för ST-läkare i allmänmedicin*)
- Har ni några särskilda initiativ för att rekrytera läkare från andra specialiteter till primärvården? (*Antingen genom att rekrytera läkare med andra specialiteter eller genom att uppmuntra/underlätta för läkare att bli specialister i allmänmedicin*)
  - Är läkare med andra specialiteter än allmänmedicin en bra väg framåt för att öka läkarbemanningen i primärvården?
- I vilken utsträckning anställer primärvården i landstinget/regionen legitimerade läkare som inte är färdiga specialister respektive olegitimerade läkare, exempelvis på vikariat? (*det vill säga utöver ST- och AT-läkare*)
- Har ni några särskilda initiativ för att underlätta för verksamheter i mindre attraktiva områden att rekrytera läkare? (*exempelvis bidrag till högre löner för specialister eller ST-läkare, delade tjänster*)

*mellan tätort och glesbygd, fördelningen av AT-läkare och ST-läkare)*

### Arbetsätt

- Har landstinget/regionen tagit initiativ om att införa nya arbetsätt för att använda läkarnas tid på ett mer effektivt sätt? (*Exempelvis överfört patientmöten eller administration från läkare till andra yrkesgrupper, låtit patienter eller deras närstående ta över vissa uppgifter*)
- Har ni tagit initiativ till att rekrytera mer personal från andra yrkesgrupper än läkare till primärvården? (*Exempelvis psykologer/kuratorer/psykoterapeuter, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, medicinska sekreterare*)
- Har ni på central nivå tagit initiativ till att införa nya tekniska lösningar eller verktyg, för att effektivisera vården eller användningen av läkarnas tid?
- Har några eller alla primärvårdsverksamheter i landstinget/regionen ett system som innebär att läkare har ansvar för en definierad lista av patienter?

### Analys av behovet av specialistläkare i primärvården

- Har ni något mål för hur många specialistläkare som ska finnas i primärvården? (*exempelvis hur många heltidsarbetande läkare som ska finnas per 1 500 invånare*)
- Gör landstinget/regionen en regelbunden analys av behovet av specialistläkare i primärvården och i så fall var görs analysen? (*på central landstings/regionnivå, för den offentliga utförarorganisationen och/eller på vårdcentralsnivå*)
  - Vilken tidshorisont har analysen? (*exempelvis X antal år*)
  - Vilket underlag bygger analysen på? (*exempelvis nuvarande personal, beräknat slutdatum för ST-läkare, ålder/förväntade pensionsavgångar, tjänstgöringsgrad, förväntad demografisk utveckling och personalsammansättning*)
    - Resulterar analysen i antal personer eller heltidstjänster som saknas?
  - Ingår privat primärvård i analysen?

- Inhämtas i så fall samma underlag från privata och offentliga vårdcentraler? Om inte, vad är skillnaden?
- Om analysen sker på vårdcentralsnivå, sammanställs den på central nivå?
- Ser ni några hinder när det gäller att analysera det framtida behovet av specialistläkare i primärvården? (*exempelvis brist på tid, resurser eller information på något område*)
- Hur används analysen? (*exempelvis underlag för planeringen av ST-tjänster och/eller andra kompetensförsörjningsåtgärder, underlag för den politiska ledningen*)

### **Dimensionering, fördelning och rekrytering av ST-läkare i allmänmedicin**

- Kortfattat, hur fattas beslutet om hur många ST-tjänster i allmänmedicin som ska utlysas/finnas tillgängliga? (*inklusive var beslutet fattas och om den instansen/enheten ligger på central landstings-/regionnivå, är en del av den offentliga utförarorganisationen eller om besluten sker på en lokal verksamhetsnivå*)
- Vilka är de viktigaste faktorerna som påverkar hur många tjänster som utlyses? (*exempelvis personalbehov i landstinget/regionen/hälso- och sjukvårdsregionen/landet, hanledarkapacitet, ekonomiska förutsättningar, rekryteringsmöjligheter*)
  - Om beslutet fattas centralt:
    - Fattas även beslut om hur många ST-tjänster som ska utlysas/delfinansieras i privata verksamheter?
    - Står antalet ST-tjänster i allmänmedicin i konkurrens med antalet ST-tjänster i övriga specialiseringar och hur vägs de i så fall mot varandra?
- Bekostar landstinget en del av lönen för ST-läkare? Ungefär hur stor del, i så fall?
  - Förekommer det att verksamheter själva inrättar ST-tjänster utanför den landstings-/regiongemensamma finansieringen? (*inklusive läkare som vikarierar under*

*handledning utan en formell ST-tjänst, så kallade gråblockare)*

- Sker det en central fördelning av vilka verksamheter som tar emot ST-läkare i allmänmedicin, och vad påverkar i så fall fördelningen? *(Exempelvis handledningsförutsättningar, vakanser, antal listade patienter, mindre attraktiva geografiska områden)*
- Sker det någon uppföljning av i vilken utsträckning de beslutade ST-tjänsterna tillsatts?
- Förekommer det att ST-läkare inom andra specialiteter än allmänmedicin randar i primärvården? I så fall, hur vanligt är det och vilka specialiteter är det som randar i primärvården?

### **Rekrytering av ST-läkare**

- Sker rekryteringen av ST-läkare centralt i landstinget eller av respektive verksamhet?
  - Är ST-läkarna anställda centralt i landstinget eller av respektive verksamhet?
- Har landstinget/regionen några principer för hur ni ser på ST-läkares sjukvårdsproduktion under den tid de är på vårdcentralen? *(till exempel att en ST-läkares produktion antas motsvara 70 % av en heltidsarbetande specialist)*

### **Planering och dimensionering av AT och verksamhetsförlagd utbildning för läkarstudenter**

- Vilka är de viktigaste faktorerna som påverkar hur många AT-tjänster som utlyses? *(exempelvis personalbehov i landstinget/regionen/hälso- och sjukvårdsregionen/landet, hanledarkapacitet, ekonomiska förutsättningar, rekryteringsmöjligheter)*
- Är AT-utbildningen en viktig del av landstingets kompetensförsörjning?
- Tar privata vårdcentraler emot AT-studenter i landstinget/regionen?
- Tar primärvården i dag emot läkarstudenter på praktik/verksamhetsförlagd utbildning?

- Är tillgången till handledarkapacitet i primärvården en faktor som begränsar möjligheterna att ta emot ST-läkare, AT-läkare och/eller läkarstudenter som gör verksamhetsförlagd utbildning?

### **Samverkan/samarbete kring kompetensförsörjningsfrågor**

- Har landstinget/regionen något samarbete eller samverkan med andra landsting/regioner kring...
  - AT-utbildningen eller antalet AT-platser?
  - ST-utbildningen eller antalet ST-platser?
  - kompetensförsörjningsfrågor generellt?

### **Det nationella stödet för kompetensförsörjning**

- Använder landstinget/regionen några nationella kunskapsunderlag eller stöd för att planera för och stärka försörjningen av specialistläkare i primärvården? (*Exempelvis Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd, NPS*)
- Har landstinget/regionen tagit del av några nationella satsningar för att stärka försörjningen av specialistläkare i primärvården under de senaste fem åren? (*Exempelvis om professionsmiljarden har använts för att stärka läkartillgången i primärvården*)
- Vore det bra med en ökad nationell samordning eller styrning av...
  - antalet och fördelningen av AT-platser i olika delar av landet?
  - antalet och fördelningen av ST-platser i olika delar av landet?
  - antalet ST-platser inom olika specialitetsinriktningar?
- Är det någon form av stöd eller insats från regeringen och/eller nationella myndigheter som vore värdefullt men som saknas i dag?