

Kontinuitet i primärvården: Hur svårt kan det vara?

Lina Maria Ellegård
Anders Anell
Gustav Kjellsson

Internationella studier visar på flera positiva effekter av kontinuitet mellan patient och läkare. Sverige har sämre kontinuitet i primärvården än andra länder, och trots flera förbättringsförsök syns ingen positiv utveckling ur befolkningens perspektiv. I rapporten redovisas två observationsstudier baserade på data från en stor svensk region. Den första undersöker om patienter som är listade på en specifik läkare vid tidpunkten för insjuknande i en kronisk sjukdom får högre kontinuitet och annorlunda vårdutnyttjande än patienter som inte är listade på en specifik läkare. Den andra beskriver personalomsättningen bland läkare på vårdcentraler. Tillsammans belyser studierna faktorer som hindrar respektive främjar kontinuitet och ger underlag för mer träffsäkra och långsiktiga insatser.

Lina Maria Ellegård är docent i nationalekonomi, verksam vid Högskolan Kristianstad och Lunds universitet. *Anders Anell* är professor i företagsekonomi, verksam vid Lunds universitet. *Gustav Kjellsson* är docent i nationalekonomi och lektor i hälsoekonomi, verksam vid Göteborgs universitet.

Författarna vill tacka allmänläkare Magnus Kåregård, som fungerat som medicinsk rådgivare när det gäller urval av diagnoser, institutionella detaljer om primärvården i Region Skåne och tolkning av resultat. Forskningen som redovisas i rapporten har finansierats av Forte.

”Kontinuitet mellan läkare och patienter har beskrivits som en mycket viktig egenskap och kvalitet i primärvården.”

1. Inledning

Primärvård som begrepp användes ursprungligen på 1920-talet i Storbritannien i samband med ett förslag om utbyggnad av regionala *primary health care centers* (Starfield m.fl. 2005). Utvecklingen mot egen specialistutbildning för allmänläkare tog dock fart först under 1960-talet, i Sverige såväl som internationellt. I takt med utvecklingen av primärvården etablerades en internationell standard för vad som definierar verksamheten (Starfield m.fl. 2005).

Primärvården ska:

- › vara befolkningens förstahandskontakt med vården för de allra flesta vårdbehov
- › ansvara för prevention, behandling och diagnostik för de allra flesta vårdbehov
- › fokusera individers samlade förutsättningar och behov, snarare än enskilda medicinska diagnoser
- › remittera till annan relevant specialistvård vid behov samt koordinera och integrera den vård som ges av andra vårdgivare.

Primärvård definieras alltså till stor del utifrån relationen till befolkningen och patienterna och den organisatoriska rollen i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvårdens faktiska roll blir därmed också beroende av övergripande och vanligtvis politiska beslut om hur hälso- och sjukvården ska utformas.

Kontinuitet mellan läkare och patienter har beskrivits som en mycket viktig egenskap och kvalitet i primärvården. Det är genom en långsiktig relation med sina patienter, så kallad relationell kontinuitet, som läkaren kan arbeta personcentrerat. Allmänläkare fokuserar på människorna bakom sjukdomarna, inte bara sjukdomarna i sig (Lee 2008). Kontinuitet är också en förutsättning för att läkare ska kunna arbeta utifrån en avvaktande hållning (*watchful waiting*). Med en etablerad relation mellan läkare och patient är det lättare att ta kliniska beslut som innebär att invänta symtomens utveckling snarare än att omedelbart sätta in behandling. Kontinuitet kan i detta sammanhang öka läkares personliga ansvar och kunskaper om sina patienter samt bidra till att patienter känner förtroende för vården och de beslut som fattas (Sidaway-Lee m.fl. 2021). Dessa grundläggande mekanismer kan i sin tur förklara att kontinuitet samvarierar med patientnöjdhet,

särskilt bland äldre och individer med kronisk sjukdom (Pandhi och Saultz 2006; Hjelmgren och Anell 2007), men även med ökad produktivitet (Kajaria-Montag m.fl. 2024), färre inläggningar och akuta besök på sjukhus och lägre mortalitet (Saultz och Albedaiwi 2004; Saultz och Lochner 2005; Barker m.fl. 2017; Pereira m.fl. 2018; Yu-Hsiang m.fl. 2019; Baker m.fl. 2020; Sandvik m.fl. 2022). Kontinuitet är dock inte under alla omständigheter fördelaktigt; en ny läkare kan ibland upptäcka sådant som den tidigare läkaren har missat (Kwok 2024; Simonsen m.fl. 2021; Zhang 2022).

Vikten av relationell kontinuitet betonas också av svenska primärvårds-läkare. De svenska allmänläkarförbunden (DLF och SFAM) har tydligt uttryckt sina ståndpunkter om fortsatt behov av relationell kontinuitet, bland annat i remissvar till statliga utredningar. I sitt remissvar till Socialstyrelsens Meddelandeblad Fast vårdkontakt (Gem 2021/0076) skriver DLF:

En relation byggs även vid mer sporadiska kontakter om kontinuiteten är hög. När vårdbehovet sedan plötsligt ökar har en sedan tidigare uppbyggd relation ett stort värde för både patienten, med högre grad av tillit till läkaren, och för läkaren, med bättre kännedom om personen och dennes livsbetingelser.

En läkare i primärvården möter och bedömer mängder av diffusa och ofta övergående symptom hos patienter. En fast läkar-kontakt har tack vare ökad kontinuitet större möjlighet att i detta ”brus” tidigt fånga upp gradvisa försämringar i hälsotillståndet, även hos tidigare friska personer som endast söker sporadiskt. Det leder till tidigare upptäckt av cancersjukdom och andra tillstånd, samt möjlighet för tidig rehabilitering och förebyggande insatser.

”Successiva förändringar i primärvårdens organisation har gjort det svårare att uppnå det traditionella idealet när det gäller relationell kontinuitet.”

Betydelsen av relationell kontinuitet är således väl förankrad i professionen och belyst i tidigare studier. Samtidigt har forskare sedan lång tid påtalat att successiva förändringar i primärvårdens organisation gjort det svårare att uppnå det traditionella idealet när det gäller relationell kontinuitet (Stokes m.fl. 2005). Mottagningar blir större när läkare väljer att gå samman och dela ansvaret för sina personliga listor, en utveckling som är tydlig i till exempel Storbritannien. I många länder sker också en utveckling mot en multiprofessionell och teambaserad primärvård (OECD 2020; NASEM 2021). Inom mottagningarna sker en arbetsdelning (*task-shifting*) som innebär nya roller för sjuksköterskor med ökat ansvar för triagering, egna mottagningar och uppföljningsbesök. Den internationella utvecklingen innebär ökad relevans för studier gjorda utifrån svenska förhållanden. Den svenska primärvården är ända sedan 1970-talet organiserad som en multiprofessionell teambaserad primärvård, ett förhållande som vårdvalsreformen 2010 och utvecklingen mot allt fler privata vårdcentraler inte ändrat på.

I Sverige och i flera andra länder råder också brist på primärvårdsläkare, vilket skapar behov av tillfälliga anställningar för att täcka vakanser. Mot bakgrund av åldersfördelningen bland läkare och förestående pensionsavgångar förväntas rekryteringsproblemen tillta (OECD 2024). Det är också en internationell trend att primärvårdsläkare oftare arbetar deltid och att man, liksom andra professionella yrkesutövare, mera frekvent byter arbetsgivare under sin karriär (Parisi m.fl. 2021; Bond m.fl. 2023). Utöver förändringar i primärvårdens organisation finns både i Sverige och i andra

länder en utveckling mot parallella system för telefonrådgivning och jourverksamheter samt nya möjligheter för patienter att söka vård hos digitala vårdgivare och via drop-in-mottagningar.

En mer fragmenterad vård i kombination med tilltagande problem att rekrytera och behålla primärvårdsläkare gör det svårare att skapa en relationell kontinuitet mellan läkare och patienter. Då ökar betydelsen av andra former av kontinuitet, till exempel information om patienten och tidigare insatser som dokumenteras i journaler och som berörda vårdgivare kan ta del av, så kallad informationskontinuitet (Saultz 2003; Stokes m.fl. 2005). En annan form av kontinuitet ges via riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp som syftar till att ge patienter likvärdig och evidensbaserad primärvård. När primärvården organiseras som en multiprofessionell och teambaserad verksamhet kan sådana gemensamma standarder kompletteras med specifika rutiner och arbetssätt inom respektive vårdcentral. *Managementkontinuitet*, som det refereras till i internationell litteratur, kan alltså finnas på olika nivåer, både gemensamt för hela primärvården och inom respektive vårdcentral.

Även om betydelsen av informationskontinuitet och evidensbaserade riktlinjer ökat förefaller de flesta primärvårdsläkare vara överens om att relationell kontinuitet inte till fullo kan ersättas med andra former av kontinuitet. Utvecklingen mot en alltmer standardiserad vård kan också i sig skapa behov av relationell kontinuitet för att möjliggöra en personcentrerad vård. Svenska studier visar att utvecklingen mot en standardiserad primärvård förvisso är uppskattad men även gett upphov till negativa bieffekter i form av ökad arbetsbörda, minskad autonomi och flexibilitet samt en fokusering på mätbara effekter (se till exempel Lundegård m.fl. 2026).

Till skillnad från förhållandena i till exempel Danmark, Norge och Nederländerna listas svenska invånare i första hand på vårdcentraler, inte på primärvårdsläkare. Vårdvalet och den fria etableringsrätten gör att patienter har stora frihetsgrader när det gäller att byta vårdcentral, eller att vända sig till flera vårdgivare oavsett var man är listad (Kohnke m.fl. 2026; Johansson m.fl. 2026). Huruvida invånare registreras på namngiven läkare inom vårdcentralen varierar, både mellan och inom regioner. Inte sällan registreras patienter med störst behov på namngiven läkare medan andra enbart är listade på enheten. En registrering på namngiven läkare kan också ske när behov uppstår, till exempel när en kronisk sjukdom upptäcks, eller när individer kräver sin formella rätt till en fast kontakt enligt patientlagen.

Eftersom tidigare internationella studier bygger på andra sätt att organisera primärvården är det osäkert i vilken utsträckning deras resultat om relationell kontinuitet fullt ut gäller svenska förhållanden. Sett till svenska förhållanden kan det till exempel finnas bättre förutsättningar att kompensera för brister i den relationella kontinuiteten med åtgärder på vårdcentralsnivån. Samtidigt finns i Sverige en uttalad politisk ambition att förbättra möjligheterna till fast läkarkontakt. Dessa ambitioner har inte minst kommit till uttryck inom ramen för omställningen till *God och nära vård*, och olika överenskommelser mellan staten och regionerna. Ännu syns dock inga positiva effekter ur befolkningens perspektiv av dessa insatser (MYVA 2026). Studier av kontinuitet och dess betydelse i den svenska kontexten är därför angelägna för att underbygga kloka beslut som kan leda till konkreta förbättringar.

”Samtidigt finns i Sverige en uttalad politisk ambition att förbättra möjligheterna till fast läkarkontakt.”

I den här rapporten redovisar vi resultaten från två observationsstudier (Ellegård m.fl. 2024, 2026). I den första studien undersökte vi om patienter som har en namngiven läkare har högre kontinuitet och annorlunda vårdanvändning än patienter som inte är listade på någon speciell läkare. I den andra studien analyserade vi personalomsättningen bland läkare på vårdcentraler, vilket är en central bestämningsfaktor för kontinuitet. Tillsammans ger studierna en bild av vilka faktorer som hindrar och möjliggör kontinuitet. Avslutningsvis reflekterar vi kring hur resultaten från dessa och andra relevanta studier kan användas som grund för träffsäkra och långsiktiga insatser för att öka kontinuiteten i primärvården.

I.1. Data

Vi baserade ovan nämnda studier på data om vårdcentraler och vårdanvändning i Region Skåne. Basen utgörs av ett utdrag från Region Skånes sjukvårdsregister, som innehåller information om alla vårdkontakter och listningar på vårdcentral i regionen 2005–2019. För varje vårdkontakt har vi uppgifter om datum, eventuella diagnoser, typ av och namn på mottagning samt vilken profession patienten haft kontakt med (läkare, sjuksköterska m.fl.). För läkarkontakter finns även en kod som anger vilken läkare patienten träffade. Listningsdata innehåller information om varje episod då en individ varit registrerad på en vårdcentral och, i förekommande fall, en kod för den läkare patienten var listad på. Till dessa data har vi länkat bakgrundsdata från SCB:s register om faktorer såsom ålder, kön, utbildningsnivå, disponibel inkomst, födelseland och boendeort. Därutöver har vi samlat in ytterligare uppgifter från Region Skånes administrativa system. Det handlar dels om vårdcentraler (driftsform, läge, genomsnittlig sjuklighet och socioekonomi m.m.), dels om kompletterande uppgifter som låter oss följa läkares förflyttningar mellan vårdcentraler och bemanningsstatistik för vårdcentraler i offentlig regi.

2. Vilken betydelse har registrering på namngiven läkare för kontinuitet och vårdanvändning?

I den första studien (Ellegård m.fl. 2024) studerar vi betydelsen av registrering på namngiven läkare. Vi fokuserar på en grupp med relativt stort behov av kontinuitet, nämligen patienter som för första gången insjuknat i en kronisk sjukdom som typiskt behandlas i primärvården. De kroniska diagnoser som inkluderats är Alzheimers sjukdom, astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), typ 2-diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, ischemisk hjärtsjukdom, depression och ångest. Studiepopulationen omfattar 66 063 patienter som fick sin första kroniska diagnos under perioden 2009–2015 och som varit listade i minst ett år på samma vårdcentral då diagnosen ställdes.¹ Patienterna delas in i två grupper utifrån om de, när diagnosen

1. Inkluderade patienter hade inga andra kroniska diagnoser registrerade fyra år före den första kroniska diagnosen. Avgränsningen för listning görs för att undvika att diagnosen ska vara en direkt följd av att patienten nyss bytt vårdcentral, vilket skulle kunna påverka kontinuiteten i sig.

”Tidigare studier har visat att patienter med hög kontinuitet i primärvården tenderar att ha lägre konsumtion av annan vård.”

ställdes, var listade på en namngiven läkare (23 762 patienter) eller enbart listade på vårdcentralen (42 301 patienter). Vi följer sedan kontinuitet och vårdanvändande i dessa grupper under fyra år efter indexdatum. Gruppindelningen ändras inte under tiden. En patient med namngiven läkare vid första kroniska diagnosen tillhör alltså samma grupp under fyra år, oavsett om registreringen på namngiven läkare ändrades under perioden.

Vårt huvudsakliga utfallsmått är kontinuitet mätt med det så kallade *Usual provider of care index* (UPC). Det är ett vanligt mått på kontinuitet i internationella studier och beräknas som andelen besök som gjorts hos den läkare patienten träffat oftast under en given tidsperiod. Kontinuiteten beräknas på två sätt: dels för samtliga besök, oavsett diagnos, dels för de besök där den kroniska diagnosen registrerats. För patienter med färre än tre läkarbesök under uppföljningsperioden görs ingen beräkning.

Tidigare studier har visat att patienter med hög kontinuitet i primärvården tenderar att ha lägre konsumtion av annan vård, inte minst akut vård. För att undersöka om det finns någon koppling till listning på namngiven läkare jämför vi grupperna med avseende på antalet besök hos läkare respektive sjuksköterskor på vårdcentral, antal jourbesök på kvälls- och helgmottagning samt förekomst av besök på akutmottagning och inläggning på sjukhus. Alla utfall beräknas över hela den fyraåriga uppföljningsperioden.²

Att jämföra de båda grupperna rakt av kan innebära att vi jämför äpplen med päron. För att undersöka om patienter med namngiven läkare är annorlunda än andra patienter jämför vi dem med avseende på de bakgrundskaraktäristika som finns i våra registerdata. Tabell 1 listar de patientegenskaper som skiljer sig åt mellan grupperna. Patienter med namngiven läkare är äldre och har lägre utbildningsnivå men högre inkomster. En högre andel är födda inom Norden. En lägre andel har nyligen flyttat mellan kommuner, men en högre andel har bytt vårdcentral 2–4 år innan diagnosen ställdes. Jämfört med gruppen utan namngiven läkare är det relativt ovanligt att depression är den första kroniska sjukdomen för patienter med namngiven läkare, medan högt blodtryck eller ischemisk hjärtsjukdom är en vanligare förstadiagnos. Flera av dessa skillnader beror sannolikt på den relativt högre åldern hos patienter med namngiven läkare.

Eftersom grupperna skiljer sig åt i vissa avseenden är det möjligt att skillnader i kontinuitet och andra utfall speglar annat än betydelsen av att ha en namngiven läkare. Det kan exempelvis vara så att vårdcentraler anstränger sig extra för att se till att äldre patienter får träffa samma läkare. För att korrigera för skillnader i gruppernas sammansättning använder vi vikter i vår analys. Viktningen innebär att de patienter i kontrollgruppen som är relativt lika patienterna med namngiven läkare får större tyngd i analysen. Vi tar dessutom hänsyn till att vårdcentraler kan ha olika arbetssätt som gör det mer eller mindre troligt att patienter listas på namngiven läkare. Det är exempelvis tänkbart att vårdcentraler som är relativt benägna att lista

2. Över 90 procent av studiepopulationen var fortfarande listad vid en vårdcentral i Region Skåne vid slutet av uppföljningsperioden; andelen var något högre bland de som var listade på namngiven läkare. För patienter med minst tre läkarbesök under uppföljningsperioden – de vi räknade ut kontinuitet för – var bortfallet ännu mer begränsat: 95 procent kunde följas under hela fyraårsperioden.

patienter på läkare också är mer angelägna om att faktiskt säkerställa kontinuitet vid besök. Om så är fallet har listningen på läkare *i sig* ingen effekt utan är bara en signal om att vårdcentralen bryr sig om kontinuitet. För att hantera den problematiken inkluderar vi så kallade vårdcentralsspecifika effekter i analysen. Detta innebär att patienter bara jämförs med andra som är listade på samma vårdcentral.

Tabell 1. Skillnader mellan patienter med/utan listning på namngiven läkare.

	Listad på läkare (N = 23 762)	Ej listad på läkare (N = 42 301)
	Medelvärde	Medelvärde
Ålder	47,4	44,2
Utbildningsnivå (0 = grundskola, 1 = gymnasium, 2 = högskola)	0,889	0,939
Position i inkomstfördelningen (deciler av disponibel inkomst)	5,64	5,36
Född i Norden	0,883	0,849
Flyttat nyligen	0,0615	0,111
Dagar listad vid indexdatum	1 298	1 038
Var listad i Skåne 2 år före	0,866	0,817
Bytt vårdcentral (2–4 år före)	0,622	0,481
Depressionsdiagnos	0,338	0,373
Högt blodtryck	0,318	0,28
Ischemisk hjärtsjukdom	0,0529	0,0419
Minst ett läkarbesök (1–2 år före)	0,867	0,884
Antal läkarbesök (1–2 år före)	2,76	2,83
Antal sjuksköterskebesök (1–2 år före)	2,18	2,67

Not: Tabellen visar medelvärden för centrala variabler för vilka det finns noterbara skillnader mellan grupperna. (Variabler med mindre skillnader redovisas i originalartikeln, som även visar spridningsmått.)

Figur 1 visar sambanden mellan listning på läkare och utfallen kontinuitet, besök på vårdcentralen respektive övrig vårdanvändning. För varje utfall visas genomsnittet i gruppen utan namngiven kontakt med en rosa stapel. De svarta romberna visar skillnaden för gruppen med namngiven läkare: dels en rakt-av-jämförelse utan justering (övre romben), dels en jämförelse efter justering för skillnader i patientegenskaper och vårdcentralsspecifika faktorer (nedre romben). Den statistiska osäkerheten kring skillnaden illustreras med svarta streck (95-procentiga konfidensintervall). Om strecken överlappar den rosa stapeln innebär det att skillnaden mellan grupperna inte är statistiskt säkerställd.

Figur 1a visar analysen för kontinuitet. Det är viktigt att vara medveten om att långt ifrån alla patienter gör fler än två besök under uppföljningsperioden, vilket krävs för att beräkna kontinuitet: omkring två tredjedelar av patienterna ingår i analysen av kontinuitet räknat över alla besök, och ännu färre (cirka 25 procent) i analysen av kontinuitet vid besök med den kroniska diagnosen. Den översta delen av figur 1a visar att gruppen med namngiven läkare har något högre kontinuitet räknat över alla besök, men skillnaden beror helt på att de och deras vårdcentraler skiljer sig åt jämfört med gruppen utan namngiven läkare. När vi justerar för skillnader i patientkaraktäristika och bara jämför patienter som går till samma vårdcentral ser vi att det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader i kontinuitet. För den lilla gruppen patienter med minst tre besök för den kroniska diagnosen (nedre delen av figur 1a) kan vi se att de som är listade på namngiven läkare har något högre kontinuitet: 0,66, att jämföra med 0,64 för gruppen utan namngiven läkare. Dessa skillnader är dock inte statistiskt säkerställda.

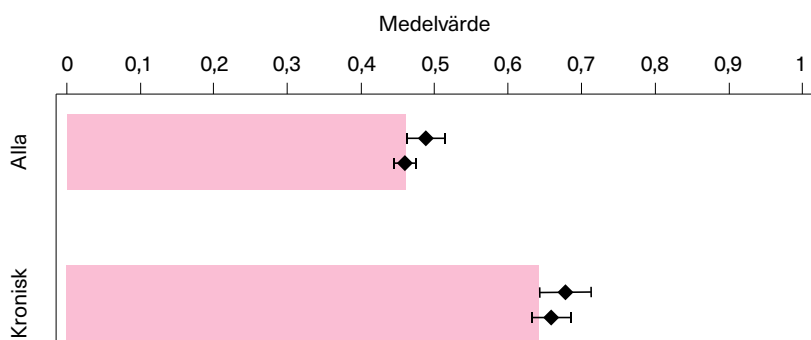
Figur 1b visar att patienter med namngiven läkare gör fler läkarbesök på en vårdcentral (5,7 jämfört med 5,3) men inte när analysen endast inkluderar besök för den nya kroniska diagnosen. Anmärkningsvärt nog gör patienterna i genomsnitt bara knappt två besök för den kroniska diagnosen under den fyraåriga uppföljningsperioden. I övrigt finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna avseende vårdanvändning, vare sig i figur 1b eller 1c. Bortsett från ett något högre antal läkarbesök verkar listning på namngiven läkare alltså inte vara förknippat med annorlunda vårdmönster, vare sig det gäller sjuksköterskebesök på vårdcentralen eller benägenheten att söka sig till alternativa vårdgivare såsom jouröppna vårdcentraler eller akutmottagningen på sjukhus. Det finns inte heller några tecken på att listningen på namngiven läkare bidrar till att förebygga inläggningar på sjukhus.

Sammanfattningsvis visar data en generellt låg kontinuitet för båda grupperna. De patienter som gjort minst tre läkarbesök under den fyraåriga uppföljningsperioden fick träffa den läkare de är listade på vid drygt hälften till två tredjedelar av dessa tillfällen. Kontinuiteten var något högre bland patienter med namngiven läkare, men den skillnaden försvinner när vi justerar för skillnader i patientkaraktäristika och jämför patienter på samma vårdcentral. Skillnaden i kontinuitet mellan patienter med och patienter utan namngiven läkare förklaras alltså av skillnader mellan patientgrupperna och mellan de vårdcentraler de tillhör. Det tycks som att vårdcentraler med hög andel namngivna läkare har andra strategier för att främja kontinuitet.

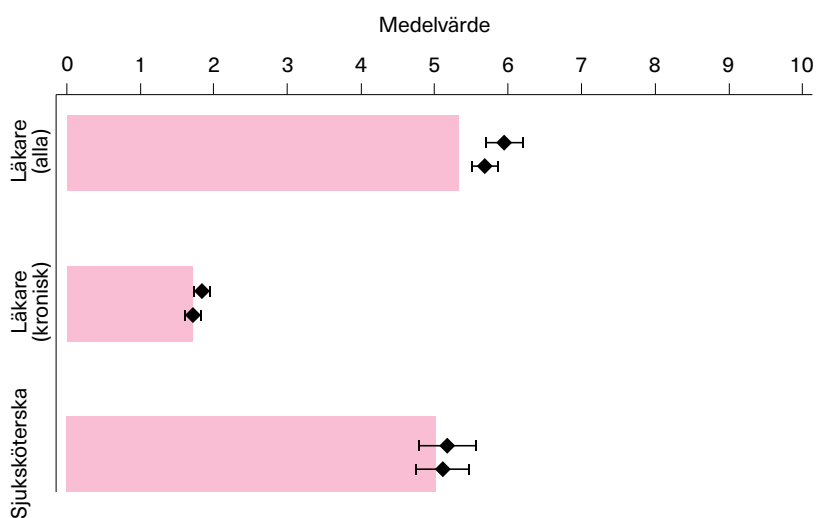
Studiedesignen tillåter inte slutsatser om orsakssamband. Det är ändå anmärkningsvärt att vi inte finner några tecken på att registrering på en namngiven läkare *i sig* leder till förbättrad kontinuitet för patienter med kronisk sjukdom. I en senare studie, som några av oss medverkat till, finner vi att bristen på samband mellan listning på namngiven läkare och kontinuitet även gäller patienter utan kronisk sjukdom (Johansson m.fl. 2026). Under senare år har flera regioner ställt krav på att vårdcentraler ska lista sina patienter på en namngiven läkare, som ett led i arbetet med en omställning till *God och nära vård*. Våra resultat tyder på att sådana krav har begränsad effekt.

Figur 1. Sambanden mellan listning på läkare och utfallen kontinuitet, besök i primärvården respektive annan vårdanvändning.

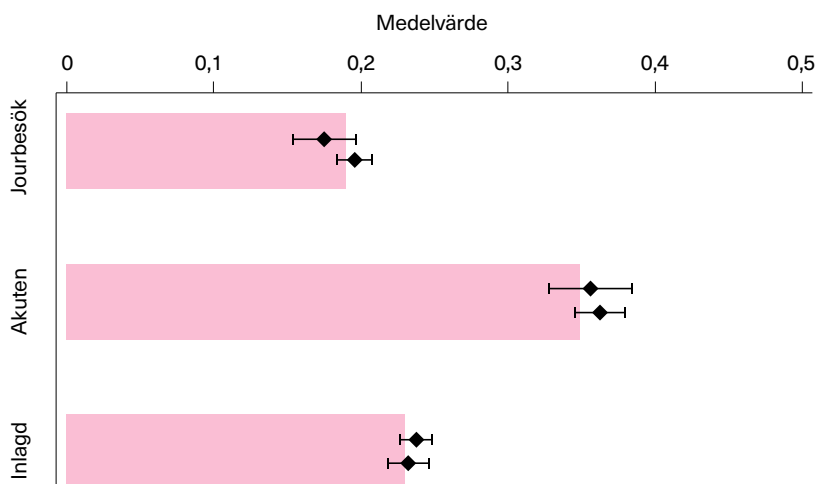
(a) Kontinuitet



(b) Besök i primärvård



(c) Annan vårdanvändning



Not: Varje stapel visar medelvärdet för gruppen utan namngiven läkare. De svarta romberna visar medelvärden för gruppen med namngiven läkare: utan justering för skillnader mellan grupperna (översta romben) respektive efter justering för patientkaraktäristika och vårdcentralsspecifika effekter (nedersta romben). "Alla" avser besök oavsett diagnos. "Kronisk" avser besök med patientens första kroniska sjukdom. I figur 1c kan medelvärdena tolkas som andelen patienter som gjort minst ett besök eller varit inlagda på sjukhus minst en gång.

”En bakomliggande förklaring till brister i kontinuiteten är att många vårdcentraler har en ansträngd situation när det gäller att rekrytera och behålla läkare.”

3. Personalomsättning bland läkare – konsekvenser för kontinuiteten?

En bakomliggande förklaring till brister i kontinuiteten är att många vårdcentraler har en ansträngd situation när det gäller att rekrytera och behålla läkare. I det följande redovisar vi därför analyser av personalomsättningen bland läkare i primärvården (Ellegård m.fl. 2026).

Läkaromsättningen mäts på vårdcentralsnivå för de 157 vårdcentraler i Region Skåne som var verksamma minst två år under perioden 2010–2018. Av dessa var 113 öppna under hela perioden. För vårdcentraler som stängs under perioden exkluderas det sista året, eftersom personalomsättningen under det året blir väldigt hög utan att det säger något om läkarnas önskan att stanna kvar på arbetsplatsen. I vår huvudsakliga analys definieras personalstyrkan för en given vårdcentral och månad som de läkare som träffar patienter under minst 10 dagar den månaden (i kompletterande känslighetsanalyser ändras definitionen till 15 respektive 20 dagar). Samtliga läkare inkluderas: tillsvidareanställda, vikarier, läkare under utbildning och hyrläkare. Utgångspunkten är att den relationella kontinuiteten utifrån ett patientperspektiv omfattar alla läkare patienten träffar, oavsett om dessa är fast anställda, under utbildning eller inhyrd personal. För att bättre förstå hur tillfällig personal bidrar till personalomsättningen gör vi ytterligare analyser för offentliga vårdcentraler, för vilka vi fått statistik om tillsvidareanställd personal från Region Skåne.³

För varje läkare och månad undersöker vi om läkaren fortfarande träffar patienter på vårdcentralen ett visst antal månader senare. Varje läkare följs upp inom olika tidshorisonter: 6, 12, 24, 36, 48 respektive 60 månader relativt startmånaden. Utifrån detta beräknar vi läkaromsättningen på vårdcentralsnivå som andelen av personalstyrkan en given månad som inte längre arbetar på vårdcentralen x månader senare. Eftersom det går 12 månader på ett år och vi studerar 6 tidshorisonter erhåller vi 72 mått på läkaromsättning per vårdcentral och år. Den beskrivande statistiken som redovisas nedan utgår dock från genomsnitt tagna över alla månader ett givet år (det vill säga för varje vårdcentral och år finns 6 mått på läkaromsättningen – ett för varje tidshorisont). När vi analyserar samband mellan omsättning och vårdcentralers egenskaper använder vi i stället ett övergripande mått på varje vårdcentrals läkaromsättning på 12 månaders sikt, beräknat som snittet för hela tidsperioden (2010–2018). Vi använder ett övergripande mått eftersom vårdcentralers egenskaper i allmänhet inte varierar speciellt mycket över tid.

Analysen visar att den genomsnittliga läkaromsättningen uppgår till cirka 30 procent per år, och medianen ligger på en liknande nivå. Det innebär att ungefär en tredjedel av de läkare som arbetar vid en vårdcentral ett visst år har lämnat inom ett år. Omsättningen är stabil över tid och ser likartad ut hela perioden 2010–2018. Bilden påverkas inte heller nämnvärt av hur vi definierar vårdcentralens aktuella personalstyrka under startmånaden (läkare som haft minst 10, 15 respektive 20 dagar med patient-kontakter).

3. Denna statistik avser enbart anställda vid Region Skånes offentliga vårdcentraler. Regionen saknar information om personal anställda på privata vårdcentraler.

Den höga personalomsättningen på kort sikt förklaras till stor del av hyrläkare och läkare under utbildning. På ett års sikt har vikarier, AT-läkare och de flesta hyrläkare definitionsmässigt en omsättning på 100 procent. Kompletterande personalstatistik från offentliga vårdcentraler i Region Skåne visar att omsättningen är betydligt lägre, omkring 15 procent, för tillsvidareanställda läkare (inklusive ST-läkare). Tillsammans med våra resultat betyder detta att ungefär 20 procent av personalstyrkan en given månad utgörs av tillfällig personal.

Likväl kan vi visa på en stor omsättning även bland tillsvidareanställda läkare. Figur 2 visar läkaromsättningen över olika tidshorisonter, upp till fem år (60 månader) efter startmånaden. Statistiken inkluderar enbart data för perioden 2010–2014, eftersom det är den längsta tidsperiod som möjliggör en femårig uppföljning. På medianvårdcentralen har omkring två tredjedelar av läkarna som jobbade en viss månad lämnat inom fem år. Detta innebär att omsättningen är hög även för mer långvarigt anställda läkare.

”På medianvårdcentralen har omkring två tredjedelar av läkarna som jobbade en viss månad lämnat inom fem år. Detta innebär att omsättningen är hög även för mer långvarigt anställda läkare.”

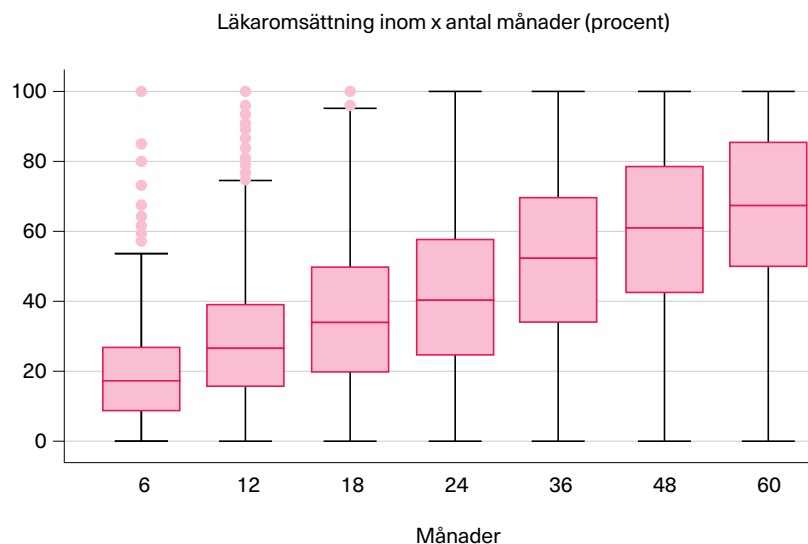
En jämförelse med liknande studier från Norge och Danmark, där läkarna i huvudsak har personliga listor och äger sin mottagning, är slående. I Norge är 68 procent av invånarna listade hos samma läkare minst fyra år (Sandvik m.fl. 2022) och i Danmark är 72 procent av äldre invånare listade hos samma läkare minst fem år (Olsen och Kristensen 2023).

En möjlig invändning är att hög omsättning på vårdcentralsnivå inte behöver vara problematisk om det finns ett fåtal fast anställda läkare som står för en oproportionerligt stor andel av besöken. I sådana fall drabbas ju inte så många patienter av den höga rörligheten. För att bemöta denna invändning har vi i kompletterande analys beräknat sannolikheten för att en patient som besökt en vårdcentral en viss dag skulle kunna träffa samma läkare om patienten återkom vid ett senare tillfälle. Denna sannolikhet påverkas förstås av om den läkare patienten först träffade fortfarande jobbar kvar på vårdcentralen, men även av hur stor andel av vårdcentralens totala besöksvolym denna läkare stod för den dag då patienten först besökte vårdcentralen. Vi finner att sannolikheten att träffa samma läkare om man kommer tillbaka ett år senare är 70 procent. Efter tre år är sannolikheten 50 procent och efter fem år är den 33 procent. Resultaten är i princip likvärdiga med resultaten från vårt huvudsakliga angreppssätt. Det förklaras av att de flesta läkarna i vårt datamaterial träffar ungefär lika många patienter per dag.

Figur 2 visar att det finns stor spridning i läkaromsättningen mellan vårdcentraler. Därmed är det intressant att undersöka om det finns faktorer som har särskild betydelse för hur stabil eller instabil bemanningen är. Med hjälp av regressionsanalyser studerar vi hur läkaromsättningen på årsbasis samvarierar med vårdcentralernas storlek (antal listade patienter), arbetsbörda (antal listade patienter/läkare), patienternas sjuklighet och socioekonomiska förutsättningar, kommutyp och driftsform.

När vi kontrollerar för om vissa egenskaper är relaterade till varandra (exempelvis att privata vårdcentraler har färre listade patienter i genomsnitt) framträder de mönster som illustreras i figur 3. De största vårdcentralerna har lägre personalomsättning än mindre vårdcentraler. Skillnaden gentemot den tredjedel vårdcentraler som har lägst antal

Figur 2. Läkaromsättning inom olika tidshorisonter.



Not: Figuren visar fördelningen av läkaromsättning inom olika tidshorisonter (till exempel 6 månader, 12 månader). Data för 157 vårdcentraler i Region Skåne, 2010–2014. Varje box illustrerar fördelningen inom en given tidshorisont. Strecket i mitten är medianen och boxens övre/undre gräns anger inom vilka gränser hälften av vårdcentralerna ligger.

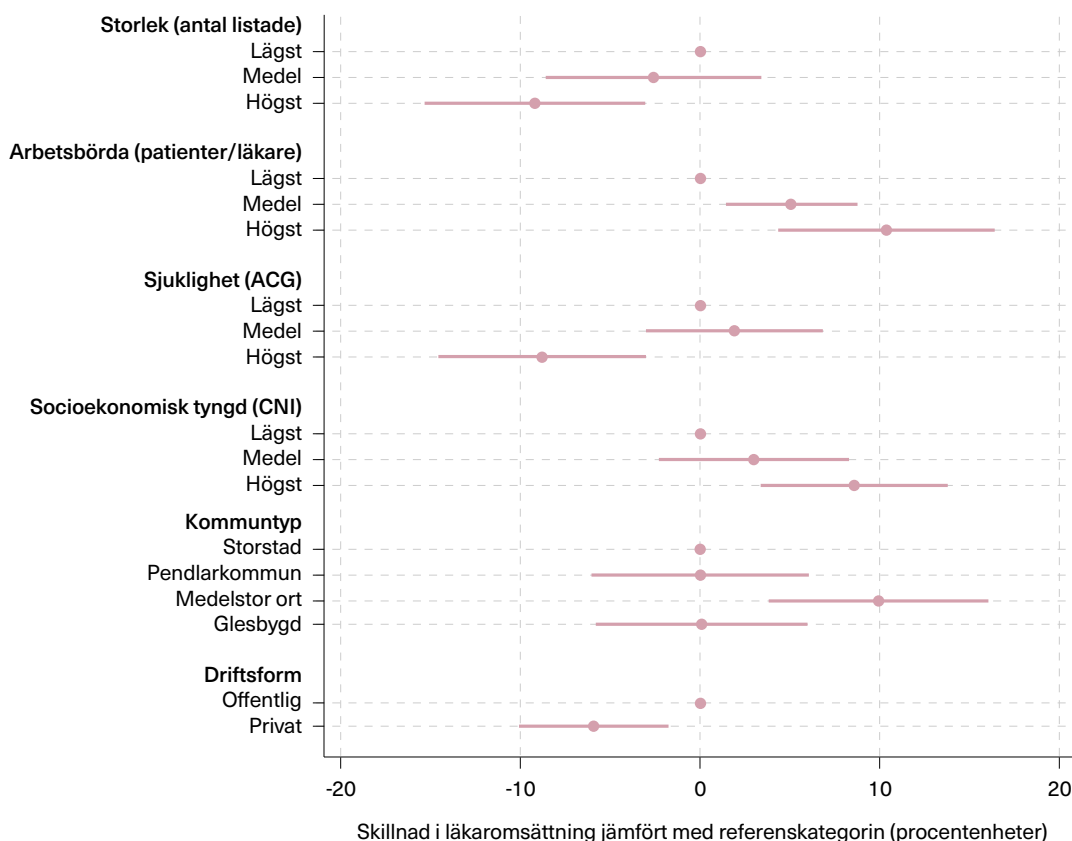
patienter uppgår till 9 procentenheter. Ett annat tydligt mönster är att personalomsättningen är omkring 10 procentenheter högre på vårdcentraler med hög arbetsbelastning, mätt som antal listade per läkare.

Figur 3 visar också att personalomsättningen är cirka 10 procentenheter lägre på den tredjedel vårdcentraler vars patienter hade högst genomsnittlig sjuklighet jämfört med vårdcentraler med de friskaste patienterna. I en känslighetsanalys finner vi dock att detta mönster drivs av de vårdcentraler som stängde under perioden. Bland vårdcentraler som var öppna under hela perioden finns inget sådant samband. Resultatet kan möjligen hänga ihop med att vårdcentraler med bemanningssvårigheter också har svårt att få ihop ekonomin, eftersom ersättningen är för låg i relation till patienternas sjuklighet.

Ett mer stabilt resultat är den omkring 9 procentenheter högre läkaromsättningen bland vårdcentraler som är lokaliserade i områden med svårast socioekonomiska förutsättningar (baserat på bland annat befolkningens utbildningsnivå, arbetslöshet, invandrabakgrund och andelen ensamboende äldre). Beträffande kommutyp ser vi att personalomsättningen är högre bland vårdcentraler i medelstora städer jämfört med större städer, landsbygd och pendlarkommuner. På förhand hade man kanske väntat sig allra högst omsättning på landsbygden, men så är alltså inte fallet. Det finns förvisso inget som utesluter att det är svårt att rekrytera till en avlägset belägen plats samtidigt som att det är lättare att få de som faktiskt valt att jobba där att stanna kvar.

Vad gäller driftsform visar det sig att privata vårdcentraler har cirka 6 procentenheter lägre omsättning i genomsnitt. Det kan dock noteras att privata vårdcentraler tenderar att ha en högre arbetsbörda (fler patienter

Figur 3. Samband mellan läkaromsättning och vårdcentralers egenskaper.



Not: Samband med genomsnittlig läkaromsättning inom en tidshorisont på 12 månader. Analysen inkluderar 157 vårdcentraler i Skåne observerade över perioden 2010–2018. Justerade samband från multipel regressionsanalys med 95-procentiga konfidensintervall. Referenskategori är en offentlig vårdcentral som ligger i en av de större städerna (Malmö, Helsingborg, Kristianstad, Lund) och tillhör den lägsta tredjedelen av fördelningen för var och en av variablerna storlek, arbetsbörda, sjuklighet (mätt med vårdcentralens ACG-vikt) och socioekonomisk tyngd (mätt med vårdcentralens CNI-vikt, där högst CNI = svårast socioekonomiska förutsättningar). ACG = Adjusted Clinical Groups. CNI = Care Need Index.

per läkare), vilket i sig är kopplat till högre läkaromsättning. Skillnaden mellan privata och offentliga drivs främst av vårdcentraler som ägs av lokala kedjor eller som är en del av Praktikertjänst. För de övriga större nationella kedjorna är skillnaden mot offentliga vårdcentraler inte lika stor och inte statistiskt signifikant.⁴

Sammanfattningsvis visar våra analyser att en hög personalomsättning bland läkare i primärvården är ett generellt problem, som inte enbart hänger samman med hyrläkare. Rörligheten är förhållandevis stor även bland fast anställda läkare, vilket förstärker påverkan på möjligheterna till relationell kontinuitet negativt. Vårdcentraler med hög personalomsättning karakteriseras av relativt hög arbetsbörda (antal listade per läkare), ett lågt antal listade patienter samt lokalisering i mindre städer respektive områden med svaga socioekonomiska förutsättningar. Personalomsättningen är lägre bland privata vårdcentraler, särskilt de som ägs av lokala kedjor eller som är en del av Praktikertjänst. Även om vi finner flera intressanta samband ska

4. Se appendix till originalartikeln.

det dock understrykas att metoden vi använder i vår studie (Ellegård m.fl. 2025a) inte tillåter några kausala slutsatser.

4. Slutsatser

Bristande kontinuitet i primärvården och rekryteringsproblem bland primärvårdsläkare har under lång tid lyfts fram som centrala och sammanlänkande problem inom svensk primärvård. I den här rapporten illustrerar vi problemen och deras konsekvenser med stöd av resultaten från två observationsstudier. Den första studien tyder på att formell registrering på namngiven läkare inte i sig förbättrar kontinuitet i händelse av en kronisk sjukdom (Ellegård m.fl. 2024). Den andra studien visar att personalomsättningen bland läkare är hög: sannolikheten att träffa samma läkare efter tre år är 50 procent, och sjunker till 33 procent efter fem år (Ellegård m.fl. 2026). Den höga personalomsättningen orsakas inte enbart av hyrläkare; rörligheten är hög även bland fast anställda läkare. Sammantaget pekar dessa studier mot tre övergripande slutsatser.

”Sannolikheten att träffa samma läkare efter fem år är 33 procent.”

4.1. Registrering på namngiven läkare är inte tillräckligt

En första viktig slutsats, som har direkta implikationer för hur insatser bör utformas, är att registrering av patienter på en namngiven läkare inte i sig leder till förbättrad kontinuitet. Såväl vår studie som internationella studier (Barker m.fl. 2016; Tammes m.fl. 2019) tyder på att kravet på att patienter måste vara registrerade på en namngiven läkare varken är tillräckligt eller nödvändigt för att skapa relationell kontinuitet. Registrering av listade invånare på namngiven läkare kan ge sken av kontinuitet, men saknar värde om patienter likväl inte får träffa den namngivna läkaren, eller om den läkare patienten är registrerad hos ofta ändras på grund av hög personalomsättning.

Även om resultaten från vår första studie indikerar att listning på läkare inte i sig påverkar kontinuiteten så tenderar vårdcentraler som är bättre på att erbjuda hög kontinuitet även vara mer angelägna om att lista sina patienter på läkare. Det är rimligt att tänka sig att dessa ”bättre” vårdcentraler har andra rutiner för att säkerställa patienters behov av kontinuitet efter insjuknande i en kronisk sjukdom och att det är arbetet med dessa rutiner snarare än listning på läkare som ger högre kontinuitet.

4.2. Hög personalomsättning begränsar möjligheterna till kontinuitet

Den höga läkaromsättning som redovisas i vår andra studie utgör ett grundläggande hinder för relationell kontinuitet. En senare studie bekräftar att de vårdcentraler som har högst personalomsättning tenderar att ha lägre kontinuitet (Johansson m.fl. 2026). Hur man kan förmå primärvårdsläkare att stanna kvar längre på sin arbetsplats bör därför vara en central fråga för både staten och regionerna. Vår studie ger viss vägledning i detta avseende. Den enskilt viktigaste faktorn som samvarierade med en hög personalomsättning var arbetsbelastningen vid vårdcentralen. Även om vår

”Resultaten tyder också på att ägarstruktur och anställningsvillkor spelar roll.”

deskriptiva studie inte kan säga något om kausala samband stödjer detta resultat den logiska slutsatsen att en god arbetsmiljö är viktig för att behålla läkare, vilket i sin tur ger förutsättningar för bättre kontinuitet. Resultaten tyder också på att ägarstruktur och anställningsvillkor spelar roll. Privatägda lokala och regionala kedjor samt Praktikertjänst tenderar att ha lägre omsättning än regiondrivna och övriga nationella privata kedjor.

Generellt belyser den internationellt sett höga rörligheten också en grundläggande problematik i det svenska primärvårdssystemet. En primärvård där läkare i huvudsak är anställda och där invånare i första hand listas på vårdcentralen underlättar mobilitet bland läkare. En primärvård som organiseras utifrån att vara mindre beroende av enskilda läkare riskerar således att trigga en ömsesidig respons, där läkare i sin tur ser vårdcentraler som enkelt utbytbara arbetsplatser.

4.3. Kontinuitet upprätthålls även på vårdcentralsnivå

En central reflektion utifrån resultaten i våra studier är att kontinuitet inte enbart upprätthålls på läkarnivå, utan även på vårdcentralsnivå och med andra yrkesgrupper. Det kan till exempel avse kontinuitet till sjuksköterskor eller till ett team samt åtgärder som bidrar till att negativa effekter av brister i relationell kontinuitet undviks. Multiprofessionella och teambaserade vårdcentraler är inte begränsade till att utarbeta strategier för att förbättra kontinuitet i relationen mellan läkare och patient utan har även möjlighet att utarbeta strategier och rutiner för ökad kontinuitet på vårdcentralsnivå. Genom att patienten är listad på vårdcentralen behöver patienten inte heller aktivt söka upp en ny läkare vid ett avbrott i läkarrelationen. Utifrån detta perspektiv är större vårdcentraler mindre känsliga för avbrott i relationell kontinuitet jämfört med mindre enheter, även om mindre enheter kan ha fördelar så länge det inte förekommer avbrott.

I en relaterad, ännu opublicerad, studie har några av oss analyserat vad som händer när patienter som tidigare haft relativt hög kontinuitet förlorar sin fasta läkarkontakt i samband med att läkaren slutar (Ellegård m.fl. 2025). Studier från andra länder indikerar att sådana brott i relationen mellan läkare och patient kan ha negativa effekter, även om det också kan finnas fördelar av att bli undersökt av en ny läkare (Kwok 2024; Simonsen m.fl. 2021; Zhang 2022). I den svenska primärvårdskontexten finner Ellegård m.fl. (2025) endast försumbara skillnader i sjukvårdskonsumtionen efter att läkaren slutar, trots att de studerade patienterna haft en relativt hög kontinuitet innan läkaren slutade. En tolkning av detta kan vara att kontinuiteten på vårdcentralsnivå minskar beroendet av enskilda personer.

Att kontinuitet upprätthålls på vårdcentralsnivån har man i mindre utsträckning tagit hänsyn till i olika nationella insatser, som oftare fokuserat på läkarnivån när det gäller formulering av mål och nationella uppföljningar av överenskommelser mellan staten och SKR. Mot bakgrund av väntade utmaningar för primärvården, inte minst problem att rekrytera läkare, finns anledning att i ökad grad ta hänsyn till att kontinuitet upprätthålls på olika nivåer och på olika sätt vid utformningen av framtida insatser för att förbättra kontinuiteten.

5. Rekommendationer

De tre slutsatser som våra studier pekar mot kan i sin tur läggas till grund för rekommendationer på nationell och regional nivå samt på vårdcentralsnivå.

5.1. Nationell och regional nivå

”Resultaten pekar sammantaget mot att insatser för att öka kontinuiteten i första hand bör fokusera på att skapa förutsättningar och incitament för att få läkare att stanna kvar längre vid samma vårdcentral.”

Resultaten pekar sammantaget mot att insatser för att öka kontinuiteten i första hand bör fokusera på att skapa förutsättningar och incitament för att få läkare att stanna kvar längre vid samma vårdcentral. Arbetsmiljö, arbetsbelastning och långsiktiga incitament framstår därmed som mer centrala än formella krav på registrering hos namngiven läkare. En förbättrad kontinuitet kräver följaktligen långsiktiga insatser på flera nivåer.

På nationell och regional nivå krävs politiska beslut som leder till en utveckling mot fler primärvårdsläkare och incitament som främjar långsiktiga anställningar. Fler primärvårdsläkare leder till en minskning av arbetsbelastningen, vilket kan förbättra arbetsmiljön och potentiellt minska personalomsättningen. Att läkare väljer att stanna kvar vid sin arbetsplats under en längre tid är likväl en helt nödvändig förutsättning för att uppnå bättre kontinuitet. I annat fall kommer det inte spela någon roll hur många primärvårdsläkare som finns eller hur stor andel av befolkningen som är formellt registrerad hos en fast läkare. Fler primärvårdsläkare kan visserligen bidra till förbättrad tillgänglighet men kommer enbart att ha positiv effekt på den relationella kontinuiteten om det också minskar mobiliteten bland läkare. Om mobiliteten bland läkare är fortsatt hög, det vill säga om vårdcentraler har fortsatta problem med att behålla de läkare man rekryterar, blir kontinuiteten därefter.

Därför är reformer som handlar om läkares incitament att byta arbetsgivare av stor betydelse. Eftersom sanktioner i samband med att byta arbetsplats förmodligen kan avskrivas som alternativ kvarstår möjligheten att skapa positiva incitament för läkare som väljer att stanna. Exempel är förändringar som ökar möjligheten för läkare att vara delägare på sin arbetsplats eller nya typer av anställningskontrakt som stärker långsiktigheten, det vill säga förändringar som skapar den typ av incitament som är vanligare hos lokala privata kedjor och Praktikertjänst där läkaromsättningen tenderar vara lägre. En djupare förståelse av de mekanismer som förklarar dessa skillnader utgör en viktig fråga för forskning på området. En ökad långsiktighet genom till exempel personalägda vårdföretag kan vara en möjlig väg framåt (Rothstein 2026).

5.2. Vårdcentralsnivå

På vårdcentralsnivå finns möjligheter att på ett strukturerat sätt arbeta med att främja kontinuitet i relationen mellan läkare och patient samt att förbättra arbetsmiljön för att minska personalomsättningen. Rutiner för att förbättra arbetsmiljön inkluderar att ge läkare möjlighet att följa en begränsad patientlista. Om läkare värdesätter möjligheten att följa sina patienter över tid, vilket det finns starka skäl att anta, skulle en begränsad patientlista göra det mer attraktivt att stanna kvar vid sin arbetsplats. Det är

då inte listningen i sig som ger högre kontinuitet, utan snarare den bättre arbetsmiljö som en begränsad lista kan bidra till.

Givet en situation med knapphet i antalet primärvårdsläkare finns det anledning att utveckla strategier och rutiner för att hushålla med relationell kontinuitet, precis som redan görs i dag bland vårdcentraler. Detta inkluderar åtgärder för att upprätthålla kvaliteten och minska negativ påverkan när enskilda läkare byter anställning. Det kan handla om teambaserade arbetssätt, tydliga rutiner för informationsöverföring och aktiva insatser för att introducera nya läkare till befintliga patienter. Vi menar att sådana verksamhetsnära strategier och rutiner behöver utformas i nära samverkan med berörda läkare och övrig personal. Utveckling av arbetsformer och rutiner, som syftar till att skapa mindre beroende av enskilda läkare, riskerar annars att signalera att den enskilda läkaren är utbytbar. En delaktighet i styrningen och ledningen kan bidra till incitament att stanna kvar på arbetsplatsen, eftersom man fått vara med och utforma dess villkor. Annars finns en uppenbar risk att läkare i sin tur betraktar vårdcentralerna som enkelt utbytbara, vilket skulle förstärka bristerna i kontinuiteten.

”En delaktighet i styrningen och ledningen kan bidra till incitament att stanna kvar på arbetsplatsen.”

Referenser

- Baker, R., Freeman, G. K., Haggerty, J. L., Bankart, M. J. och Nockels, K. H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: A systematic review. *British Journal of General Practice* 70(698): 600–611. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>.
- Barker, I., Lloyd, T. och Steventon, A. (2016). Effect of a national requirement to introduce named accountable general practitioners for patients aged 75 or older in England: Regression discontinuity analysis of general practice utilization and continuity of care. *BMJ Open* 6(9): 011422. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011422>.
- Barker, I., Steventon, A. och Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 356: j84. <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j84>.
- Bond, A. M., Casalino, L. P., Tai-Seale, M., Unruh, M. A., Zhang, M., Qian, Y. och Kronick, R. (2023). Physician Turnover in the United States. *Annals of Internal Medicine* 176(7): 896–903. <https://doi.org/10.7326/M22-2504>.
- Ellegård, L. M., Anell, A. och Kjellsson, G. (2024). Enabling patient–physician continuity in Swedish primary care: The importance of a named GP. A registry-based observational study. *BJGP Open* 8(4). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0118>.
- Ellegård, L. M., Anell, A. och Kjellsson, G. (2026). GP turnover in a multiprofessional team-based primary care system: Evidence from Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 44(1): 1–10. <https://doi.org/10.1080/02813432.2025.2587544>.

- Ellegård, L. M., Kjellsson, G. och Monsees, D. (2025). Left by a trusted physician and colleague: Impacts of primary care physician exits in a group practice system, *Ruhr Economic Papers*, 1192. Essen: RWI – Leibniz - Institut für Wirtschaftsforschung. <https://doi.org/10.4419/96973377>.
- Hjelmgren, J. och Anell, A. (2007). Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy* 83(2–3): 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.02.006>.
- Johansson, E., Pétursson, H., Månsson, J., Ellegård, L. M. och Kjellsson, G. (2026). Continuity in a fragmented healthcare system – organizational and individual determinants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 44(1): 2690608. DOI: 10.1080/02813432.2026.2690608.
- Kajaria-Montag, H., Freeman, M. och Scholtes, S. (2024). Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care. *Management Science* 70(11). <https://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/mnsc.2021.02015>.
- Kohnke, H., Zielinski, A., Beckman, A. och Ohlsson, H. (2026). Continuity of care in the context of a primary health care reform: A follow-up after the Swedish Patient Choice Reform. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 44(1): 1–13. <https://doi.org/10.1080/02813432.2025.2527856>.
- Kwok, J. (2024). How Do Primary Care Physicians Influence Healthcare? Evidence on Practice Styles and Switching Costs from Medicare. <https://ssrn.com/abstract=4030445>.
- Lee, T. H. (2008). The future of primary care: the need for reinvention. *New England Journal of Medicine* 359(20): 2085–2086. DOI: 10.1056/NEJMp0805766.
- Lundegård, J., Grauman, Å., Juth, N. och Johnsson, L. (2026). General practitioners and management control through guidelines: A qualitative study of its effects on their practice. *BMC Primary Care* 27(30). <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03171-8>.
- NASEM (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) (2021). Implementing high-quality primary care: Rebuilding the foundation of health care. Washington DC: The National Academies Press. <https://www.nationalacademies.org/projects/HMD-HCS-18-15/publication/25983>.
- MYVA (2026). En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: Delrapport 2026:2. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/en-fast-punkt/>.
- OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.html.
- OECD (2024). Health at a Glance: Europe 2024. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.

- Olsen, J. K. och Kristensen, T. (2023). Continuity and discontinuity of care among older patients in Danish general practice. *BJGP Open* 7(4). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0081>.
- Pandhi, N. och Saultz, J. W. (2006). Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *Journal of the American Board of Family Medicine* 19(4): 390–397. <https://doi.org/10.3122/jabfm.19.4.390>.
- Parisi, R., Lau, Y.-S., Bower, P., Checkland, K., Rubery, J., Sutton, M., Giles, S. J., Esmail, A., Spooner, S. och Kontopantelis, E. (2021). Rates of turnover among general practitioners: A retrospective study of all English general practices between 2007 and 2019. *BMJ Open* 11(8): 049827. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049827>.
- Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A. och Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 8(6): e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
- Rothstein, B. (2026). Varför är personalägda företag överlägsna i termer av produktivitet, innovation och arbetsvillkor? Februari 2026. Facken inom industrins produktivitetskommission. <https://arenaide.se/rapporter/18989/>.
- Sandvik, H., Hetlevik, O., Blinkenberg, J. och Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: A registry based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 72(715):84–90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine* 1(3): 134–143. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.23>.
- Saultz, J. W. och Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine* 2(5): 445–451. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.91>.
- Saultz, J. W. och Lochner, J. (2005). Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review. *The Annals of Family Medicine* 3(2): 159–166. <https://doi.org/10.1370/afm.285>.
- Simonsen, M., Skipper, L., Skipper, N. och Thingholm, P. R. (2021). Discontinuity in Care: Practice Closures among Primary Care Providers and Patient Health Care Utilization. *Journal of Health Economics* 80: 102551. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102551>.
- Sidaway-Lee, K., Pereira Gray, D., Harding, A. och Evans, P. (2021). What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? *British Journal of General Practice* 71(707): 278–281. <http://bjgp.org/lookup/doi/10.3399/bjgp21X716093>.
- Starfield, B., Shi, L. och Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 83(3): 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>.
- Stokes, T., Tarrant, C., Mainous III, A. G., Schers, H., Freeman, G. och Baker, R. (2005). 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. *Annals of Family Medicine* 3(4): 353–359. <https://doi.org/10.1370/afm.351>.

- Tammes, P., Payne, R. A., Salisbury, C., Chalder, M., Purdy, S. och Morris, R. W. (2019). The impact of a named GP scheme on continuity of care and emergency hospital admission: A cohort study among older patients in England, 2012–2016. *BMJ Open* 9(9): 029103. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/9/e029103>.
- Yu-Hsiang, K., Wei-Ting, L., Wan-Hsuan, C., Shiao-Chi, W. och Tung-Sung, T. (2019). Continuity of Outpatient Care and Avoidable Hospitalization: A Systematic Review. *The American Journal of Managed Care* 25(4). <https://www.ajmc.com/view/continuity-of-outpatient-care-and-avoidable-hospitalization-a-systematic-review>.
- Zhang, X. (2022). The Effects of Physician Retirement on Patient Outcomes: Anticipation and Disruption. *Journal of Public Economics* 207(1771): 104603. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2022.104603>.

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 02500
info@sns.se www.sns.se

SNS är ett fristående, policyinriktat forskningsinstitut som sedan 1948 fört samman kraften från näringslivet, den offentliga förvaltningen, akademien och politiken för att hitta lösningar på centrala samhällsutmaningar. Många av Sveriges främsta företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.