



Primärvården

Studierektorsgruppen

INFORMATIONSMATERIAL

Process	ST-läkare	Godkänt datum	2025-04-03
Skapad av	Studierektorsgruppen primärvården	Version	
	Skåne	Ärendenummer	
Godkänd av	Eva Pulverer Marat		

Kontinuitet och listning på ST-läkare

Under 2021 införs i Skåne ett kontinuitetsmått i primärvårdens styrning. Kontinuitet är en viktig del av vården men behöver förstås vara reell och listning behöver hanteras utan att bli en fallgrop för primärvårdens rekrytering och utbyggnad. Vi har fortfarande en brist på specialister i allmänmedicin som inte ska osynliggöras eller kan bortses ifrån. Som stöd har vi valt att samla våra erfarenheter och skriva denna bakgrund och rekommendation.

Listning är ett begrepp inom allmänmedicin som ska stödja kontinuitet, kvalitet, kostnadseffektivitet i vården, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Antalet listade per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin anger hur stor del av en genomsnittligt sjuk befolkning en specialist i allmänmedicin kan ansvara för med god kvalitet och arbetsmiljö.

Andra specialiteter avgränsas av ett organ eller ett medicinskt uppdrag, primärvården med sin helhetssyn behöver en annan avgränsning där listning är en viktig del.

När siffror kring antalet listade per läkare diskuteras bör man ha i åtanke att det avses antalet medborgare/individer i en befolkning med en genomsnittlig sjuklighet och inte aktiva patienter. Om man utför aktiv listning dvs. de redan sjuka listas på en läkare så får man väldigt tunga listor som inte kan jämföras med de referensantal som diskuteras fackligt etc.

Talet 1/1500 är en norm gällande specialist i allmänmedicin som framtagits för nu längesen och primärvårdens uppdrag har ökat ytterligare sen dess.

Dokumentet [Fast läkare, detta innebär det i praktiken](#) från SFAM (Svensk Förening för allmän medicin) innehåller mer bakgrund kring fast läkare och kontinuitet.

Att utbildas till specialist i allmänmedicin är att längs vägen lära sig arbeta med kontinuitet dvs. uppföljning, samordning och långa förtroendefulla relationer. Att förstå och hantera individkompetens tillsammans med medicinsk kompetens. Därmed kan det vara rimligt att även ST-läkare sköter en mindre lista för att tränas i detta.

Listans omfattning kan starta på en nivå och växa något i takt med ST-läkarens kompetens och erfarenhet men inte överstiga 750 listade invånare och ska alltid hållas rimlig. Hur det arbetet organiseras avgörs på respektive vårdcentral och behöver hanteras med eftertanke och klokskap.

Lokala förutsättningar kan påverka t.ex. i vilken omfattning ST-läkarens tid ägnas åt de egna patienterna på listan, akuta/subakuta besök, utredningar av andras patienter, mängden nylistade, tunga sjukskrivningar, att sidotjänstgöringar ofta infaller mot slutet etc.

ST-läkare är ifrån sin vårdcentral under perioder och det måste finnas ett säkert sätt hur listan då hanteras. Det ansvaret kan inte vila på ST-läkare som inte har förutsättningar sköta sin lista p.g.a. sidotjänstgöringen.

Tvillingsystem mellan olika ST-läkare kan vara en väg men inte alltid heller optimal. Ett vanligt sätt är att handledaren får ha hand om ST-listan men även där måste rimligheten beaktas, särskilt när en handledare har flera ST-läkare.

Våra handledare är viktiga nyckelpersoner och varje enhet ska säkerställa även deras arbetsmiljö. Varje enhet får hitta sin väg tillsammans med sin läkargrupp.

Studierektorsgruppen i primärvården Skåne vill utifrån samlade erfarenheter av tidigare prövade modeller samt diskussioner i våra nätverk ge en rekommendation till de enheter som vill välja att lista på ST-läkare.

Vår rekommendation är på 300–500 individer (inte patienter, se ovan) på en ST-läkares lista. Det bör i kombination med bra schemaläggning kunna ge goda förutsättningar att arbeta med kontinuitet utan att i det sig bli riskfyllt patientsäkerhets- eller arbetsmiljömässigt. Det finns förhållanden när en lista med fler individer också kan fungera, se ovan, men vi bedömer att 750 individer ska ses som ett max.