

Vägen till medborgarnas primärvård



En idéskiss för V G Primärvård

BENGT-GÖRAN OLAUSSON DANIEL POLLACK HANS JOHANSON ROSE-MARIE NYBORG

”

Framtiden är inte något man förutsäger utan något man skapar.

Detta dokument ger en översiktlig beskrivning av en möjlig väg för att uppnå VG Primärvård. Materialet inleds med att besvara frågan varför vi tagit fram detta dokument och vilka utgångspunkter vi haft för vårt arbete. Därefter övergår det till en kort redogörelse av primärvårdens nuvarande och kommande uppdrag för att sedan sätta in primärvården i ett omvärldsperspektiv. Själva idéskissen förmedlar vad vi önskar uppnå, hur detta ska ske och vad den kan komma att betyda för

- medborgaren
- verksamheten
- medarbetaren
- styrning/ledning.

Dokumentet avslutas med en fördjupad beskrivning av de tio fokusområden som vi bedömt ha störst betydelse för ett framgångsrikt genomförande av idéskissen. Allra sist finns en sammanfattning.

Bengt-Göran Olausson
uppdragsansvarig



Bakgrund och utgångspunkter

” Vi ska bygga vidare på det goda som genomförts inom primärvården med åtgärder som stärker medborgarens ställning, ökar förtroendet och möter den framtida utvecklingen.

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade vid sitt möte den 13 juni 2007 att utveckla en idéskiss som skulle kunna leda till en väl godkänd primärvård i Västra Götaland.

Syftet med detta var att

- stärka medborgarens ställning
- öka förtroendet för primärvården
- möta framtida utveckling.

En viktig utgångspunkt har varit att värna om den utveckling som givit positiva resultat för primärvården och förstärka med nya åtgärder som stödjer de områden där önskade effekter ej uppnåtts. Vi bygger vidare på de arbeten som gjorts inom Västra Götalandsregionen gällande

- det fria vårdvalet
- prioriteringar
- ersättningssystem
- ökat kostnadsansvar hos vårdenheter
- samverkansformer
- kvalitetsuppföljning.

Vi förstärker primärvården i regionen genom kompletterande åtgärder som främjar tillgänglighet, kvalitet och rekrytering.

Förtroende och Arbetsglädje

För att finna en röd tråd i arbetet med en idéskiss för framtiden har vi utkristalliserat ledorden Förtroende och Arbetsglädje.

Vi har också valt att lägga tonvikt på vem som ska styra utvecklingen av primärvården och vilket

synsätt som ska gälla. Idéskissen genomsyras av tanken att det är medborgarnas primärvård vi eftersträvar. Det är behovet som söker kompetens och inte tvärtom.

Vi har stegvis utvecklat idéskissen utifrån ett balanserat synsätt fördelat på fyra perspektiv

- medborgare/patient
- verksamhet
- medarbetare
- styrning/ledning.

Steg ett har varit att formulera två övergripande målbilder för varje perspektiv för att i steg två beskriva ett antal områden som kan bidra till framgång. I nästa steg har vi lyft fram de viktigaste faktorerna för att uppnå målen. Vi har därefter beskrivit hur vi bör agera för att de ska få så stor verkningsgrad som möjligt. Avslutningsvis har vi gjort en övergripande bedömning av vilka konsekvenser förslagen kan få.

Primärvårdens uppdrag

” Primärvården är navet i vårdsystemet.

Där har de flesta medborgare sina korta eller långvariga relationer med hälso- och sjukvården.

Primärvården bör ansvara för all hälso- och sjukvård som inte behöver sjukhusens speciella resurser.

Primärvården erbjuder medborgarna oavsett ålder och sjukdomssymtom medicinsk bedömning, utredning och behandling, rehabilitering och sjukvårdsrådgivning. I primärvårdens uppdrag ingår att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser genom bland annat familjecentraler, barn- och mödravårdscentraler, utbildning och information till föräldrar, skolor med flera samt att delta i det lokala folkhälsoarbetet.

Primärvården kännetecknas av helhetssyn, tillgänglighet, kontinuitet och närhet.

Primärvården är basen

Primärvården är basen i närsjukvården i Västra Götalandsregionen. Den har ansvar för att samarbeta med andra aktörer i vård- och behandlingskedjan så att medborgarens behov tillgodoses på bästa möjliga sätt.

Huvuddelen av primärvårdens verksamheter är organiserade till vårdcentraler/vårdenheter, privata eller ägda av Västra Götalandsregionen.

Primärvården är navet i vårdsystemet. Där har de flesta medborgare sina korta eller långvariga relationer med hälso- och sjukvården. Primärvården ska vara patienternas fasta kontakt i hälso- och sjukvården.

Ambitionen bör vara att 80 procent av alla vårdkontakter i de öppna vårdformerna ska ske i primärvårdens regi.

För att bli ett självklart val för medborgarna krävs

- hög kvalitet i det medicinska omhändertagandet
- bra bemötande
- god tillgänglighet
- stabil bemanning
- bred kompetens.

Förtroendefullt uppdrag

Primärvården ska medverka till att främja hälsa och ska vårda och behandla såväl barn- och ungdom och deras föräldrar som medelålders och äldre. Detta är ett förtroendefullt uppdrag. Att få utföra detta uppdrag i nära samverkan med anhöriga, sjukhus och kommun skapar ett unikt och tilltalande helhetsperspektiv för vårdens personal.

Arena för forskning och utveckling

Primärvårdens bredd och komplexitet ger rika möjligheter till kompetensutveckling och personligt ansvarstagande. Verksamheten påverkas dessutom starkt av omvärldens förändringar vilket gör den till en intressant arena för forskning och utveckling.

Primärvårdens uppdrag är högt prioriterat i Västra Götalandsregionen och viljan att stödja den utveckling som krävs för att nå väl godkända resultat är mycket tydlig i olika politiska beslut.



Primärvården i relation till vår omvärld

” *Revirstrider med andra medicinska specialiteter har varit ett återkommande tema i primärvårdens historia, vilket förklarar att många allmänläkare och deras intresseorganisationer sökt avgränsningar gentemot andra specialiteter och professioner.*

Sedan början av 70-talet har det funnits en politisk vilja att öka resurserna för primärvård. Primärvården har successivt tillförts mer resurser men trots detta har verksamheten inte lyckats nå fullt förtroende hos befolkningen. Liksom i många andra länder har befolkningen i Sverige större förtroende för andra specialister än de som är allmänläkare. En tänkbar förklaring är att specialisterna baserar sin legitimitet på djup kunskap inom sin subspecialitet, vilket många patienter tycks föredra, medan allmänläkaren får sitt förtroende genom att vara generalist och den som har helhetssyn. En annan omständighet som kan påverka förtroendefrågan är att primärvårdens syfte emellanåt beskrivs i termer av att åstadkomma en billigare vård. Sker detta utan att samtidigt argumentera för kvalitet och tillgänglighet finns risk för missförstånd hos befolkningen.

Det har funnits delade meningar om hur primärvården bör organiseras, ledas och styras liksom vad som skall vara allmänläkarens uppdrag. Revirstrider med andra medicinska specialiteter har också varit ett återkommande tema i primärvårdens historia, vilket förklarar att många allmänläkare och deras intresseorganisationer sökt avgränsningar gentemot andra specialiteter och professioner. Sverige har tillsammans med Finland varit föregångsland när det gäller dagens breda syn på primärvårdens innehåll. Denna baseras på fler yrkeskompetenser än allmänlä-

karens och med vårdcentralen som fysisk kärna.

Under 1970- och 1980-talen förespråkades ett geografiskt ansvar för befolkningens hälsa. En tanke bakom detta var att primärvården skulle samarbeta med andra lokala aktörer, till exempel kommunerna. Under dessa decennier prövades olika varianter med stora och små vårdcentraler där kompetensutbudet varierade och där patienterna slussades mellan olika nivåer innan remittering kunde ske till sjukhusen. Inslag med andra specialister än de i allmänmedicin förekom också.

Erfarenheterna resulterade dessvärre i att samverkan med den kommunala omsorgen tonades ner och att behov av specialister anställda vid större vårdcentraler inte förelåg. Detta ledde till att primärvården i huvudsak bemannades med allmänläkare och distriktssköterskor.

I början på 1990-talet startade en debatt kring patientens ställning i vården och dennes möjlighet att utöva inflytande. Detta ledde så småningom till en lagstiftning som radikalt ändrade primärvårdens förutsättningar. 1994 beslutades om ett nationellt husläkarsystem vilket innebar en snävare syn på primärvårdens uppdrag där områdesansvaret tonades ner till förmån för allmänläkarens enskilda insatser.

Redan samma år som lagen skulle börja gälla blev det klart att den skulle rivas upp. 1995 beslutade den socialdemokratiska reger-

ingen att återinföra ansvaret för primärvårdens organisation till landstingen. Under 1990-talet och fram tills nu har kraven successivt ökat på primärvårdens insatser i de öppna vårdformerna. Utvecklingen pekar på behovet att uppfylla fler funktioner med ett alltmer kvalificerat innehåll. Det handlar också i många stycken om att kunna samordna insatser i de öppna vårdformerna så att patientens behov av såväl allmän- som specialistkompetens tillgodoses så smidigt och nära patienten som möjligt. Ovanstående leder till ett antal alltmer accepterade målsättningar för framtidens primärvård

- specialister i allmänmedicin bör praktisera i grupp snarare än ensamma
- sjuksköterskor specialiserar sig och tar eget ansvar för olika patientgrupper
- ökad samverkan med olika specialister på ”hemmaplan”
- ansvaret för vård av kroniskt sjuka överförs successivt från sjukhus till primärvård
- fler och mer avancerade insatser kommer att ske decentraliserat eller i patientens hem
- ökad omfattning av akut vård tack vare teknologisk utveckling.

En sådan inriktning lägger grunden för primärvårdens möjligheter att återta förtroende och legitimitet samt att höja statusen, vilket sammantaget gynnar rekrytering.

Primärvården i relation till vår omvärld

” Den modell vi har i Västra Götaland skulle kunna utgöra en bra bas för fortsatt utveckling och då framför allt med åtgärder inom områden tillgänglighet, lyhörddhet och stöd från specialistvård.

Olika primärvårdsmodeller

En omfattande kanadensisk studie kring erfarenheter av olika primärvårdsmodeller redovisades i november 2003. (Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Lamarche Pa et al 2003))

Fyra modeller utkristalliserades och nedanstående tabell visar deras olika egenskaper. Svensk primärvård har en tradition med starka samhällsorienterade inslag. Primärvården i Västra Götaland kan hänföras till samhällsmodellen.

Bra bas för fortsatt utveckling

I den kanadensiska studien redovisas också de olika modellernas effekter på olika mål vilka beskrivs i nedanstående tabell. (1 är högst ranking)

En slutsats av detta är att den modell och det arbetssätt som vi har i Västra Götaland skulle kunna utgöra en bra bas för fortsatt utveckling och då framför allt med åtgärder inom områden tillgänglighet, lyhörddhet och stöd från specialistvård.

Det händer mycket i vår omvärld

Halland har sedan den 1 januari 2007 infört Vårdval Halland, som bygger på att invånarna fritt får välja vårdgivare som är ackrediterade av landstinget. Varje vårdenhet som uppfyller landstingets krav får efter överenskommelse etablera sig. Samma krav och villkor gäller för alla vårdenheter oavsett driftform.

Alla invånare listas aktivt eller passivt på en vårdenhet och invånarens hälso- och sjukvårdspeng utbetalas till vårdenheten. Hälso- och sjukvårdspengen ska täcka de kostnader som är förknippade med åtagandet. I modellen ingår ingen prestationsersättning för besök utöver patientavgifterna. Region Skåne utreder och planerar att införa en världsmodell från 2009 som i huvudsak överensstämmer med Vårdval Halland. Skånes modell skiljer sig dock från Hallands främst när det gäller viktningen av hälso- och sjukvårdspengen genom att utöver åldersfaktorn också ta hänsyn till vårdtyngd. Även Östergötland planerar att införa liknande världsmodell. Västmanland startade detta januari 2008. I Stockholm pågår sedan 1 januari 2008 införandet av Vårdval Stockholm som skiljer sig från de övriga på flera punkter. Stockholms världsmodell bygger på en auktorisering av flera yrkeskategorier och gäller främst aktivt listade invånare. Efter avtal med

Allmänläkare på nationell taxa	Familjeläkare	Samhällsmodell baserad på vårdcentraler	Samhällsmodell baserad på vårdcentraler
Läkare, ensamma eller i grupp; begränsat samarbete med andra professioner	Läkare, ensamma eller i grupp; samarbete med främst sjuksköterskor	Bred grupp av professionella som svarar för diagnostik, behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård etc.	Som för föregående kolumn men:
Besöksersättning till läkare baserad på taxa	Ersättning genom belopp per listad individ i kombination med ersättning per besök	Fast ersättning baserad på befolkningskaraktäristika	Ingen särskild informationsteknologi för integration av service
Begränsat informationsutbyte med annan verksamhet	Utbyte av klinisk info med andra vårdgivare	Brett utbyte av klinisk och annan information med andra vårdgivare som tjänar samma befolkning	Inte tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar
	Kontakter med andra vårdgivare för att upprätthålla integration av service; uppföljning av patienter via sjuksköterska eller läkare	Vårdteam ansvarar för kontinuitet mot patienter	Inga formella mekanismer som garanterar kontinuitet gentemot särskilda individer
		Tillgänglig 24 timmar alla dagar	
USA, Kanada, Belgien, Tyskland	UK, Danmark, Nederländerna, Norge	Sverige, Finland	Sverige, Finland

	Allmänläkare på nationell taxa	Familjeläkare	Samhällsmodell baserad på vårdcentraler	Samhällsmodell baserad på vårdcentraler
Effektivitet	4	3	1	2
Produktivitet				
- kostnkontroll	3	3	1	1
- substitution från sjukhusvård	4	1	2	3
Kontinuitet	3	4	1	2
Tillgänglighet	1	1	3	4
Jämlikhet	3	3	1	2
Lyhörddhet	1	1	3	3
Kvalitet	3	3	1	2



Primärvården i relation till vår omvärld

” En åldrande befolkning, snabb medicinsk och medicinsk-teknisk utveckling och allt större krav och förväntningar från medborgare, patienter och närstående medför ökade behov och efterfrågan.

landstinget har de auktoriserade vårdgivarna rätt till fri geografisk etablering. En väsentlig skillnad gäller ersättningen till vårdgivarna där den dominerande delen är relaterad till antalet besök. Den fasta delen av ersättningen för de listade patienterna är relativt liten och avser sådana åtaganden som inte är produktionsrelaterade. Nationellt pågår flera utredningar kring primärvård/närsjukvård eller i nära anslutning till den nära vården. Exempel på sådana är

- fritt val inom äldre- och handikappomsorgen samt hälso- och sjukvården – februari 2008
- värdighetsgaranti – en äldreomsorg med respekt för människovärdet – mars 2008
- patientens rätt i vården – delbetänkande etableringsfrihet i primärvården – april 2008
- företagshälsovård som primärvård och tvärtom.

Det förväntas också ske förändringar i lagen om offentlig upphandling som möjliggör etablering efter auktorisering av vårdverksamhet utan föregående upphandling.

Behovsutveckling

En åldrande befolkning, snabb medicinsk och medicinsk-teknisk utveckling och allt större krav och förväntningar från medborgare, patienter och närstående medför ökade behov och efterfrågan. Denna utveckling påverkar i allra

högsta grad primärvården och leder med nödvändighet till ett ständigt förbättringsarbete i syfte att ge rätt vård, av rätt vårdgivare på rätt plats, vid rätt tillfälle.

Demografi och hälsoutveckling

Statistiska Centralbyråns (SCB) prognoser visar att befolkningstillväxten är något lägre i Västra Götaland än i Sverige som helhet, men att andelen äldre utvecklas på liknande sätt. Inom regionen finns betydande variationer i befolkningstillväxt. Det finns också stora variationer mellan nämndområdena i hur åldersprofilen kommer att ändras.

Totalt sett förväntas antalet personer i åldersgruppen 65-79 år öka med nästan 18 000 personer (10 procent) fram till år 2010, medan antalet personer som är 80 år eller äldre minskar något. Den sistnämnda gruppen förväntas öka från år 2015.

Befolkningens hälsa

En mängd olika faktorer har betydelse för och samverkar med hälsan. Fysisk aktivitet har positiva effekter på hälsan, medan många sjukdomar orsakas eller förvärras av tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion och övervikt. Några oroväckande tendenser är utvecklingen av psykisk ohälsa, av övervikt och fetma samt alkoholkonsumtion.

Kvinnor i Sverige konsumerar mer sjukvård, får mer läkemedel utskrivet och är mer sjukskrivna och

förtidspensionerade än män. Kvinnor i Sverige lever i genomsnitt fyra år längre än män. Skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat sedan slutet av 1980-talet. De viktigaste orsakerna till invandrarnas sämre hälsa är sannolikt de levnadsförhållanden som rådde i det land personen kommer ifrån samt den position många invandrare har i yrkes- och samhällsliv, oavsett vilken yrkeserfarenhet eller utbildning man har med sig.

Prioriteringar görs i syfte att ge dem med stora och angelägna behov god tillgång till vård och att säkerställa att resurserna används där de ger störst effekt. Två områden som kräver särskilt uppmärksamhet de kommande åren är personer med kronisk sjukdom respektive psykisk ohälsa.

Personer med kronisk sjukdom

Den största andelen personer med hjärtinfarkt och lungcancer finns idag inte i traditionella högriskgrupper, utan bland personer med måttligt förhöjd risk. En orsak till detta är sannolikt att högriskgrupperna lättare uppmärksammas och ofta får någon form av behandling. För att förhindra sjukdom behöver man således framöver påverka befolkningen i allmänhet, och inte enbart personer med speciellt hög risk.

Primärvården i relation till vår omvärld

” Det krävs förstärkta insatser för att möta den psykiska ohälsan hos barn och unga. En fungerande samverkan med kommun och sjukhus är central.

Psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom

35 till 40 procent av alla besök i primärvården är förknippade med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom. Den psykiska ohälsan bland barn och unga ökar och är vanligare bland flickor än pojkar. Utvecklingen av barns och ungas psykiska hälsa avgörs av samhällsutvecklingen i stort. Växande klyftor i samhället gör att fler riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Låg inkomst, låg utbildning och isolering är andra faktorer som ökar risken. Dessa riskfaktorer kommer sannolikt inte att minska framöver. Det krävs därför förstärkta insatser för att möta den psykiska ohälsan.

Arbetsmiljö och arbetsvillkor

År 2004 genomförde Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) en enkät till ST-läkare inom allmänmedicin. Det visade sig att så många som 62 procent vill arbeta 75 procent när de blir färdiga och 5 procent vill bara arbeta halvtid. 60 procent av de svarande var kvinnor. Tidigare studier av arbetsprofiler hos manliga respektive kvinnliga allmänläkare i 30 europeiska länder visade på signifikanta skillnader i arbetssätt. Kvinnliga läkare finns oftare i gruppraktiker i städerna, de gör oftast färre hembesök och arbetar mer sällan utanför ordinarie arbetstid.

Slutsatserna av dessa enkäter ger vid handen att den fortsatta utvecklingen bör vara uppmärksam på

- allmänläkarnas framtida krav på arbetsplatsen
- behovet av fler allmänläkare om andelen med deltidstjänstgöring ökar
- primärvårdens arbetssätt vid ökad andel kvinnliga allmänläkare.

Antalet vakanta läkartjänster i allmänmedicin, utgående från tillgänglig budget år 2006, var 111. Privata specialister i allmänmedicin var vid samma tidpunkt 202. Fram till år 2015 beräknas omkring 196 av Västra Götalandsregionens egna specialister gå i pension, vilket kommer att kunna täckas av det antal ST-läkare som för närvarande genomgår utbildning. Däremot räcker inte nuvarande omfattning av nyrekrytering för att klara en önskvärd bemanning. Pensionsavgångar bland de privata läkarna är inte medräknade.

Av det totala antalet läkare som vidareutbildar sig till specialister i allmänmedicin är 60 procent kvinnor.

Organisation av offentlig primärvård

Primärvården är organiserad i fem primärvårdsförvaltningar med en utförarstyrelse per förvaltning. Det finns 118 vårdenheter i Västra Götalandsregionens egen regi. Uppdrag och finansiering regleras i överenskommelser med respektive beställarnämnd (12 st). Befolkningen är automatiskt listad till vårdenhet med möjlighet att varje månad aktivt välja en annan enhet som har avtal med regionen. Vårdenheten erbjuder fast läkarkontakt för de som önskar och/eller behöver. Enheten ersätts via kapitering och prestationsersättning. Enheten kan ha flera tilläggsuppdrag vilka ersätts i särskild ordning. Läkarens medverkan i kommunal hemsjukvård regleras i hemsjukvårdsavtal. Vårdcentralerna är organiserade i läkar-/distriktsköterskemottagning, barnavårdscentral och psykologmottagning samt i förekommande fall mödravårdscentral och rehabiliteringsenhet. Utbildning/handledning av studenter och elever i grundutbildning, distriktsköterskestuderande, AT och ST-läkare bedrivs i stor men varierande omfattning.



Primärvården i relation till vår omvärld

” Sammanfattningsvis kan sägas att Västra Götalandsregionen i nationell jämförelse är bra på att erbjuda besök vid vårdcentral samma dag liksom för möjligheten att komma på läkarbesök inom sju dagar.

Organisation av privat primärvård

I regionen finns 25 vårdenheter med samverkansavtal. Deras uppdrag regleras i individuella avtal på vårdenhetsnivå. Liknande avtal som med offentlig vårdenhet eftersträvas. Därutöver finns 96 allmänläkare som ersätts enligt nationella taxan, varav merparten finns i Göteborg.

Öppna jämförelser

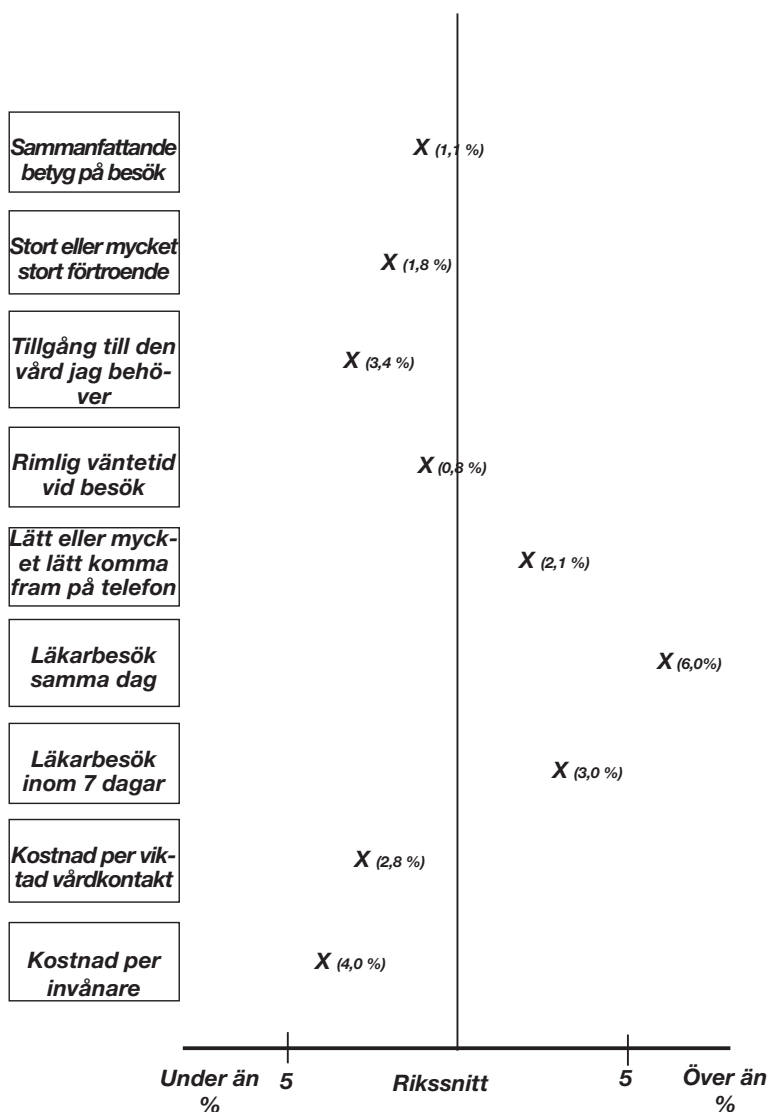
Sammanfattningsvis kan sägas att Västra Götalandsregionen i nationell jämförelse är bra på att erbjuda besök vid vårdcentral samma dag liksom för möjligheten att komma på läkarbesök inom sju dagar. Kostnaden för primärvården är förhållandevis låg.

Vi befinner oss på samma nivå som riket när det gäller andelen patienter som anser att väntetiden vid besök på vårdcentralen är rimlig. Vår förmåga att vara tillgängliga på telefon har förbättrats avsevärt de senare åren. Kostnaden per viktad vårdkontakt är något lägre än genomsnittet i landet.

Vi har däremot ett sämre förtroende hos befolkningen än snittet i landet. Samma sak gäller det sammanfattande betyget vid besök på vårdcentral.

Konsumtionen av läkarbesök var densamma som i riket. Av det totala antalet besök inom öppna vårdformer i Västra Götaland svarar primärvård för ca 60 procent. Täckningsgraden varierar men är högst i landsbygden.

” SKLs öppna jämförelser oktober 2007
Västra Götalandsregionen i förhållande till riket





En utblick mot framtiden

Medborgarens primärvård ska kännetecknas av Förtroende och Arbetsglädje

Målen för att nå dit är:

Medborgar-/Patientperspektiv

- Medborgaren och Patienten ska ha en stark ställning
- Medborgaren och Patienten ska vara trygga med primärvården

Verksamhetsperspektiv

- Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet
- Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi

Medarbetarperspektiv

- Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats
- Primärvården ska vara en lärande organisation

Styrning/Ledning

- Primärvårdens och patientens resurser ska nyttjas effektivt
- Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme

Medborgaren och patienten ska ha en stark ställning

” I Västra Götaland är det medborgaren och patienten som ska ha det avgörande inflytandet på primärvårdens utveckling.

Fritt vårdval

Ett sätt att stärka patientens ställning är att låta den enskilde individen få frihet att själv välja den vårdenhet som bäst anses kunna uppfylla önskade behov, oavsett geografi. Denna frihet finns redan i dagens system men har inte uppfattats tillräckligt väl och måste kommuniceras på ett mycket tydligare sätt till såväl medborgarna som till primärvårdens medarbetare. För att nå en verklig valfrihet krävs dessutom en mångfald i utbudet, att det är varierande och att det sker i olika regi. Idéskissen bygger på en utökad möjlighet till etablering för att bedriva primärvårdsverksamhet vilket på sikt kommer att medföra ökad mångfald. Förutsättningarna för att bedriva primärvård definieras i en särskild ”kravbok”.

Den tillhörighet som medborgaren i dagsläget har till en vårdenhet i Västra Götaland gäller som utgångspunkt i den fortsatta utvecklingen. I samband med information om valfriheten meddelas detta medborgaren samtidigt som de också får förnyad information om möjligheten att fritt välja annan vårdenhet. Ingen vårdenhet får neka någon att ansluta sig. Det nuvarande områdesansvaret övergår till ett solidariskt ansvarsstagande på lokal nivå, med uppgift att lösa områdesgemensamma angelägenheter. Inom varje stadsdel eller kommun ska de etablerade vårdenheterna

dokumentera dessa gemensamma uppgifter i en så kallad närområdesplan.

Inflytande

Idéskissen bygger på ökad delaktighet för medborgaren i olika sammanhang. Inte minst gäller detta möjligheten att påverka utformningen av primärvårdens verksamhet.

Kunskap

Primärvården ska bedriva ett aktivt arbete med att utveckla kunskap hos medborgarna så att dessa kan utnyttja sin valfrihet på bästa sätt, vara delaktiga och ha ett aktivt inflytande över sin behandling, men också kunna ansvara för egenvård. För personer med komplexa sjukdomsproblem eller nedsatt autonomi har primärvården ett särskilt ansvar för att ta tillvara deras intressen.

Primärvårdspeng

En annan framgångsfaktor för att stärka medborgarens ställning är den primärvårdspeng som följer med medborgaren till den vårdenhet man valt. Ju större primärvårdspengen blir, desto större betydelse får den. I vår region har medborgarna redan nu till viss del fått förtroendet att förfoga över detta styrmedel, men medvetenheten och omfattningen av denna peng har inte varit tillräckligt stor. Besök vid den vårdenhet som medborgaren valt ska vara avgiftsfri.



Medborgar-/patientperspektivet

Idéskiss

Medborgaren och patienten ska vara trygg med primärvården

” Förtroende får primärvården genom att leva upp till eller helst överträffa medborgarnas förväntningar på en god vård.

Tillgänglighet

Primärvården har ett patientansvar dygnet runt. Detta uppdrag ska genomföras enligt gällande vårdgarantier. För de patienter som valt vårdenheten och de som tillfälligt vänder sig till den, gäller samma ansvar för en god tillgänglighet såväl via telefon som i personliga kontakter. Öppethållande ska anpassas efter patientgruppens sammansättning och behov, vilket innebär att den kan variera mellan vårdenheterna.

Vårdkontakt

Den framtida primärvården bygger vidare på det teamarbete/kompetenspooler som utvecklats under åren. Alla som behöver en fast vårdkontakt ska få detta. Behovet avgör om det ska vara en läkare, i första hand en specialist i allmänmedicin, eller någon annan för ändamålet lämplig yrkeskategori. I övrigt är det patientens egna val som styr om en fast vårdkontakt skall etableras eller ej.

I den vårdprocess som patienten går igenom sker många överlämnanden/mottaganden av såväl individen som av information. Det är ett ansvar för primärvården att vara patientens lots och koordinera detta arbete. I ett alltmer specialiserat och komplext vårdssystem blir denna roll mer och mer betydelsefull för patienten. Patienten ska känna trygghet i att primärvården är skicklig på att remittera till rätt specialist när det behövs.

Kvalitet

Vård på lika villkor med hög kvalitet och som ges på ett säkert sätt ska präglade verksamheten. Vårdprogram är ett viktigt instrument i detta arbete och för att åstadkomma ”best practice” för olika diagnoser. Det är en vidareutveckling av det arbete som sker nu. För att säkra följsamheten bland vårdgivarna ska verksamheten införa system för avvikelserapportering. Samma sak gäller kring regionens arbete med prioriteringar. I kvalitetsbegreppet ingår också det som handlar om service och bemötande. Att hålla det som utlovats och att i ”sanningens ögonblick” genomföra det personliga mötet med empati och respekt skapar trygghet och är något som ständigt måste uppmärksammas på olika sätt.

I förhållande till nuläget innebär detta

- ökade kommunikationsinsatser för att stärka medborgarens ställning
- publicering av tillförlitlig information för att säkra det fria vårdvalet
- utveckling av patientens kunskap för att trygga inflytande och egenvården
- utformning av en primärvårdspeng som följer medborgarens fria val
- fast vårdkontakt efter behov och önskemål
- aktivt val.

Primärvården ska bedrivas med hög kvalitet

” Det som är bra i dagens primärvård ska behållas och utvecklas.

Kvalitetsstyrning och publicering

Kvalitet i medicinska insatser, tillgänglighet, service och gott bemötande är värdeskapande för medborgaren och en förutsättning för att tillföra vårdenheterna en långsiktigt bärkraftig verksamhet. Trovärdighet i att kunna leverera en hög kvalitet är också ett viktigt inslag vid ställningstagande till auktorisation av vårdgivare i Västra Götaland.

Vårdenheternas förmåga att över tid leva upp till överenskomna kvalitetsnivåer har en avgörande betydelse för möjligheten att behålla auktorisationen med tillhörande finansiering. Denna bedömning skall genomföras regelbundet vid alla vårdenheter oavsett ägarförhållanden. För den kliniska revisionen skapas en särskild enhet inom Västra Götalandsregionen.

Primärvården är entredörren till vård- och behandling för de allra flesta patienter.

Många medborgare har också en långvarig relation till primärvården i livets olika skeden.

Här har primärvården ett ansvar som förpliktigar till att upprätthålla en hög professionalitet i allt som utförs. Dagens primärvårdsverksamhet klarar till stora delar denna uppgift, men det krävs ytterligare insatser för att bli väl godkänd.

För att nå målet att 80 procent av alla vårdkontakter i den öppna

vården ska ske i primärvårdens regi, handlar det inte enbart om att kunna öka bemanningen och fördjupa/bredda kompetensen. Det handlar i lika hög utsträckning om att utnyttja de samlade resurserna i regionen optimalt samt att vara mer lyhörd för de signaler, positiva som negativa, som kommer från medborgarna, samarbetspartners och ägare. Återkoppling, värdering och åtgärd av stort som smått är viktigt i en kvalitetsstyrd och konkurrensutsatt primärvård. Omvärldsbevakning blir allt viktigare.

Erfarenheten visar att mål som mäts och öppet redovisas på ett accepterat och kvalitetssäkrat sätt oftast stimulerar till att höja det samlade betyget för olika insatser. Därför ska en ökad publicering av utvalda kvalitetsmått ske, såväl externt som internt. Syftet är att stärka medborgarens ställning genom att tillföra ökad kunskap. Det är också ett instrument i vårdgivarnas ställningstaganden inför begäran om auktorisation av vårdverksamhet.



Verksamhetsperspektivet Idéskiss

Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi

” Uppdragen ska ha samma innehåll, oavsett var eller i vilken regi det sker. Detta för att nå en vård på lika villkor och för att kunna göra rättvisa jämförelser.

Behov söker kompetens

Primärvårdens ansvar för den nära vården ställer krav på ett brett kunnande. Denna idéskiss vilar på tesen att behov söker kompetens och att det är bra för patienten att insatserna sker i patientens när-område.

För att kunna axla detta fullt ut behövs tillgång på ”hemmaplan” till många olika yrkeskategorier. Detta behöver inte enbart ske med egna anställda utan uppgiften kan lösas genom samverkan i nätverk eller med underleverantörer, såväl i den offentliga som privata vården. Med ovanstående inriktning utökas primärvårdens ansvar till att omfatta den nära vårdens öppna verksamhet.

Med utgångspunkt från de grundläggande krav som antagits i samband med auktorisationen beslutar den lokala vårdenheten vilken kompetensmix, personalstyrka och vilka arbetsmetoder som bäst lämpar sig för medborgarnas medicinska behov och förväntningar. Det innebär att utförandet kommer att se olika ut inom Västra Götaland vilket också är en viktig förutsättning i ett välfungerande vårdvalsystem.

Lika villkor i varierande regi

För att åstadkomma vård på lika villkor lägger Västra Götalandsregionen stor vikt vid och mycket engagemang i arbetet med vårdprogram, prioriteringar, läkemedelsförskrivning och metodval. Idéskissen bygger vidare på detta

arbete genom att förstärka kvalitetssäkringen av beslutade riktlinjer.

Detta ska bland annat ske genom bättre IT-stöd i det vardagliga vårdarbetet men också genom en systematisk avvikelserapportering som en del i det ständiga lärandet och för att uppnå ”best practice”. Ytterligare ett medel för att nå en vård på lika villkor och för att kunna göra rättvisa jämförelser är att uppdragen har samma innehåll, oavsett var eller i vilken regi det sker. De uppdragsinnehåll som under åren utvecklats i dialog mellan beställare och utförare inom Västra Götaland ligger till grund för den regiongemensamma kravspecifikation som utgör grunden för att få tillåtelse att etablera en vårdenhet. Dessa krav täcker uppdragen för

- vård
- utbildning
- forskning och utveckling.

I förhållande till nuläge innebär detta

- ökat fokus på kvalitetssäkrande insatser
- etablering av en medicinsk revisionsenhet
- bättre IT-stöd i vårdprocessen
- ökade krav på avvikelserapportering
- regiongemensamma krav för uppdragen
- successivt utökat uppdrag för primärvården i den öppna vården.

Primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats

” Vi kan uppnå en VG Primärvård om de medarbetare som finns i verksamheten har rätt kunskap, är engagerade i sin verksamhet och är motiverade för sitt uppdrag.

Ledarskap och värdegrund

Ett gott ledarskap är grunden för arbetsglädje. Ledarskap är inte bara en fråga om ledarens egenskaper utan också om samspelet mellan ledare och medarbetare. Medarbetarna påverkas av sin ledare och medarbetarna påverkar sina ledare. Det gäller som ledare att i alla situationer vara ett föredöme och en inspiratör. Idéskissen innehåller flera nya komponenter och bygger på en större frihetsgrad än tidigare för den enskilda vårdenheten. Den framtida primärvården ställer ökade krav på lyhördhet och samverkan över gränser. Ledarens förmåga att hela tiden vara entreprenör och utveckla sin verksamhet så att patienter och medborgare känner stort förtroende är en prioriterad uppgift. Det handlar också om att skapa en tilltalande miljö på den egna arbetsplatsen genom att forma ett arbetsklimat som stimulerar till delaktighet, självständigt arbete och ett personligt ansvarstagande för helheten.

Medarbetare har ett personligt ansvar

De arbeten som gjorts för att skapa en säker, hälsofrämjande och jämställd arbetsplats ska vidareutvecklas. Varje medarbetare i primärvården har ett personligt ansvar för att upprätthålla en bra arbetsmiljö på sin arbetsplats och ledaren ska framgent lägga ytterligare kraft på att säkra grunderna för en tilltalande arbetsplats. Det som är värdeskapande för

patienten ska belönas. De framtida vårdenheterna kommer att ha möjlighet att utforma incitaments-system som ökar engagemanget för den egna verksamheten och som inspirerar till kreativt tänkande i allt som kan stärka patientens ställning, öka tryggheten och nå en god samlad upplevelse av den verksamhet som bedrivs. Det är av stor vikt att skapa en gemensam värdegrund och kommunicera detta så att alla medarbetare är medvetna om och delar de önskvärda beteenden och förhållningssätt som gäller för Västra Götalandsregionen och dess primärvård. För att bibehålla en solid värdegrund krävs civilkurage från alla medarbetare och ett tillåtande klimat där ledarens attityd spelar avgörande roll för framgång. Utvecklingssamtalets betydelse ökar. För att skapa trygghet såväl i ledarskap som i medarbetarskap föreslås att Västra Götalandsregionen skapar en egen ”utbildningsakademi” som ska vara kulturskapande men också ett komplement till de traditionella formerna för kompetensutveckling.



Medarbetarperspektivet

Idéskiss

Primärvårdens ska vara en lärande organisation

” Med vetenskapligt förankrade metoder för utvärdering och en löpande återkoppling skapas förutsättningar för en effektiv kunskapsstyrning och ett ständigt förbättringsarbete.

En lärande organisation

Primärvården har en stor roll som lärande organisation. Det gäller inte minst i relationen till medborgare och patient. Primärvårdens breda uppdrag och omfattande samverkan med sjukhusspecialister, kommuner och andra myndigheter som patienten kommer i kontakt med, ger en mycket god bas för kunskapsöverföring. Primärvården ska kompetensutveckla sin omgivning så att deras insatser i vårdkedjan blir så effektiva och rationella som möjligt. För att lyckas med ovanstående krävs väl fungerande system för den egna kompetensutvecklingen och kunskapsöverföringen.

Stort patientmaterial grunden för forskning

En lärande organisation ska kritiskt granska sin verksamhet och genomföra systematisk och kontinuerlig uppföljning. Med vetenskapligt förankrade metoder för utvärdering och en löpande återkoppling skapas förutsättningar för en effektiv kunskapsstyrning och ett ständigt förbättringsarbete. Primärvårdens innehåll påverkas i hög grad av det som händer i omvärlden. Det gäller alltifrån management till medicinskt teknisk utveckling. Det handlar inte enbart om att kunna omsätta ny kunskap till en praktiskt vardag det handlar också om att bidra med

forskningsinsatser för att skapa ny kunskap. Primärvården har ett stor patientmaterial att tillgå vilket är grunden för en framgångsrik forskning och den framtida primärvården ska i större omfattning än idag säkra tid och resurser för denna viktiga uppgift. I förhållande till nuläget innebär detta

- ökade insatser för att säkerställa det goda ledarskapet och det goda medarbetarskapet
- tydliggöra och stödja det personliga ansvarstagandet
- säkerställa utbildnings- och forskningsuppdraget.



Primärvården och patientens resurser ska nyttjas effektivt

” Den kunskap som patienten bär med sig om sitt välbefinnande eller sin sjukdom ska ses som en resurs och nyttjas som ett led i en effektivare resursanvändning.

Den framtida primärvården ska ge medborgare och patient ett större inflytande. Det är därför viktigt att alla perspektiven tar fasta på detta. I styrnings- och ledningsperspektivet ska större uppmärksamhet riktas mot patientens kunskande och tid. Den kunskap som patienten bär med sig om sitt välbefinnande eller sin sjukdom ska ses som en resurs och nyttjas som ett led i en effektivare resursanvändning. På samma sätt ska patientens tid värderas och respekteras så att minsta möjliga tidsförluster uppstår.

Utvecklingsarbetet ska främja hela vårdssystemet

Det förbättringsarbete som sker inom primärvården ska ha som mål att bidra till att effektivisera hela vårdkedjan. Det innebär att åtgärder som genomförs inom primärvårdens verksamhet också ska påverka beteenden och arbetssätt hos övriga aktörer i patientens vård och behandling. Detta är ett ansvar som måste uppmärksammas än mer bland primärvårdens medarbetare.

Kostnadseffektivitet och kostnads kontroll

Varje enhet har ansvar för att bedriva verksamheten med god kostnadskontroll och försäkra sig om att verksamheten bedrivs så effektivt som möjligt. I dagens system förekommer inga fria nyttigheter vilket innebär att primär-

vårdens lokala enheter svarar för de kostnader som uppstår för alla de varor och tjänster som köps, exempelvis läkemedel och medicinsk diagnostik. För att minska risker vid extraordinära situationer såsom dyra läkemedelsterapier eller komplicerade utredningar för enstaka patienter, erbjuds primärvårdens enheter möjlighet att teckna försäkring för denna typ av händelser.

Ersättningssystemet

Dagens ersättningssystem baseras på en fast och en rörlig del. Prissättningen varierar inom regionen. För att stödja en styrning mot kvalitet och för att stärka medborgarens inflytande behöver nuvarande system förändras. Idéskissen innebär att medborgaren erhåller en primärvårdspeng. Denna peng följer medborgaren till den vårdenhet man valt. Till skillnad från dagens system ska ersättningen baseras på en regiongemensam taxa.

I primärvårdspengen ska vårdtyngd och ett genomsnittligt resultatutfall vägas in. Utöver detta kommer ersättningssystemet att ta hänsyn till landsbygd och invandrartäta områden.

Besök vid den vårdenhet som patienten valt föreslås vara avgiftsfri.

Genom systematisk uppföljning, analys och utvärdering kommer helheten att kunna säkerställas.



Styrnings-/Ledningsperspektivet Idéskiss

Primärvårdens enheter ska ha eget handlingsutrymme

” Att i flera avseenden få ett stort eget handlingsutrymme har betydelse för det personliga engagemanget och ansvarstagandet.

Jämförelser mellan verksamheter i olika regi är ett väsentligt inslag i arbetet med att nå hög kvalitet och därmed åtnjuta ett starkt förtroende, såväl hos patienter som hos övriga aktörer i vårdkedjan och bland de förtroendevalda. För att dessa jämförelser ska bli ett aktivt redskap i förbättringsarbetet måste de vila på en grund där vårdenheterna arbetar på så lika villkor som möjligt. I detta sammanhang är uppdragens innehåll en viktig del, liksom ekonomisk ersättning, regler och principer för styrning och ledning. Ett stort eget handlingsutrymme har betydelse för framgång ur ett verksamhets- och medarbetarperspektiv.

Frihet under ansvar

De verksamheter som drivs i Västra Götalandsregionens regi ska känna att de har lika goda förutsättningar att agera som de som bedrivs i privat regi. Västra Götalandsregionens enheter, det vill säga de lokala vårdcentralerna/vårdenheterna, ska få större frihet att agera i personal- och ekonomifrågor. Däremot ska de övergripande styrprinciper som antagits i Västra Götalandsregionen vara lika giltiga för primärvården som för all annan verksamhet. Denna frihet medför samtidigt ett ansvar att uppfylla ställda krav. Om detta inte sker blir verksamheter föremål för omprövning av sin auktorisation.

Gemensam koncernledning

De offentligt ägda vårdenheterna lyder under gemensam ”koncernledning” för primärvården, vars huvuduppgift blir att arbeta med strategiska utvecklingsfrågor som långsiktigt säkrar en god vård. Utgångspunkten för detta finns att hämta i det omfattande utvecklingsarbete som skett under senare år. Det gäller att fortsätta på inslagna vägar och komplettera i den omfattning som framtiden kräver. Denna koncernledning ska resursmässigt vara väl avvägd för ändamålet så att mesta möjliga andel av ersättningen till de självständiga enheterna ska kunna nyttjas för vårdinsatser.

Funktioner gällande personal- och ekonomiadministration för de offentligt ägda vårdenheterna tillhandhålls via internköp av Västra Götalandsregionens serviceförvaltning. I förhållande till nuläget innebär detta

- tydligare ansvar för systemförändringar i hela vårdkedjan
- försäkring för extraordinära läkemedelsterapier och diagnostik
- fast ersättning samt regler för över- och underprestation
- regiongemensam ersättning
- ingen besöksavgift vid den valda vårdenheten
- införande av system för att mäta vårdtyngd
- ökade befogenheter och ansvar på lokal nivå.



Primärvårdens väg in i framtiden

Nedanstående fokusområden är de som bedömts ha störst betydelse för ett framgångsrikt genomförande av idéskissen:

1. Medborgarnas primärvård
2. Fritt vårdval
3. Mångfald
4. Regiongemensamma uppdrag
5. Regiongemensam ersättning
6. Kvalitetskonkurrens och styrning
7. Uppföljning och öppna jämförelser
8. Frihet under ansvar
9. Ledarskap
10. Kompetensförsörjning och FoU





Primärvårdens tio steg in i framtiden

Första steget Medborgarens Primärvård

Syftet med begreppet ”medborgarens primärvård” är att tydliggöra individens allt starkare ställning i vården. Västra Götalandsregionen vill se medborgaren som en medproducent och ge individen ett stort ansvar för vårdens utformning och utveckling. För att denna ansvarsförskjutning ska bli verklighet kommer Västra Götalandsregionen att skapa förutsättningar för medborgaren att kunna bli denna part men också bli betraktad som en värdefull och inflytelserik resurs av primärvårdens medarbetare.

Som ett led i detta arbete föreslås förstärkningar när det gäller att skapa ett fungerande och reellt fritt vårdval. För att åstadkomma detta gäller det bland annat att skapa en större mångfald i utbudet, att medborgaren ges ekonomisk kraft och att i större omfattning våga överlåta styrningen till medborgaren i samarbete med den lokala vårdenheten. Styrningen utgår från att kunna tillgodose de behov som Hälso- och sjukvårdslagen definierar. Medborgare såväl som medarbetare i primärvården ska verka för att det blir en behovsstyrd och inte en efterfrågestyrd utveckling.

Medborgarens primärvård bygger på ett synsätt som värnar om helhetsperspektivet. Det vårdbehov som inte behöver tas om hand vid ett sjukhus ska tillgodoseas vid eller i nära anslutning till den vårdenhet som individen valt som sin.

Medborgarens kunskapsutveckling sker delvis på individens eget initiativ men måste kompletteras med olika insatser från primärvårdens medarbetare. Mycket av kunskapsöverföring sker i patientsamtalet men dialogen måste breddas så att alla, även de som inte är patienter, blir mer delaktiga. Detta kommer att ske genom ökad publicering av kvalitetsdata men andra former såsom studiecirkel, patientskolor med mera bör prövas.

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Andra steget Fritt vårdval

För att V G Primärvård ska uppfattas som medborgarnas primärvård måste dessa ges en reell möjlighet att genom sitt vårdval påverka primärvården. Därför krävs aktiva insatser från uppdragsgivaren/Västra Götalandsregionen för att informera medborgarna om vad valet innebär och vad vårdenheterna kan erbjuda samt enheternas resultat i form av olika kvalitetsmått. Det skall vara lätt att välja.

Västra Götalandsregionen har haft ett fritt vårdval under flera år och de regler som gäller idag behöver inte ändras. Därför kan denna idéskiss bygga på den tillhörighet som medborgaren i dagsläget har till en vårdenhet i Västra Götaland och något nytt ”listningsförfarande” behöver inte ske. I samband med förnyad information om valfriheten ges medborgaren tillfälle att ompröva sitt val om de så önskar.

Valet av vårdenhet ska ses som en överenskommelse mellan medborgaren och vårdenheten där båda parter har ett ömsesidigt intresse av att resultatet blir så bra som möjligt och att det utvecklas en bra relation. Genom medborgarnas val åtager sig vårdenheten vårdansvaret för medborgaren enligt de villkor som gäller för uppdraget.

Medborgarnas val av vårdenhet innebär att den primärvårdspeng som varje individ bär med sig till-

delas den valda vårdenheten. Medborgarnas val påverkar därmed direkt vårdenhetens ekonomiska förutsättningar för att bedriva verksamheten.

Medborgarna har möjlighet att byta vårdenhet genom att välja en annan och därmed också överföra primärvårdsspengen till denna.

Vårdenheten är skyldig att inom högst två månader ta över vårdansvaret för de medborgare som väljer att byta vårdenhet. Den tidigare vårdenheten behåller vårdansvaret till dess att patienten avregistrerats och överförs till den nya enheten. Medborgare som inte valt eller inte registrerats hos annan vårdgivare och som vill tillhöra vårdenheten ska tas emot omgående. Det kan dock finnas undantagsfall där uppdragsgivaren kan godkänna en tillfällig begränsning för vårdenheten att ta emot fler patienter om den medicinska säkerheten inte kan garanteras. I sådana fall ska patienterna anmälas till en central ”väntelista” som administreras av uppdragsgivaren. Vårdenheten är alltid skyldig att ta emot patienter som bedöms vara i behov av medicinskt motiverade oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser oavsett om patienten tillhör vårdenheten eller inte.

Om en vårdenhet övergår från en vårdgivare till en annan övertar den nya vårdgivaren vårdansvaret för samtliga individer som tillhör-

de vårdenheten. Det ankommer på den nye vårdgivaren att informera berörda patienter om detta.

Om en vårdenhet upphör åvilar det uppdragsgivare/Västra Götalandsregionen att i varje enskilt fall hantera hur tillhörande patienter/medborgare ska tas om hand.



Primärvårdens tio steg in i framtiden

Tredje steget Mångfald

Dagens tillämpning om Lagen om offentlig upphandling inom hälso- och sjukvård har skapat begränsningar för möjligheten att öka mångfald, upprätthålla kontinuitet och styra mot kvalitet.

För närvarande pågår förarbeten på nationell nivå med en lag om valfrihetssystem för bland annat hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt förslaget till ny lag blir det möjligt för vårdgivare, som uppfyller vissa givna villkor, att etablera sig hos sjukvårdshuvudmän som har så kallade valfrihetsmodeller. Detta kan ske utan att nuvarande upphandlingsförfarande enligt LOU behöver tillämpas.

Nedan föreslås hur ett sådant etableringsförfarande kan komma att se ut inom ramen för V G Primärvård.

Auktorisation

För att en vårdgivare skall få bedriva vårdverksamhet inom ramen för V G Primärvård krävs att vårdgivaren blir auktoriserad, det vill säga blir godkänd som vårdgivare av Västra Götalandsregionen. Det krävs också att avtal/överenskommelse finns mellan vårdgivaren och Västra Götalandsregionen som reglerar vårdgivarens verksamhet vid respektive vårdenhet.

Auktorisationen innebär att vårdgivaren ska kunna klara vårduppdraget utifrån de krav som anges i "Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom V G Primärvård". Vårdgivaren ska också ha

ekonomisk stabilitet och ha ekonomiska förutsättningar att fullgöra avtalet med uppdragsgivaren/Västra Götalandsregionen. Om vårdgivaren bedriver eller avser bedriva verksamhet vid flera vårdenheter krävs auktorisation för varje vårdenhet.

Avtal/överenskommelse mellan vårdgivaren och Västra Götalandsregionen ska träffas för varje auktoriserad vårdenhet. Avtalet/överenskommelsen är en förbindelse från båda parter att följa de från tid till annan gällande villkoren i "Förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård". Förutom uppdraget kan avtalen/överenskommelserna innehålla uppgifter om kompletterande vårduppdrag samt särskilda uppdrag för utbildning och FoU. Vidare regleras ersättningar och krav på uppföljning av verksamheten, avtalstidens längd, villkor vid ägarbyte och förtida upphörande, uppsägning av avtal med mera.

Uppdragsgivaren kan återkalla auktoriseringen för en vårdenhet om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att bedriva vårdverksamhet. Ett regelsystem för återkallande ska finnas och ingå i avtalet.

Geografisk placering

Efter avtal/överenskommelse har vårdgivaren rätt att etablera och bedriva sin verksamhet inom V G Primärvård. Vårdgivaren får också rätt att besluta om vårdenhetens geografiska placering. Detta ska

ske efter dialog med uppdragsgivaren/Västra Götalandsregionen. Erfarenheterna från andra länsting talar för att vårdgivaren bör besluta om den geografiska placeringen. En risk vid ett sådant förfarande kan vara att det uppstår underetablering inom vissa områden, till exempel landsbygd. I sådana fall erbjuder ersättningsmodellen särskilt ekonomiskt stöd för att underlätta etablering. Dessutom finns alltid möjlighet att göra en särskild upphandling. Erfarenheterna från Halland, Stockholm och Västmanland visar att risken för underetablering är liten.

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Fjärde steget Regiongemensamma uppdrag

Primärvårdens uppdrag och ersättning ser i dag olika ut i regionen. Detta beror bland annat på olika prioriteringar i beställningarna, olikheter avseende ansvarsfördelning mellan primärvård och andra specialiteter, förekomst av andra aktörer i närområdet samt olika definitioner av grunduppdrag och tilläggsuppdrag. Olikheterna finns såväl inom den offentliga primärvården som mellan den offentliga och privata primärvården.

Regionstyrelsen har tidigare beslutat att en mer enhetlig ersättningsmodell ska gälla för primärvården. Trots detta finns det alltså stora skillnader i ersättningen till primärvården i regionen även i de fall uppdragen är lika.

På grund av olikheterna i uppdragen och ersättningen är det svårt att göra jämförelser mellan vårdenheter och de upplevs ofta som orättvisa. Olikheterna motverkar också möjligheterna att erbjuda invånarna i regionen vård på lika villkor.

En regiongemensam beskrivning och uppföljning av primärvårdens uppdrag för vård, utbildning och FoU bör införas för att trygga vård på lika villkor och för att möjliggöra rättvisa jämförelser.

Vårduppdraget ska ha sin bas i den allmänmedicinska verksamheten och vårdenheter erbjuder sig att tillhandahålla följande innehåll till medborgarna

- allmänmedicinsk verksamhet
- barnhälsovård
- mödrahälsovård
- barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
- öppen gynekologisk mottagningsverksamhet.

I kraven för att bli auktoriserad vårdhet beskrivs minsta nivåer för bemanning och kompetens samt vilka delar som är obligatoriska att genomföra på vårdheten och vilka som vid behov kan genomföras i samverkan med andra vårdaktörer i närområdet. Primärvårdens ansvar bör i ett senare skede utvidgas till att omfatta en större del av närsjukvårdens öppna verksamhet.

Nuvarande olikheter i gränssnitten mellan primärvården och sjukhusen ska ses över och göras enhetliga. Likaså behöver de geografiska skillnaderna i regionen, till exempel avstånd till vårdhet, beaktas och kompenseras i det ekonomiska ersättningssystemet.



Primärvårdens tio steg in i framtiden

Femte steget Regiongemensam ersättning

Ett gemensamt uppdrag för primärvården medför att även principerna för ersättning bör vara gemensamma så att jämförelser och genomföranden kan göras på så lika villkor som möjligt. Valet av ersättningsmodell har stor betydelse för hur väl Västra Götalandsregionen lyckas styra hälso- och sjukvården mot önskade mål. V G Primärvård utgår från nuvarande ersättningsystem som anpassas för att stödja önskvärt beteende och resultat.

I V G Primärvård kommer kvaliteten att få en avgörande roll i styrningen vilket innebär att ersättningsmodellen baseras på följande komponenter

- ersättning i form av primärvårdspeng som följer medborgarens val av vårdenhet
- mål- och resultatbaserad ersättning
- särskild ersättning som kompenserar för exempelvis vårdtyngd, invandrartäta områden och landsbygd
- ingen patientavgift vid "egna" vårdenheten.

Tillgängliga budgetmedel för den samlade primärvårdsverksamheten i Västra Götaland ska till största delen avsättas till den primärvårdspeng som medborgaren bär med sig. Ersättningen som vårdenheten får kan öka eller minska beroende på hur värdeskapande resultatet är för patienten.

En stor andel fast ersättning un-

derlättar administrationen och ger finansären god kostnadskontroll.

Primärvårdspeng som följer medborgarens val av vårdenhet

Primärvårdspeng är den ersättning som följer med patienten/medborgaren när han/hon väljer vårdenhet och utgör en genomsnittlig kostnad. Medborgarna ska känna sig trygga med att primärvårdspengen säkrar att de får vård som anpassas efter varje enskild individs behov. Primärvårdspengen ska täcka en så hög andel av vårdenhetens kostnader som möjligt.

Primärvårdspengen bör viktas så att den motsvarar behovet av hälso- och sjukvård hos de personer som valt vårdenheten. På samma sätt måste vårdenheterna uppleva ersättningen som rättvis oberoende av vilka personer som listar sig på vårdenheten. Ålder och kön är de grundläggande faktorerna för viktning. Detta är emellertid inte tillräckligt för att helt motsvara den vårdinsats som en enskild individ behöver. Därför kommer primärvårdspengen att innehålla en ersättningsdel som stimulerar till särskilt ansvar för målgrupper med stora behov, exempelvis personer med omfattande och sammansatta behov, personer med nedsatt autonomi med flera.

För att skapa ett tillfredsställande underlag för att mäta vårdtyngd föreslås införande av ett beskrivningssystem som kan användas för att beskriva såväl hälsotillståndet i befolkningen som att fördela sjuk-

vårdsresurser efter den faktiska eller förväntade vårdtyngden vid respektive primärvårdsenhet. Instrumentet ger en god verksamhetsbeskrivning och kan användas även för förebyggande arbete. Halland, Blekinge och Skåne utreder möjligheter att utnyttja ett verktyg som benämns ACG (Adjusted Clinical Groups) något som också Västra Götalandsregionen bör ta ställning till.

Mål- och resultatbaserad ersättning

V G Primärvård har en tydlig inriktning mot åtgärder som höjer kvaliteten. För att nå effekt är det viktigt att knyta ekonomisk ersättning till uppvisade resultat och dessutom i en sådan omfattning att det har en påtaglig betydelse för vårdenhetens samlade ekonomi. Idéskissen föreslår en successiv utveckling av detta med en startnivå som utgör 10 procent av den totala ersättningen.

Lämpliga mått och mätetal ska utvecklas efter hand som erfarenheter uppnås såväl nationellt som inom Västra Götalandsregionen. Resultaten ska vara tillgängliga för publika jämförelser.

Idéskissen föreslår 7-10 mått som ett första steg i kvalitetsstyrningen och dessa ska spegla såväl medicinska- och patientupplevd kvalitet som andra mål exempelvis tillgänglighet, förtroende till vården eller förebyggande insatser.

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Ersättningen till vårdenheten kommer att variera beroende på graden av måluppfyllelse.

Det är av stor vikt att denna utveckling fortsätter. På sikt bör dessa ersättningar öka och få en större andel i takt med framtagna mål och mått.

Ersättning för hälsofrämjande och förebyggande insatser

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riskerar få en lägre prioritet om detta ansvar inte tydliggörs i uppdraget och följs upp. Därför anges i kraven för att få auktorisation ett generellt och individorienterat åtagande som gäller samtliga enheter vilket är medräknat i primärvårdspengen. Som tillägg kan vårdenheten erhålla särskild ersättning vid uppfyllda mål som stimulerar till gemensamt förbättringsarbete i samverkan med kommuner och andra aktörer.

Ingen patientavgift vid egna vårdenheten

Idéskissen bygger på avgiftsfria besök vid den vårdenhet som medborgaren valt. Däremot betalar patienten avgift vid besök på annan vårdenhet.

Kostnadsansvar

Primärvårdspengens storlek ska spegla det kostnadsansvar som vårdenheterna inom V G Primär-

vård har. Målsättningen är att primärvården successivt ska utöka sitt uppdrag inom den nära hälso- och sjukvården till att omfatta åttio procent av alla vårdkontakter i öppenvård. I takt med att detta sker ska också ersättningen anpassas i förhållande till de ökande kostnader som uppstår för primärvården.

Primärvårdspengen ska finansiera samtliga kostnader som är förknippade med åtagandet för de som valt vårdenheten.

Besök hos andra vårdenheter

Vårdenheten har kostnadsansvar för de "egna" patienterna även om de gör besök på annan vårdenhet på primärvårdsnivå. Vårdpengen ska även omfatta betalning för den utomlänsvård på primärvårdsnivå som vårdenhetens invånare konsumerar. Vårdenheten får ersättning för besök av utomlänspatienter och för besök av de patienter som inte valt vårdenheten.

Inga fria nyttigheter

Vårdenheten ges fullt ekonomiskt ansvar för allmänläkemedel, hjälpmedel och medicinsk service. Det ger en hög kostnadsmedvetenhet hos vårdenheten och en god kostnadskontroll för finansiären. Stora delar av primärvården har detta kostnadsansvar redan idag och erfarenheterna har varit goda. Det finns en risk för att medicin-

ska och etiska ställningstaganden ställs mot ekonomiska, vilket kan medföra en "underförskrivning". Ett viktigt inslag för att minska denna risk är tillgången till en medicinsk revisionsenhet som på uppdrag kan utföra denna typ av granskning. En annan möjlighet är att vårdenheten kan teckna en försäkring mot särskilt kostnadskrävande läkemedel och diagnostik. De läkemedel som skrivs ut av allmänläkare som får sin ersättning via lagen om läkarvårdsersättning betalas av regiongemensamma pengar.

För utskrivning av hjälpmedel har Västra Götalandsregionen och kommunerna antagit gemensamma riktlinjer och produktanvisningar. Där framgår också om det är kommunen eller regionen som har kostnadsansvaret.



Primärvårdens tio steg in i framtiden

Sjätte steget Kvalitetskonkurrens och styrning

Kvalitet är avgörande för medborgarnas förtroende för primärvården och är lönsamt för verksamheten. Olika utredningar visar att kvalitetsbristkostnaderna i hälso- och sjukvården är i storleksordningen 15-20 procent av vårdens samlade kostnader. Genom att sätta fokus på detta och låta styrmodellen i Västra Götalandsregionen präglas av ett kvalitetstänkande uppnås en bättre resursanvändning förutom de goda effekter som uppstår i relation till patienter, samverkansparter och inom de egna verksamheterna.

Att styra på kvalitet är lockande för sjukvårdens medarbetare genom att det sätter fokus på verksamhetens innehåll.

Kvalitet utvecklas inifrån organisationen och bygger på den enskilda medarbetarens övertygelse. Detta tar tid och kräver ett engagerat och uthålligt ledarskap som ständigt uppmuntrar och banar vägen för det lokala kvalitetsarbetet.

Att göra rätt från början är lönsamt och värdeskapande. Att styra med kvalitet bidrar starkt till rätt beteenden gentemot alla parter. Det är väsentligt att medarbetarna tar sig tid för reflektion kring kvalitetsarbetet och regelbundet värderar sina insatser utifrån medborgarens-/patientens perspektiv.

Kollegial kvalitetsuppföljning och granskning blir mer aktuell i ett system där vårdgivaren har ett totalt kostnadsansvar, även för köp av tjänster.

Det som är värdeskapande för medborgare/patient ska belönas. Västra Götalandsregionen kommer därför att göra en stark koppling mellan uppvisat resultat och ekonomisk ersättning till vårdgivarna. Minst 10 procent bör avsättas för detta ändamål och de resultatmått som ingår från början omfattar såväl medicinska insatser, tillgänglighet som bemötande.

Västra Götalandsregionen vill stimulera kvalitetskonkurrens och kommer i de krav som sätts upp för att få bli auktoriserad att tydliggöra dessa frågor. Auktorisationen blir årligen föremål för utvärdering och kan fråntas en vårdgivare om de krav som anges inte blir uppfyllda.

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Sjunde steget Uppföljning och öppna jämförelser

Kvalitetskrav och uppföljning

Uppföljning ska ske på olika nivåer med utgångspunkt från ”need to know”. Underlag för uppföljning kommer att hämtas från befintliga register som vårdenheten åtar sig att rapportera enligt avsnittet Informationsförsörjning i Kravboken. Vårdenheten ansvarar för kvalitetssäkring av de inrapporterade uppgifterna.

De nyckeltal som uppdragsgivaren kommer att följa ska ligga till grund för diskussioner vid uppföljningsmöte som ska äga rum minst en gång per år.

Uppföljningsmodell

Uppföljningsplanen föreslås vara indelad i fem perspektiv – behov, prestationer, kvalitet, kostnader och effekter.

Uppföljningsperspektiven byg-

ger på att det för en beställning av vårduppdraget föreligger ett behov i befolkningen av en viss vårdinsats/prestation. Avsikten med prestationen är att uppnå en effekt i patientens hälsa eller inom hälso- och sjukvårdssystemet. Prestationen är förknippad med olika kvalitetsaspekter och genererar även en viss kostnad för Västra Götalandsregionen.

Nyckeltalen som preciseras i uppföljningsplanen kommer vårdenheten att kunna följa både på det egna resultatet över tid och i förhållande till andra som har samma uppdrag.

I V G Primärvård sätts strålkastarljuset på vårdens kvalitet. Det sker på olika sätt dels genom att större andel av ersättningen jämfört med idag baseras på mål och resultat

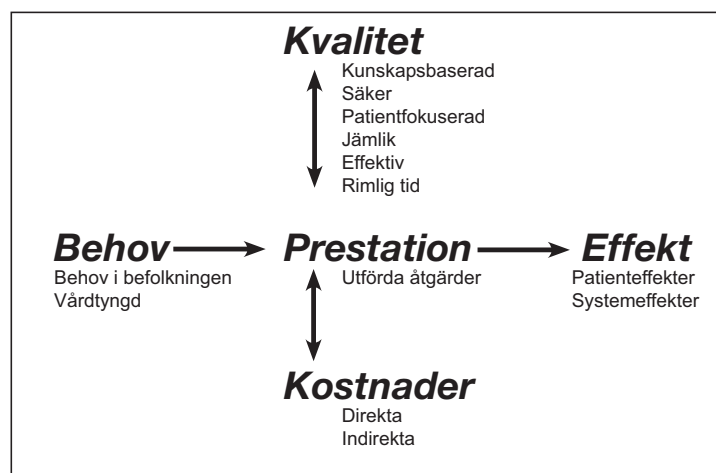
och dels genom att resultaten görs publika.

Syftet med öppna jämförelser är att stimulera till lärande och ständiga förbättringar. I den utsträckning det är möjligt ska indikatorerna utgå från samarbetet med andra landsting, Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen avseende jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Det ökar möjligheterna till jämförelser mellan olika landsting.

Öppna jämförelser innebär också att medborgarna får bättre kunskap inför sitt vårdval. En ytterligare effekt med öppna jämförelser är att de ger vägledning för vårdgivarnas ställningstaganden inför begäran om etablering.

Med öppna jämförelser ökar incitamenten till en förbättrad registrering i olika kvalitetsregister, vilket i sin tur gör det möjligt och få fram mer tillförlitliga data.

Sjukvårdshuvudmannen har ansvar för att ta fram saklig information som ger medborgarna rätt underlag vid val av vårdenhet.





Primärvårdens tio steg in i framtiden

Åttonde steget **Frihet under ansvar**

Primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi. För att offentligt och privat driven vård ska utföras på lika villkor bör i största möjliga mån samma krav ställas på verksamheterna. Förutsättningarna för offentliga och privata vårdgivare skiljer sig dock åt på vissa grundläggande punkter. Det gäller bland annat den särskilda lagstiftning rörande offentlig verksamhet, till exempel kommunallagen och lagen om offentlig upphandling samt arkivlagen. Dessa lagar samt även Västra Götalandsregionens interna regelverk ställer andra krav på de offentliga vårdenheterna än på de privata vårdgivarna. Detta måste beaktas i det fortsatta beredningsarbetet.

En fråga i detta sammanhang är vilka anpassningar som måste göras i Västra Götalandsregionens interna spelregler för att de av regionen drivna offentliga vårdenheternas förutsättningar ska bli så lika de privata som möjligt. Det gäller såväl ekonomi- och personalfrågor som regiongemensamma aktiviteter och krav.

En annan fråga som måste klargöras är vilka regler som ska gälla då en offentlig vårdenhet vill övergå till privat regi. En sådan övergång bör ske på marknadsmässiga villkor med någon form av tidsbegränsad hembudsskyldighet.

Förslaget om auktorisation med tillhörande regelsamling för att

bedriva vårdverksamhet i V G Primärvård riktas direkt till de enskilda vårdenheterna hos respektive vårdgivare oavsett om dessa är offentliga eller privata. De enskilda vårdenheterna måste därför ha en hög grad av självständighet vad gäller ansvar och befogenheter. Detta gäller också de vårdenheter som drivs i regionens regi.

De offentliga vårdenheterna tillhör Västra Götalandsregionen och måste följa de övergripande regler och anvisningar som gäller regionens verksamheter. Det gäller till exempel de kollektivavtal som reglerar semester, pension med mera samt regionens anvisningar för budget, rapportering och årsredovisning. Inom ramen för detta måste vårdenheterna ges en stor frihet att agera i bland annat ekonomi- och personalfrågor. Vårdenheten ska ha det fulla ansvaret för den verksamhet som bedrivs enligt uppdraget liksom för enhetens ekonomiska resultat. Den avgör själv hur verksamheten ska utföras, organiseras och struktureras. Vårdenheten ansvarar för planeringen och utvecklingen av verksamheten samt ansvarar för personalens ledning och kompetensutveckling. Vidare beslutar vårdenheten i alla personaladministrativa frågor av verkställighetskaraktär.

Även om de offentliga vårdenheterna ska ha en hög grad av självständighet med tydligt ansvar för verksamhet, ekonomi och personal

med därtill hörande befogenheter är det inte rimligt att varje vårdenhet utgör sin egen förvaltning direkt underställd regionstyrelsen och direktrapporterande till denna. Det skulle innebära en omfattande uppsiktsplikt för regionstyrelsen.

Istället bör de offentliga vårdenheterna samordnas under en koncernledning som i sin tur rapporterar till regionfullmäktige/regionstyrelsen. Huruvida det bör finnas en eller flera primärvårdskoncerner inom Västra Götalandsregionen är en fråga som kan tas upp senare beroende på den fortsatta utvecklingen. För närvarande ingår de offentliga primärvårdsenheterna i fem förvaltningsområden med var sin utförarstyrelse. Dessa fem primärvårdsförvaltningar kan även i fortsättningen – åtminstone under innevarande mandatperiod – ha rollen som fem primärvårdskoncerner med tillhörande vårdenheter. Utförarstyrelserna och primärvårdsledningarna får dock en något annorlunda roll som koncernstyrelse/-ledning. Istället för det operativa ansvaret blir koncernledningens huvuduppgift att långsiktigt skapa mervärden för patienten. Med detta avses att följa upp och stödja verksamheterna kring principiella styrfrågor, ledarutveckling, kommunikation, beslut om nya etableringar eller avvecklingar, långsiktig kompetensförsörjning samt att verka för de grundläggande värderingar som gäller för verksamheten.

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Primärvårdskoncernen har det övergripande ansvaret för verksamheten inom sitt område samt rapporterar och svarar inför regionstyrelsen/regionfullmäktige. Det måste då säkerställas att delegationsreglerna utformas på ett sådant sätt att vårdenheterna inom koncernen får de befogenheter som krävs för att de ska kunna ta det fulla ansvaret för enhetens verksamhet, ekonomi och personal.

Koncernchefen ansvarar för att tillsätta/avsätta, stödja och utveckla vårdenhetschefer, besluta om deras anställningsvillkor, löner, ledigheter med mera. Det måste finnas ett tydligt chefsavtal/kontrakt med respektive chef där ansvar och befogenheter framgår och vad som gäller om uppdraget inte fullföljs.

Ekonomifrågor

Respektive vårdenhet inom primärvårdskoncernen ska åläggas ansvar för fullständig budgetering och rapportering. Såväl primärvårdskoncernen som varje vårdenhet måste följa regionens anvisningar gällande budgetering, rapportering och årsredovisning. Varje vårdenhet ska ha egen resultaträkning och balansräkning. Konsoliderad resultat- och balansräkning ska upprättas på koncernnivå.

Vårdenheterna ska lämna ett koncernbidrag till koncernledningen. Detta ska kunna användas för att finansiera gemensamma utveck-

lingskostnader, omställningskostnader med mera. Tydliga regler ska finnas för vad som gäller för de enheter som inte klarar sin ekonomi.

Vårdenheterna ansvarar för och behåller över- respektive under-skott i sina resultat- och balansräkningar. Vårdenheterna kan dock inte få full frihet att disponera sitt överskott/positivt eget kapital eftersom detta kan leda till ett negativt resultat för primärvårdskoncernen och ytterst också för Västra Götalandsregionen, vilket strider mot balanskravet. Någon form av regelsystem måste därför finnas som inte äventyrar det samlade ekonomiska resultatet. Samtidigt måste regelsystemet ge stor frihet åt och innebära stort ansvarsutkrävande av varje vårdenhet. De enskilda vårdenheternas rätt att disponera sitt eget kapital ska ske efter en dialog med och godkännande av koncernledningen i samband med hanteringen av enheternas årliga verksamhetsplanering. Likaså ska primärvårdskoncernens rätt att disponera koncernens konsoliderade eget kapital beslutas i dialog med regionstyrelsen. Primärvårdskoncernen ska efter dialog med regionstyrelsen tilldelas en samlad investeringsram för de investeringar som ska göras vid vårdenheterna. Koncernledningen fördelar därefter en egen investeringsram för respektive vårdenhet. En intern koncernprocess för detta måste upprättas. En sådan process

måste också så långt möjligt förhindra suboptimeringar så att till exempel enheterna samutnyttjar tung medicinsk utrustning.

Personalfrågor

Vårdenheten ansvarar för hur uppdraget utförs och avgör själv vilken kompetens och sammansättning personalgruppen ska ha och dess dimensionering samt fattar beslut om anställning, uppsägning, anställningsvillkor och löner. Vårdenheten har också frihet att inom sin ekonomiska ram besluta om olika former av belöningar som till exempel bonus och resultatlön. Detta ställer höga krav på ledarskapet för vårdenheten. För att det ur personalsynpunkt ska vara möjligt för vårdenheterna att agera med den självständighet som avses, behöver regionens nuvarande avtal och riktlinjer ses över och en arbetsgivarstrategi, inklusive lönepolicy, utarbetas. Bland annat behöver det lokala LAS-avtalet anpassas till idéskissens nya synsätt. Även andra kollektivavtal kan behöva ändras, till exempel lokala samverkansavtal. Vidare behöver rutinerna för anställningsformer och avveckling av chefer ses över liksom regionens delegationsordningar, omställningsrutiner, hantering av arbetsmiljöansvar och jämställdhetsansvar med mera.



Primärvårdens tio steg in i framtiden

Nionde steget Ledarskap

*" Det finns inget så svårt att ta itu med,
inget så vådligt att leda,
inget så osäkert i framgång,
som att söka införa nya tingens ordning.*

*Den som förändrar får nämligen som
motståndare alla de som lyckats väl
i de gamla spåren
och endast ljumma försvarare
i de som kan tänkas fungera i de nya. "*

På detta sätt uttryckte sig Maciavelli en gång i tiden, vilket på ett utmärkt sätt speglar den komplexitet men också attraktivitet och spänning som finns i ledarskapet.

Ledarskapet visar sig i många fall vara avgörande för arbetsglädje och engagemang. Det gäller att förstärka stödet till våra ledare i form av kvalificerad utbildning så att förmågan att vara ledare ständigt utvecklas.

Varje chef ska årligen genomgå minst ett ledarskapsprogram.

Medarbetarskapet har också stor betydelse för en väl fungerande arbetsplats. Oavsett om vi har en roll som ledare/chef eller inte så finns ett gemensamt ansvar för att skapa en tilltalande arbetsmiljö och att utvecklas mot fastställda mål. Genom att ha god insikt om våra roller och ansvar och aktivt verka för delaktighet och inflytande från medarbetarna skapas en stark organisation.

Idéskissen innehåller flera nya inslag för våra ledare i primärvårdskoncern, på vårdenheter och hos beställare. Den innehåller också ett nytt "tänk" vilket i delar innebär förändring av nuvarande förhållningssätt och beteenden. Det ger samtidigt möjlighet att skapa en ny kultur med gemensamma värderingar.

Det nya ledarskapet ställer särskilda krav på entreprenörsanda, lyhördhet och modet att överlåta en större ansvar för utvecklingen på medborgaren och den lokala vårdenheten. Det nya ledarskapet innebär också en tydligare uppgifts- och ansvarsfördelning vilket renodlar rollerna. Beställarna ska leda vad som ska göras och vilka resultat som ska falla ut för medborgarna. Koncernledningen för primärvården intar en tydlig ägarroll med huvudansvar för den strategiska utvecklingen medan vårdenheternas ledare ska fungera som verkställare.

Ju tydligare rollfördelning desto säkrare och ansvarsfullare blir varje part i sitt agerande. När gränserna är suddiga skapas osäkerhet och frågor eller beslut tenderar att riktas till "någon annat".

Primärvårdens tio steg in i framtiden

Tionde steget Kompetensförsörjning och FoU

Kompetensförsörjning

Auktoriserade vårdenheter har ansvar för att all personal har erforderlig kompetens och legitimation där så erfordras och i den omfattning som krävs för att tillhandahålla en god och säker vård. Vårdenheten ska tillse att samtliga i verksamheten engagerad personal löpande får den fort- och vidareutbildning som krävs för uppdraget.

Vårdenheten ska tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för de professioner som är verksamma hos vårdgivaren. Vårdenheten ska ansvara för att de kliniska utbildningsplatserna håller den kvalitet och inriktning som följer Västra Götalandsregionens handledarmodell och lärosätternas examenskrav för respektive utbildning.

Tillgången till specialister i allmänmedicin i Västra Götaland behöver öka. I dagsläget finns cirka 110 vakanta tjänster. Fram till år 2015 beräknas omkring 200 av Västra Götalands egna specialister gå i pension, vilket i bästa fall kommer att kunna täckas av de antal ST-tjänster som för närvarande är besatta. Detta räcker således inte att täcka befintliga vakanser. Kompetensförsörjning är med andra ord en nyckelfråga för primärvården.

Västra Götalandsregionen har statens uppdrag att utbilda läkare

under AT-tjänstgöring (AT-läkare) och specialisttjänstgöring (ST-läkare). Västra Götalandsregionen kan uppdra åt vårdenheten att fullgöra hela eller delar av detta uppdrag för en eller flera läkare. Det grundläggande kravet för att åta sig utbildningsuppdraget av specialister inom allmänmedicin är att vårdenheten har minst tre specialister inom verksamhetsområdet allmänmedicin. För det obligatoriska handledarskapet ska en läkare utses. Handledaren ska ha genomgått föreskriven handledarutbildning och utbildningen ska vara i enlighet med den ST-policy som är antagen av Västra Götalandsregionen.

FOU

Primärvårdens åtagande är kompetensmässigt brett och utvecklas ständigt. Detta förutsätter en kraftfull och engagerad FoU-verksamhet som ska bedrivas på många håll, involvera alla personalkategorier och främja samverkan. Med sin breda kontaktyta och genom sin ambition att erbjuda kontinuitet i patientkontakt och uppföljning har Primärvården unika forskningsmöjligheter.

I Västra Götalandsregionen finns idag lokala FoU-enheter inom de fem primärvårdsförvaltningarna. Dessa har en nära koppling till samtliga primärvårdens verksamheter samt till annan FoU-verksamhet i området. Dessutom finns ett nära samarbete med Sahlgrenska

akademien vid Göteborgs universitet. Vårdenheterna ska aktivt samverka med primärvårdens FoU-enheter samt stimulera medarbetarna till att bedriva forsknings- och utvecklingsverksamhet.

Vårdenheten ska även delta i regionens arbete med kvalitetsutveckling och dess medarbetare ska medverka i sådant övergripande processinriktat kvalitetsarbete som bedrivs inom Västra Götalandsregionen.



Primärvården - sammanfattning av idéskissen

Idéskissen är en vidareutveckling av dagens primärvård - inte något helt nytt system.

Syftet med de förslag som redovisas är att

- stärka medborgarens och patientens ställning
- öka förtroendet för primärvården
- möta pågående utveckling på ett offensivt sätt.

Medborgarens primärvård

De förslag som redovisas i idéskissen stärker patientens ställning så att de får ett reellt inflytande på primärvårdens utveckling och kan bli mer delaktiga i såväl behandling som egenvård. Med nya möjligheter att få etablera primärvårdsverksamheten efter godkänd auktorisation kommer medborgaren successivt att uppleva en ökad tillgänglighet. En ökad mångfald leder också till en bättre kvalitet i såväl medicinska resultat som bemötande och service.

Medborgaren har stort inflytande på utvecklingen genom att fritt kunna välja vårdenhet men också genom att den primärvårdspeng som man bär med sig har stor betydelse för vårdenhetens möjlighet att genomföra sitt uppdrag. Vid val av en vårdenhet ska detta beslut uppfattas som ett "kontrakt" där båda parter har ett ömsesidigt intresse och ansvar för att resultatet blir så bra som möjligt. Genom att ge medborgaren större påverkansmöjlighet ställs också större krav på ett aktivt engagemang som medproducent i vården. Avgiftsfrihet vid besök gäller vid den vårdenhet som medborgaren valt. Däremot utgår patientavgift vid besök på annan vårdenhet.

Verksamheten och medarbetarna

Det som fungerar väl för medborgarna i dagens primärvård ska behållas. Vårdenheterna ska använda idéskissens möjligheter

till att förbättra det som inte är tillräckligt bra och göra det som är bra ännu bättre. Idéskissen föreslår att primärvården på sikt får ett utökat ansvar, nämligen att successivt ta över regin för den öppna verksamheten i den nära vården. Detta innebär att primärvården måste bredda och höja sin kompetens för att klara detta uppdrag. Detta kommer att leda till en ökad trygghet hos såväl medborgarna som hos de samverkande aktörerna i vårdkedjan samtidigt som det höjer statusen för primärvården.

Den lokala vårdenheten har ett totalt kostnadsansvar för det uppdrag som de auktoriserats för.

Med regiongemensamma uppdrag, löpande medicinsk revision samt en skarpare uppföljning och analys ökar möjligheterna att säkerställa vård på lika villkor. Det leder också till en bättre möjlighet att jämföra primärvårdens olika verksamheter. För beställaren betyder lika uppdragsformulering att tyngdpunkten förflyttas från upphandling, förhandling och avtalsarbete till behovsanalys, kvalitetssäkring, prioriteringsfrågor, vårdprogram, auktorisation och avtalsuppföljning.

Såväl medborgare som den personal som arbetar inom primärvården kommer genom den öppna resultatredovisningen som föreslås att bli mer uppmärksam på de

goda exemplen och använda detta som ett stöd i den fortsatta utvecklingen.

I idéskissen får de enskilda vårdenheterna att stort förtroende att på egen hand utforma sin verksamhet så att den lever upp till medborgarnas behov och förväntningar. För att nå goda resultat krävs lyhördhet och ett ökat engagemang tillsammans med de medborgare som valt att ansluta sig till vårdenheten. Detta innebär att vi kommer att få se många olika initiativ som stärker medborgarens delaktighet.

Frihet under ansvar präglar de åtgärder som genomförs för att stärka den lokala vårdenhetens handlingskraft och för att öka det personliga engagemanget och arbetsglädjen. Befogenheterna gällande såväl ekonomiska frågor som arbetsgivarfrågor kommer att anpassas så att de offentligt ägda verksamheterna kan verka på så lika villkor som möjligt med de som bedrivs i privat regi. För att trygga såväl ledare som medarbetare i den nya situation som de offentligt ägda primärvårdsenheterna kommer att finna sig i föreslås inrättandet av en utbildningsakademi inom regionen. Denna akademi ska bidra till kompetensutveckling inom många områden samtidigt som den utgör basen för att skapa den gemensamma Västra Götalandskulturen.

Primärvården - sammanfattning av idéskissen

Idéskissen innebär att den framtida concernledningen för Västra Götalandsregionens primärvård överlåter ansvaret för den operativa verksamheten till de lokala vårdenheterna och istället utövar en tydlig ägarroll. Huvuduppgiften blir att fortsätta det långsiktiga utvecklingsarbete som redan pågår och komplettera detta i den omfattning som krävs för att säkra framtiden för de egna vårdenheterna.

Finansiären/ägaren

Ersättningssystemet stimulerar till kvalitet och det som är värdeskapande för patienten kommer att mätas och belönas. Ersättningen till vårdenheterna bygger på en regiongemensam taxa vilket är viktigt för att kunna göra korrekta jämförelser och för att stödja vård på lika villkor. Ersättningsmodellen ger också en god garanti för finansiären att kunna utöva kostnadskontroll.

Vårdenheternas ekonomi kommer att domineras av en fast ersättning via den primärvårdspeng som följer patienten. Detta tillsammans med en resultatstyrd ersättningsdel kommer att bidra till ett arbetsätt som riktar sig mot kvalitet istället för kvantitet utan att äventyra tillgängligheten. Med de föreslagna anpassningarna av dagens ersättningssystem lönar det sig att vara effektiv och att bedriva hälsofrämjande insatser.

För att säkerställa att vård- och tidskrävande patienter får de insatser som behövs införs ett system för att mäta vårdtyngd vilket också ingår i ersättningen till vårdenheten.

För att stödja möjligheterna till en god verksamhet i invandrartäta områden liksom i landsorten inrättas särskilda stimulansmedel.

Ett utvidgat uppdrag för primärvården kan inte enbart finansieras genom produktivitetshöjande åtgärder. Det behövs ett resurstillskott vilket är i linje med de beslut som tidigare fattats om att primärvårdens ska ha en större andel av sjukvårdens samlade resurser. För att på sikt kunna genomföra och ha ett samlat kostnadsansvar för 80 procent av alla vårdkontakter i öppen vård krävs successivt ett ekonomiskt tillskott.

Den föreslagna avgiftsfriheten för besök vid den valda vårdenheten kan innebära ökad konsumtion framför allt från låginkomsttagare. Finansiellt innebär det en intäktsreduktion för Västra Götalandsregionen med cirka 150 - 200 mkr. Kostnaden för att administrera dagens besöksavgifter bedöms vara i samma storleksordning. Under den övergångsperiod som krävs för att hämta hem denna rationalisering bör Västra Götalandsregionen ge ett ekonomiskt stöd.

Nuvarande primärvårdsverksamhet bedöms vara finansierad och inrymmer bland annat möjligheten till resursförstärkning motsvarande drygt 100 läkare. Den samlade ekonomiska resursen täcker sannolikt även in etablering av den medicinska revisionsenheten.

För att skapa ett skydd för primärvårdskoncernens ekonomi kommer varje lokal vårdenhet att erlagga ett concernbidrag. Detta ger en garanti för att balansera förluster samt för att hantera extraordinära kostnader i samband med eventuella omställnings- och/eller utvecklingsåtgärder.



Faktauppgifter

Ekonomi (år 2007)

Total driftbudget	5 836 tkr
varav	
- VGR-PV	4 882 tkr

Antal anställda VGR (år 2007)

varav	6 349
- läkare	1 087
- sjuksköterskor	2 404
- undersköterskor	597
- paramedicinare	1001
- administratörer	316
- läkarsekreterare	684
- servicepersonal	237

Prestationer (totalt år 2007)

varav besök hos	5,9 miljoner besök
- allmänläkar	2,1 miljoner
- läkare MVC/BVC	0,1 miljoner
- sjuksköterskor, inkl MVC/BVC	2,1 miljoner
- sjukgymnastik	1,1 miljoner
- övriga	0,5 miljoner

Källor

• Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård, CMT Rapport 2007:2, Fredrik Jacobsson • Primärvård i förändring, Anders Anell, studentlitt. 2005 • Avtal, ersättningar och krav för Vårdval Halland, Stockholm, Östergötland, Västmanland och arbetsmaterial från Skåne • LIF rapport, Payment-for-Performance (P4P) – ett sätt att förbättra vårdkvaliteten?, 2006:2 • "Effektivare vård med patienten i fokus", Framtidens näringsliv, Nr 6 juli 2007 • "Grunder och potentialer för produktivtets- och effektivitetsutveckling inom hälso- och sjukvården", 25 april 2007, Dag Norén, Rolf Bowin, HCM (Health Care Management) • Verksamhetsanalys 2006, Regionkansliet, HSA, maj 2007 • Primärvårdens ersättningssystem i Västra Götalandsregionen, dnr RSK 270-2005 • Primärvårdens ersättningssystem fortsatt detaljutformning år 2008 – delrapport, dnr 270-2005 • VGR- utredningar gällande närsjukvård • Material från olika intresseorganisationer samt andra länders sjukvårdsmodeller

