

Sammanfattning av remissvar angående Idéskissen Vägen till medborgarnas primärvård

Inledning

På hälso- och sjukvårdsutskottets sammanträde den 2 april 2008 beslöt utskottet att Idéskissen om Vägen till medborgarnas primärvård skulle remitteras till styrelserna för primärvården, styrelserna för sjukhusen, hälso- och sjukvårdsnämnderna, tandvårdsstyrelsen, ekonomiutskottet, personalutskottet, styrelsen för handikappverksamheten, folkhälsokommittén, pensionärsorganisationer, brukarorganisationer och de fyra Kommunalförbunden. Idéskissen har även skickats till samtliga kommuner i Västra Götaland. Remisstiden gick ut den 30 juni 2008.

Inkomna remissvar

Remissvar har inkommit från så gott som samtliga remissinstanser. Det totala antalet remissvar är 69. Därtill har ytterligare synpunkter inkommit från tolv övriga intressenter.

Utgångspunkterna för föreliggande sammanfattning av remissvaren är Idéskissens ”Primärvårdens tio steg in i framtiden”.

Från primärkommunerna har remissvaren avgivits utifrån ett övergripande perspektiv på Idéskissen. Kommunernas svar återfinns därför efter sammanfattningen av de tio stegen.

Helhetsintryck

Remissinstanserna är i huvudsak positiva till och ställer sig bakom de grundläggande tankarna i idéskissen. Flera pekar dock på ett antal punkter som behöver uppmärksammas och förtydligas i det fortsatta utredningsarbetet.

Merparten av remissinstanserna framhåller vikten av samverkan dels mellan vårdgivarna kring patienten och patientgrupper dels på strategisk ledningsnivå mellan huvudmännen.

Många ifrågasätter tidsplanen och anser att ett genomförande kräver längre tid.

Remissinstansernas synpunkter med utgångspunkt från Primärvårdens tio steg in i framtiden

1. Medborgarnas primärvård

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal anser att vårdvalsmodellen bidrar till att patienter tydligare kan ställa krav på sin vårdcentral vilket är positivt. Man anser dock att den föreslagna modellen förändrar förutsättningarna för en god samverkansstruktur. Dagens sjukvård med allt fler äldre med komplexa sjukdomstillstånd kräver god samverkan mellan olika utförare. Den

kommunala sjukvården kommer att få samverka med fler läkare än tidigare. Den samordnade vårdplaneringen kommer sannolikt att försvåras. Det finns behov av såväl lokal som regional samverkan i regionens regi med regional finansiering.

Styrelsen anser också att tiden för förberedelsearbetet är alldeles för kort.

Primärvården Göteborg stödjer idéskissens målbild och inriktning och ser positivt på förslaget att stärka medborgarnas och patienternas inflytande. Samtidigt pekar man på flera risker med vårdvalsmodellen och anser att det återstår flera frågor som måste klaras ut innan det går att bedöma konsekvenserna av ett genomförande.

Styrelsen framhåller att en vårdvalsmodell riskerar att slå sönder nuvarande struktur med fungerande vårdkedjor mellan den kommunala hemsjukvården/hemtjänsten, primärvården och sjukhusvården. Vidare ser styrelsen en uppenbar risk i att systemet kan bli kontraproduktivt och förstärka den bristsituation som finns idag, såvida inte tillgången på läkare förbättras dramatiskt.

Förslaget kan också komma på kollisionskurs med pågående planering och uppbyggnad av närsjukvården i Göteborg.

Enligt primärvårdstyrelsens bedömning innebär ett införande redan första halvan av 2009 ett stort risktagande med målet för vårdvalsmodellen.

Primärvården i Skaraborg anser att idéskissens inriktning på att stärka individens ställning i vården i allt väsentligt är utmärkt. För att skapa realistiska förväntningar på primärvården är det viktigt att begreppet behovsstyrd definieras och att professionens roll tydliggörs. Individens starka ställning får inte innebära en negativ påverkan på den medicinska säkerheten. Den enskilda individens starka ställning gör att det är viktigt att det finns en struktur som tar ansvar för patientgruppers behov och önskemål vars röster inte hörs så väl, t ex multisjuka äldre.

Idéskissen bygger på ökade möjligheter till etablering vilket kommer att ge ökad mångfald. För medborgarnas och patienternas bästa måste därför smidiga samarbetsformer säkras. Vårdkedjorna ska fungera så att utförarna tillsammans ger patienterna upplevelsen av en organisation. Den inom närsjukvården väl fungerande samverkan med sjukhus och kommuner måste säkerställas.

Sammanfattningsvis är det av största betydelse att klargöra vem som i den dagliga vården ansvarar för samordningen av verksamheterna.

Primärvården Södra Bohuslän stöder målbilden och inriktningen för VG Primärvård men konstaterar också att det återstår många frågor som måste klaras ut.

Primärvården Södra Älvsborg ställer sig positiv till idéskissen om medborgarnas primärvård och att den innehåller flera bra lösningar och incitament för en positiv utveckling av primärvården.

Det är positivt att patienten får en starkare ställning och en större delaktighet i primärvården. Att se medborgaren som en medproducent och ge individen ett

stort ansvar för vårdens utformning och utveckling är bra, men kräver mycket kunskap och kompetens.

Styrelsen anser också att tidplanen för genomförandet är knapp för alla berörda.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 1, 2, 3 framhåller det positiva i att idéskissen fokuserar på kvalitet framför kvantitet. HSN 1 framhåller särskilt att man är positiv till avgiftsfrihet vid den ”egna” vårdcentralen.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12. Ett viktigt mål i utvecklingen av närsjukvården är att patienten inte ska känna av de organisatoriska och administrativa gränser som finns mellan huvudmännen (kommun/primärvård/länssjukvård). Nämnderna i Göteborgsområdet menar att detta perspektiv behöver lyftas fram tydligare och förstärkas.

Nämnderna instämmer i att en grundläggande förutsättning är att aktivt arbeta för att utveckla kunskap hos medborgaren för att utnyttja möjligheten till fritt vårdval på bästa sätt. Informationen bör gå genom beställarorganisationen. Några påtalar ett etiskt förhållningssätt i vårdenheternas marknadsföring av den egna verksamheten.

Det politiska ansvaret gentemot vårdgivarna behöver tydliggöras och inom ramen för B/U-modellen bör nämnderna ha rollen som befolkningsföreträdare.

HSN 6: Viktigt att tillgänglighet och gott bemötande blir effektiva och mätbara kvalitetsindikatorer i ersättningssystemet. Vidare betonas vikten av fortsatt teamsamverkan och att specialistkompetens hos sköterskor och andra yrkeskategorier tillvaratas.

HSN 8. Det är viktigt att tillgänglighet och ett gott bemötande blir effektiva och mätbara kvalitetsindikatorer i ersättningssystemet. Om man inte tänker införa sanktionsmöjligheter måste kvalitetsmåten väga tungt.

Betonar vikten av fortsatt teamverksamhet och att specialistkompetens hos sköterskor och andra yrkesgrupper tillvaratas för att säkerställa kontinuiteten och kvaliteten i vården av personer med kroniska sjukdomar, äldre samt personer med psykisk ohälsa.

Framtidens primärvård kommer att ha en viktig funktion i att samordna vården samt lotsa patienter med komplexa vårdbehov genom hälso- och sjukvårdssystemet för bättre omhändertagande och resursutnyttjande.

HSN 9 och 10: Nämnderna ställer sig bakom idéskissen om medborgarnas primärvård. Den innebär att den enskilde får större makt och påverkan på primärvården.

Nämnderna förutsätter att kravboken kommer på remiss och att nämnderna därmed ges möjligheter att påverka innehållet.

I Skaraborg har nämnderna under lång tid byggt upp en primärvårdsstruktur som innebär att det finns minst en vårdcentral i varje kommun och att vårdcentralerna är sk kompletta vårdcentraler. I vårdcentralernas uppgifter

ingår också ett förebyggande folkhälsoarbete och hälsofrämjande insatser. Nämnderna anser att de kompletta vårdcentralerna skall säkras.

Sjukhusstyrelser

NU-sjukvården Konkurrenssituationen innebär en risk för att vården blir efterfrågestyrd istället för behovsstyrd. Ställer krav på att i beställningen kunna definiera och balansera behov liksom efterfrågan.

Skaraborgs Sjukhus anser att det är angeläget att det samarbete som sedan länge bedrivits i Skaraborg i t ex Vårdsamverkan Skaraborg och trepartsgrupper för vuxenpsykiatrisk verksamhet mellan primärvård, sjukhus och kommunerna kan fortsätta. Det är väsentligt att dessa arbetsformer bevaras i den nya primärvården och att det finns ekonomiska incitament som främjar detta.

Styrelsen förutsätter att det ges tillfälle till en slutlig remissomgång när förslaget att bedriva medborgarnas primärvård har formulerats i en kravbok.

Södra Älvsborgs Sjukhus anser att det är angeläget att säkerställa att grupper med stora vårdbehov, nedsatt autonomi och behov av dyrare behandlingar säkerställs.

Det är svårt att se hur en vidareutveckling av samverkan mellan primärvård och sjukhus kan ske i förhållande till en mångfald primärvård med många typer av olika konstellationer på läkarstationer. En erfarenhet från privatläkarsidan är att följsamhet, kompetens, inremitteringskriterier, samverkansformer och kontaktfunktioner fungerar klart sämre än för den offentliga primärvården. Detta måste beaktas och tydliga krav på vårdgivande enheter formuleras.

Styrelsen för handikappverksamheten

Det finns en risk i vårdvalssystemet att personer med funktionsnedsättning betraktas som olönsamma och därför kommer att diskrimineras.

Uppdragsgivaren måste säkerställa att detta inte sker.

Betonar att bemötandet är en viktig tillgänglighetsfaktor som ställer krav på lyhördhet för patientens behov hos personalen. Rätten till fast läkarkontakt ger vården möjlighet att lära känna patientens speciella svårigheter och sättet att kommunicera. Samverkan mellan Handikappförvaltningen och primärvården kring gemensamma brukare/patienter kan underlätta kontakter och därmed skapa större trygghet för patienterna.

Folkhälsokommittén

Sammanfattningsvis anser kommittén att idéskissen innehåller många förslag på ett nytänkande och vilja att förbättra primärvården för befolkningen.

Kommittén anser att det är positivt att idéskissen betonar de ekonomiska incitamentens roll och möjligheter till styrmedel för verksamheten.

Servicenämnden

Förslagen är mycket genomarbetade och bildar en bra grund för det fortsatta arbetet. För att förverkliga idéerna krävs nära samarbete med såväl olika vårdgivare som regionens olika serviceverksamheter.

Brukarorganisationer

Handikappföreningarnas samarbetsorganisation HSO ser positivt på idéskissens avsikt att stärka medborgarens, brukarens, patientens inflytande, delaktighet och ställning, som man hävdar är svag i den svenska hälso- och sjukvården. Bra om vården blir behovsstyrd och inte efterfrågestyrd.

Pensionärsorganisationer

PRO saknar bakgrunder och problemanalyser till framtidsvisionerna. SPF betonar att primärvården är en viktig och ofta anlita vårdnivå för äldre där geografisk närhet till en vårdcentral är viktigt. Man ställer sig bakom målet för behovsutvecklingen: rätt vård av rätt vårdgivare, på rätt plats, vid rätt tillfälle. Det är bra om medborgarnas kunskapsutveckling stöds så att patientens ställning stärks. Fri etableringsrätt medför risk att det blir efterfrågestyrd verksamhet i stället för behovsstyrd. Etablering ska enbart ske utifrån ett genuint vårdbehov.

Risken för efterfrågestyrning istället för behovsstyrning betonas också av Svenska Kommunalpensionärernas Förbund Västra Götaland (SKPF).

2. Fritt vårdval

Primärvårdsstyrelser

Primärvården Göteborg anser det positivt att vårdvalet i första hand riktas mot vårdenhet och instämmer i att patientens valfrihet behöver tydliggöras och förstärkas. Det är viktigt att sjukvårdshuvudmannen tar ansvar för att informera invånarna om vilka valmöjligheter som finns och de rättigheter och skyldigheter valet medför samt inte minst upplysa om olika vårdgivares uppnådda resultat. Primärvården anser att det fortsatta utredningsarbetet måste klargöra hur områdesansvaret skall hanteras i VG Primärvård bl.a. mot bakgrund av att det i Göteborg finns många privata vårdgivare som ersätts via nationella taxan. Det är högst sannolikt att merparten av de patienter som idag har en relation med dessa vårdgivare fortsatt kommer att få sin vård och behandling hos dem.

Det finns en risk att vården blir mer efterfrågestyrd och att de medicinska bedömningarna kommer i andra hand. Medicinska prioriteringar måste även fortsättningsvis vara överordnade.

Förslaget om att det inte skall finnas tak för hur många invånare som får lista sig till en vårdenhet kan i praktiken innebära problem för en del vårdcentraler. I många fall finns begränsningar i form av tillgång på personal och begränsningar av lokalutrymmen.

Primärvården Skaraborg är tveksam till att vårdenheterna generellt ska vara skyldiga att inom två månader ta över vårdansvaret för medborgare som väljer att byta vårdenhet.

Primärvården Södra Bohuslän tycker att det är positivt för utvecklingen av primärvården att vårdvalet i första hand gäller val av vårdenhet. Den föreslagna vårdvalsmodellen där vårdgivarna är ekonomiskt beroende av medborgarnas val kan medföra att vården blir mer efterfrågestyrd. Medicinska prioriteringar måste även fortsättningsvis vara överordnade. Stödjer förslaget om att inrätta en medicinsk revisionsenhet.

Genomförandet av vårdvalsmodellen medför förändringar av lokalbehovet vid flera vårdcentraler. En regional samverkan och styrning behövs för att lösa lokalfrågorna.

Primärvården Södra Älvsborg är positiv till det fria vårdvalet. Det är viktigt att vården blir behovsstyrd och inte efterfrågestyrd. För vissa vårdcentraler kan två månader vara för kort tid för att bereda plats för patienter som byter vårdenhet. Begränsningar i antalet val som medborgarna får göra varje år vore välkommet.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 4, 5, 7, 11 och 12. Nämnderna i Göteborgsområdet ser det fria vårdvalet som ett starkt styrmedel som stöder patientens ställning. En grundläggande förutsättning för att idéskissens intentioner skall förverkligas är att medborgarna enkelt kan få tillgång till korrekt och saklig information vid val av vårdenhet. Det är därför viktigt med regiongemensam information, att ett heltäckande utbud av informationskanaler används och att informationen anpassas till alla målgrupper.

Nämnderna uttrycker att förutsättningarna för nyetablering inte är tillräckligt goda för att initialt ”överleva”. Risk finns att nuvarande struktur konserveras. Trots detta anser alla att nuvarande listning ska gälla som utgångspunkt. Bra redskap för att utveckla valfriheten måste utvecklas och förståelse finnas för de medborgare som inte gör ett aktivt val. Ingen får nekas att lista sig. Påtalas målkonflikten som ligger i att å ena sidan erbjuda medborgarna god vård och å andra sidan hitta en optimal omfattning på verksamheten.

HSN 6 anser att möjligheten att snabbt kunna lista sig är ett nödvändigt och centralt krav. Uppdragsgivaren bör ha någon form av sanktionsmöjligheter för om fastställda tidsgränser inte hålls (avgörande för medborgarnas förtroende).

HSN 8. Det fria vårdvalet kommer att ge medborgaren ett avgörande inflytande på primärvårdens utveckling och utformning. För att uppnå en reell valfrihet krävs en mångfald i det samlade utbudet, men även ett brett kompetensutbud inom varje vårdenhet. Primärvårdspengen som följer den enskilda medborgaren kommer att styra verksamheten mot önskade mål. Möjligheten att snabbt kunna lista sig är ett nödvändigt och centralt krav. Medborgarnas förtroende för primärvården kommer att undergrävas om vårdenheterna inte kan hålla fastställda tidsgränser. Därför bör det finnas någon form av sanktionsmöjligheter från uppdragsgivaren.

Brukarorganisationer

HSO tillstyrker möjligheten att välja mellan ett antal vårdgivare med lots- och koordineringsansvar och som bäst uppfyller önskade behov oavsett geografi. Bra att ingen vårdenhet får neka någon att ansluta sig.

Pensionärsorganisationer

Det fria vårdvalet är positivt enligt SPF men man pekar på de svårigheter som råder i bristområden där alternativa vårdgivare kanske inte etablerar sig.

SKPF säger att alla inte kan och har möjlighet att göra ett vårdval.

PRO menar att fri etablering med möjligheter till ökad valfrihet kan vara viktig för vissa grupper beroende på sjukvårdsbehov. För äldre är stabilitet och kontinuitet i vården viktigast. Flera önskade förbättringar och utveckling kan uppnås inom nuvarande system utan att införa fri etableringsrätt. Det är inte givet att tillgängligheten ökar med fri etableringsrätt.

PRO förordar en "central väntelista" som administreras av Västra Götalandsregionen som uppdragsgivare.

Sahlgrenska Akademien

Önskvärt att tak sätts för verksamhetens omfattning då det finns risk för "överlistning" och då andra uppgifter inte hinns med bl a undervisning och handledning.

3. Mångfald

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal. Inom FyrBoDal finns väl fungerande samverkansgrupper med kommunerna tack vare att primärvården har kunnat agera som en part. Sådan samverkan kan bli svårare i ett system med många små utförare med skilda ägarförhållanden.

Primärvården Göteborg framhåller vikten av att VGR ger den egna utförarorganisationen ett tydligt uppdrag med ansvar och befogenheter, klart definierade och uttalade ägardirektiv.

En effektiv egen-regi verksamhet är den bästa garanten för att medborgarnas primärvård också skall bli finansiellt framgångsrikt i regionen. Konkurrens på lika villkor är den bästa garanten för en långsiktigt effektiv vård. Om inte dessa förutsättningar ges finns risk för att den egna utförarorganisationen hamnar i en konkurrenssituation som leder till att enbart mindre "lönsamma" enheter blir kvar i offentlig regi.

Regionstyrelsen bör snarast ta initiativ till att ställa om den egna verksamheten till en helt ny situation. Dels handlar det om att skapa en organisation för vårdcentralerna som får möjlighet att konkurrera på marknadens villkor, dels skapa en organisation som skall ta hand om den egen-regi verksamhet som inte kommer att ingå i vårdvalsmodellen.

En ökad mångfald av vårdgivare kommer troligtvis att leda till etablering av flera privata aktörer i Göteborg. Detta leder i sin tur till att några av de offentliga vårdcentralerna tvingas minska sin verksamhet och i vissa fall helt avvecklas. Detta kommer att medföra omställningskostnader som måste uppmärksammas i det fortsatta utredningsarbetet.

En risk som måste uppmärksammas i det fortsatta utredningsarbetet är att fler och nya aktörer kan försvåra och försämra nuvarande samverkan och vårdkedjearbete mellan olika vårdgivare. Uppdraget att samverka och erbjuda patienter obrutna vårdkedjor kräver, för att det dagliga arbetet skall ske smidigt, ett ständigt pågående utvecklings- och förändringsarbete. Vem kommer att ha detta ansvar inom medborgarnas primärvård och hur skall uppdraget finansieras?

Primärvården Skaraborg påtalar att risken för överetablering är lika stor som risken för underetablering inom ett område och att det är viktigt med ett tydligt regelverk som förhindrar detta.

Det är av största vikt att kravboken på alla punkter säkerställer lika villkor oavsett utförare. Övergripande styrdokument skall omfatta alla utförare.

Primärvården Södra Bohuslän påpekar att en ökad mångfald av vårdgivare kommer att leda till en konkurrens om medarbetare som kan leda till en kraftig löneutveckling. Vid byte av vårdgivare behövs ett utvecklat regelverk, inte minst på personalområdet men även inom det finansiella området. Om många vårdgivare från olika företag skall samverka inom en kommun så måste samverkansfrågorna lösas och uppdraget vara tydligt. Samverkan mellan vårdgivare kommer att vara nyckeln till framgång på det lokala planet.

Primärvård Södra Älvsborg Personal och lokalövertalighet måste hanteras om mångfalden medför att offentliga vårdcentraler skall avvecklas. Det är viktigt att alla har samma villkor och regelverk.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 1, 2, 3. Nämndens uppdrag är att tillse att invånarnas behov av vård säkerställs. Mot bakgrund av detta menar/hävdar nämnderna att auktoriseringen, ansvar för förfrågningsunderlag, ersättning och uppföljning är hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvar. HSN 1 anser att ett tydligt regelverk bör knytas till de lokala nämnderna som reglerar "sistahandsansvar" och säkerställa att det inte sker någon underetablering inom olika geografiska områden. De lokala nämnderna bör även ha ansvaret för att vårdssamverkan sker i den nära vården (primärvård, länssjukvård, kommunal vård). Vidare fäster HSN 1 och 2 uppmärksamhet på att kravet på minst tre allmänläkare i vissa fall blir svårt att uppfylla. Det ska finnas möjlighet för en vårdenhet att i samråd med nämnden skapa en "filialverksamhet". Dalslandsnämnden trycker på den särskilda problematik som finns i glesbygdsområde och att detta särskilt beaktas i förfrågningsunderlaget.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 förordar att auktorisationen bör ligga på regional nivå och att nämnderna tecknar och följer upp vårdavtal. HSN 4 förutsätter att de vårdenheter som nämnden idag har avtal med blir auktoriserade även om kraven i Kravboken inte till fullo uppfylls.

Samtliga nämnder menar att förutsättningarna för nyetablering bör underlättas och att särskild uppmärksamhet ägnas denna fråga. HSN 7 framhåller att det är ett omfattande verksamhets- och kostnadsansvar som vårdenheterna påtar sig vid nyetablering och det finns risk att större vårdenheter gynnas på bekostnad av mindre enheter.

Av idéskissen framgår inte om även underleverantörer skall auktoriseras, godkännas på annat sätt eller omfattas av tak för verksamhet och ekonomi. Detta behöver tydliggöras i det fortsatta arbetet.

Vidare förslår nämnderna att beslut om och upphörande av auktorisation sker regionalt. Nämnderna bör ha ett omfattande informationsansvar till medborgarna och ansvara för uppföljningen av vårdavtalen.

Nämnderna stöder att vårdens processer behöver förbättras och vikten av vårdprogram, riktlinjer, avvikelserapportering mm och betonar vikten av att övriga delar i styrsystemet stödjer en sådan utveckling inte minst principerna för ersättning.

Regelverk för pågående vårdavtal och samverkansavtal måste vara klara i god tid före genomförande.

HSN 6 instämmer i att valfrihetsmodellen ger möjlighet att upprätthålla kontinuitet. Detta förutsätter att samtliga vårdgivare får samma förutsättningar för ekonomi och uppdrag samt att löpande uppföljningar sker. Vidare understryker nämnden att uppdragsgivaren måste ha ett sistaansvar för att säkerställa att över-/underetablering inte sker. Detta innebär behov av ett tydligt regelverk och ansvaret bör knytas till de lokala nämnderna.

HSN 8 Med föreslagen valfrihetsmodell instämmer nämnden i att möjligheterna till att upprätthålla kontinuitet och att styra verksamheten mot kvalitet ökar. Detta förutsätter dock att samtliga vårdgivare får samma förutsättningar vad gäller ekonomi och uppdrag samt att uppdragsgivaren genomför kontinuerliga och noggranna uppföljningar. Uppdragsgivaren måste ha ett sistaansvar för att säkerställa att det inte sker någon under- och/eller överetablering inom olika geografiska områden. Detta ansvar bör knytas till de lokala nämnderna. Det finns problematik när det gäller möjligheterna för framför allt mindre aktörer att kunna etablera en verksamhet utan att från början vara tillförsäkrad ett visst ekonomiskt utrymme. Det kan utgöra en så stor ekonomisk risk att man väljer att avstå.

HSN 9 och 10: Villkoren för att bedriva primärvård ska vara lika oberoende om den är offentlig eller privat. För att kvalitetskraven ska kunna stärkas och upprätthållas måste det finnas en öppenhet för konkurrensutsättning och upphandling.

Brukarorganisationer

HSO tycker att det är en självklarhet att den privata och offentliga vårdenheten har samma villkor och ansvar i sin verksamhet. Går det att skapa auktorisation på bemötande?

Pensionärsorganisationer

Områdesansvar är viktigt och att vårdcentraler etableras rätt geografiskt med styrning från regionen. Auktorisationen via kravbok är en viktig förutsättning för adekvat lika vård. Brukarorganisationer bör tillförsäkras inflytande över innehåll i kravboken. PRO anser att det är uppdragsgivaren som ska besluta om var etableringen av vårdcentral ska ske.

Sahlgrenska Akademien

För att reell mångfald skall komma till stånd är det viktigt att handlednings- och utbildningsuppdraget samt FoU-uppdrag ska ingå i grunduppdraget och inte vara ett tilläggsuppdrag.

4. Regiongemensamma uppdrag

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal. Förutsättningarna för vårdcentralerna i Västra Götalandsregionen att bedriva vård har stora olikheter befolkningsmässigt, geografiskt, socioekonomiskt och etniskt. Dessa olikheter måste tas hänsyn till om ambitionen är att ge hela befolkningen vård på lika villkor. Enligt primärvården försvårar förslaget möjligheten att driva jourcentral på landsbygden.

Konsekvenserna för regionens offentliga utförare vad gäller regionens olika policies är ej beskrivna.

Primärvården Göteborg pekar på att ett led i arbetet med att förbättra tillgången på läkare kan vara att förändra kraven på antalet allmänläkare i samband med auktorisationen. Det bör därför prövas att även låta andra specialistläkare kunna utgöra grund för auktorisation tillsammans med minst en allmänläkare. I det fortsatta utredningsarbetet måste ett antal frågor uppmärksammas som hur områdesansvaret skall hanteras t ex för samverkan med stadsdelsnämnder och sjukhus, sista handsansvar för distriktssjuksköterskor, jour och beredskap. En ytterligare fråga är vem som skall ansvara för verksamheter som finns inom primärvården men som inte ryms inom VG Primärvård som kris- och traumaenhet, flyktingsamordning, enhet för sexuell hälsa, vårdcentral för hemlösa m fl enheter. En ytterligare fråga är hur grunduppdraget skall avgränsas för barn- och ungdomsmedicin, öppenvårdsgynekologin, mödra- och barnhälsovård samt rehabilitering.

Primärvården Skaraborg anser att vårduppdraget i grunden skall vara så brett som möjligt och att tilläggsuppdragen skall vara så få som möjligt. Det måste finnas möjlighet till undantag från minimiregeln om antalet specialister i allmänmedicin på varje vårdcentral. I Skaraborg finns ett antal väl fungerande vårdcentraler med färre än tre allmänläkare. Det är viktigt att den totala ekonomin för primärvården ger goda förutsättningar att klara uppdraget.

Primärvården Södra Bohuslän är positiva till att alla vårdgivare har samma sjukvårdsuppdrag i grunden och att primärvården fortsatt har ett brett uppdrag. Men det finns uppgifter som inte bör ligga i grunduppdraget utan bör drivas samlat inom ett geografiskt område där områdesansvaret gäller.

Primärvården Södra Älvsborg anser att det är bra med samma uppdrag till alla men det kommer att bli svårt att uppnå det då det nu är helt olika gränssnitt mot länssjukvården.

Ser gärna att barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och BUP-mottagningar ska ingå i primärvården.

Frågar sig hur verksamheter som inte ingår i vårdvalsmodellen men nu ingår i primärvården skall organiseras.

Ansvar för lokal samverkan med kommunerna och länssjukvården måste tydliggöras. Det gäller också samverkan gällande t ex läkemedel, sektorsråd och andra myndigheter. Det gäller även folkhälsoarbetet.

En sammanhållen rehabiliteringsverksamhet inom primärvården skulle vara en styrka.

Filialverksamhet skall kunna bedrivas av enhet med avtal.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 1,2,3. Samverkan/samarbete med kommunerna är av största vikt och måste säkerställas och tydliggöras i underlaget. HSN 2 ser som viktiga förutsättningar krav på ökade öppettider p.g.a. långa avstånd, jourbemanning dygnet runt i Dalsland och att vårdtunga gruppers behov tillgodoses. HSN 3 tar upp systemperspektivet i förfrågningsunderlagen som man menar måste förtydligas (remiss och patientflöde till och från sjukhusen etc). Vidare anser nämnd 3 att det är viktigt att skapa en så bred första linjens vård som möjligt som omfattar många kompetenser och specialistfunktioner. Beträffande

merparten av de rehabiliterande verksamheterna sjukgymnastik och arbetsterapi anser nämnden att detta ska ligga utanför uppdraget.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 stöder förslaget om vidgningen av primärvårdens basuppdrag men påtalar också att det måste finnas utrymme för variationer som motiveras av olika lokala behov. Vidare anser nämnderna att även rehabilitering skall ingå i uppdragen för vårdenheten liksom hembesök i såväl särskilt som ordinarie boende.

De förutsättningar som beskrivs i förslaget kan medföra alltför stora hinder och risktagande för att attrahera nya vårdgivare att etablera sig. Risk finns att mindre vårdenheter missgynnas.

Samverkan och samarbete betonas och samordningsansvaret för närsjukvården behöver preciseras som uppdrag och ansvar. Ansvaret för strategisk samverkan särskilt gentemot kommunerna behöver tydliggöras, liksom ansvaret för koordinering av närsjukvården. Förslaget fokuserar på vårdenheternas eget handlingsutrymme, vilket innebär en risk att befintlig vårdstruktur och förvaltningsgränser befasts. Åtagandena skall tydligt framgå av Kravboken.

Det efterlyses en definition av vad som ska ingå i begreppet att 80% av vården ska ske i den öppna vården och vidare framhåller nämnderna att det saknas en beskrivning hur en sammanhållen närsjukvård skall säkras. HSN 4 framhåller vikten av att säkerställa genomförandet av beslutade handlingsplaner för psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Det behöver tydliggöras att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska ingå i basuppdraget. Inom detta område bör regiongemensamma mål och nyckeltal tas fram för uppföljning och målrelaterad ersättning. Särskilt poängteras att det befolkningsinriktade folkhälsoarbetet följs upp och tydliggörs. Möjlighet ska finnas att teckna tilläggsuppdrag till primärvården att delta i denna utveckling.

HSN 6 bejakar att alla vårdenheter i regionen ska ha samma uppdrag oavsett var de ska utföras eller i vilken regi. Nedanstående uppdrag lyfts fram som särskilt angelägna:

- möjlighet till filialverksamhet
- ansvaret för hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska vara strategiskt och prioriterat. Detta bör tydliggöras och konkretiseras i basuppdraget.
- gemensam jour-, katastrof- och smittskyddsberedskap. Lokal medverkan måste säkerställas
- samverkan med kommuner och ansvar för att säkra den nära vården måste tydligt framgå i avtal mellan uppdragsgivare och vårdenhet. Nämnden ser gärna att detta läggs på lokala nämnder.
- närsjukvård i samverkan med primärvård och sjukhus liksom ansvaret behöver tydliggöras
- gränssnitt och ansvarsgränser mellan olika vårdnivåer behöver tydliggöras (pv/sjukhus)

HSN 8 bejakar att alla vårdenheter i regionen ska ha samma uppdrag oavsett var det ska utföras eller i vilken regi. Det kan bli svårt att uppfylla kravet på att det ska finnas minst tre specialister i allmänmedicin då listningsunderlaget kan bli för litet. Det bör finnas möjlighet för en vårdenhet att skapa en

filialverksamhet i samråd med uppdragsgivaren alternativt att uppdragsgivaren kan bevilja dispens.

Primärvårdens hälsofrämjande och förebyggande ansvar bör tydliggöras och konkretiseras i basuppdraget.

Vårdgivarens uppdrag i att medverka i lokala jour-, katastrof- och smittskyddsberedskap och hantering måste tydliggöras för att säkerställa samhällets ansvar för att kunna hantera katastrofer, kriser och undvika smittspridning.

Det är av största vikt att samverkan på lokal nivå med kommunerna säkerställs och utvecklas för att klara kontinuiteten och kvaliteten i vårdprocesserna samt att undvika att enskilda faller mellan stolarna. Det bör tydligt framgå i avtalen mellan uppdragsgivare och vårdenhet vem som har huvudansvaret för initiativet till att säkerställa och skapa förutsättningar för att samverkan kring den nära vården fungerar och kvalitetssäkras. Nämnden ser gärna att detta ansvar läggs på de lokala nämnderna. Det bör tas fram uppföljningsindikatorer för detta som ska utgöra en del i den målrelaterade ersättningen.

Det är väsentligt att samverkan mellan sjukhusen och primärvården säkerställs så att pågående utvecklingsarbete inom närsjukvården inte går förlorat. Det är av största vikt att gränssnitt och ansvarsgränser för olika vårdnivåer tydliggörs.

Nämnden anser att ett grundkrav på framtidens vårdenheter är att deras laboratorier ska vara ackrediterade i enlighet med av uppdragsgivaren fastställda kriterier.

Inom nämndområdet finns ett antal verksamheter som drivs i samverkan med andra huvudmän och vårdgivare inom ramen för den nära vården. Det är viktigt att hitta lösningar på hur dessa verksamheter ska hanteras och förvaltas för att inte tappa bort en välfungerande samverkan. Ansvaret för avtal med kommunerna måste säkerställas.

HSN 9 och 10 Nämnderna förutsätter att de även i framtiden ska ha ansvaret för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvård och att nämnderna ska ha de befogenheter som krävs för att exempelvis geografiskt kunna styra utbudet eller kunna göra eventuella avsteg från kravboken om de lokala förutsättningarna kräver det. I mindre kommuner och på landsbygden finns inte alltid underlag för tre allmänläkare.

Nämnderna förutsätter att det är de som auktoriserar vårdenheterna och tecknar avtal/överenskommelser och svarar för uppföljningen av verksamheten. Samverkan är nyckeln till en utvecklad närsjukvård. När avtal/överenskommelser ska slutas på vårdenhetsnivå uppstår nya förutsättningar för hur samverkan ska gå till. Det är absolut nödvändigt att det finns ett system som klargör hur detta ska lösas.

Sjukhusstyrelser

Alingsås lasarett I idéskissen beskrivs att 80% av alla vårdkontakter i öppna vårdformer ska ske i primärvårdens regi. Styrelsen anser att ambitionen bör vara samma som i den regionala utvecklingsstrategin och regionens budget som innebär att närsjukvården ska stå för 80% av befolkningens sjukvårdsbehov.

Det behöver förtydligas att varje utförare inom VG-primärvård måste följa de riktlinjer och vårdprogram som finns. Vidare är det viktigt med regiongemensamma och lokala rutiner för samverkan och nödvändigt med ett väl utbyggt informationssystem. Styrelsen fäster uppmärksamhet på att fungerande vårdkedjor inte bryts upp (barnhälsovård, gynnottagningsverksamhet m fl).

Av stor vikt är att i kravboken precisera vad som krävs av vårdcentralerna för att samarbetet mellan primärvård och övrig vård skall fungera smidigt. Utarbetade rutiner för kontakt och samverkan mellan vårdgivarna är nödvändigt.

Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus Vikten av samverkan i närsvårdsutvecklingen behöver tydliggöras i förslaget. Beträffande 80%-målet anser styrelsen att ambitionen bör vara samma som i den regionala utvecklingsstrategin och i den av RF antagna budgeten för 2009 och som innebär att den nära vården ska stå för 80% av befolkningens sjukvårdsbehov. I regionens hälsofrämjande arbete är primärvården basen, detta uppdrag liksom samverkan med de hälsofrämjande sjukhusen behöver förtydligas i förslaget.

Idéskissen beskriver att basnivåer och tilläggsuppdrag som beroende på olikheter i förutsättningar mellan områden skulle kunna läggas på olika uppdragstagare. Här bedömer styrelsen att vinsterna sannolikt ligger i att standardisera uppdragen, inte utförarna. De delar som inte omfattar allmänmedicinsk mottagning skulle kunna organiseras hos annan utförare inom närsvården beroende på lokala förutsättningar. Det är också viktigt att alla utförare arbetar under samma villkor. Därför bör även t.ex. utförare enligt nationella taxan arbeta utifrån ett likvärdigt uppdrag.

Det står i vidare i idéskissen att det som föreslås inom primärvården ska påverka beteenden och arbetssätt hos andra aktörer i patientens vård och behandling. Styrelsen framhåller vikten av att utveckling sker genom samverkan mellan förvaltningar och på lika villkor.

NU-sjukvården Ansvar för patienter som är listade hos en vårdenhet som inte klarar åtagandet behöver tydliggöras, så att dessa inte per automatik hamnar hos länssjukvården. Vidare påtalas att det finns en risk att konkurrenssituationen mellan vårdenheter gör att gränsöverskridande samarbete påverkas negativt. Samverkansformerna behöver tydliggöras.

Vårdenheterna har olika förutsättningar i dag att klara ett vidgat vårdåtagande – en övergångsperiod måste därför finnas för att inte äventyra tillgången till primärvård. Vidare anser styrelsen att det är viktigt att vårdenheterna, oavsett driftform, beaktar sektorsrådets utarbetade vertikala prioriteringslistor. Ett sätt för att i framtiden att säkerställa rätt vårdnivå för rätt patienter är att huvudmannaneutralt upphandla hela vårdprocesser eller tydliga delar därav.

Specialister som tjänstgör inom primärvården bör ha sin huvudanställning inom länssjukvården.

Auktoriseringen måste innehålla rimliga krav på delaktighet i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete.

Primärvårdens arbete och framtida roll i arbetet med vårdprogram och riktlinjer behöver förtydligas.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset anför att då förändringen innebär en väsentligt ändrad arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvården och den specialiserade vården är det av stor vikt att förändringen genomförs på ett noggrant planerat sätt, baserat på faktaunderlag, tydliga principer, regler och andra förutsättningar och bygger på tydliga konsekvensbeskrivningar.

SU fokuserar på målet att ”80% av sjukvårdskontakterna ska ske i den nära vården”. En tydlig definition efterlyses och förtydligande av vad som är ”nära vård”. Som exempel på förtydliganden nämns dagens psykiatrimottagningar utanför sjukhusbyggnaderna, dagsjukvård vid sjukhus t ex dialys, cytostatika-behandling, dagkirurgi, strålbehandling, öppen vård vid sjukhus som Frölunda specialistsjukhus, Lundby sjukhus, Carlanderska sjukhemmet. Vidare påtalar sjukhuset att det inte framgår hur finansieringen av ”80%- målet ska ske. Det framgår inte heller hur finansieringen säkerställts” för en vårdgivare som utfört vårdarbete som primärvården inte klarat inom ”80-% målet”. Konsekvenserna för sjukhuset behöver utredas. En beräkning sjukhuset gjort indikerar att över hälften av SU:s nuvarande läkarbesök skulle minska och överföras till primärvården. Vidare påtalar sjukhuset att en analys bör göras för att se om det finns något orsakssamband mellan hög öppen specialistsjukvård och låg konsumtion av slutna vård och låg totalkonsumtion av sjukvård. Förhållandena i Göteborg indikerar detta.

Idéskissens förslag innebär att sjukhusen ska samverka direkt med varje fristående vårdenhet. Praktiskt och resursmässigt blir det en utmaning att klara detta. Sjukhuset anser det väsentligt att säkerställa ett övergripande styrsystem för detta så att samverkan baseras på tydliga gemensamma principer och riktlinjer.

Sjukhuset tycker det är en bra princip att den medicinska specialiteten allmänmedicin får ett tydliggjort patientansvar dygnet runt. Däremot bör inte ansvaret för att utforma en fungerande akutverksamhet på nätter och helger läggas på varje enskild vårdenhet. Regionens som huvudman bör även fortsättningsvis ha detta ansvar.

I idéskissen uttrycks att ett medel för lika vård och jämförelser är att uppdragen har samma innehåll. Här anser sjukhuset det viktigt att en ny styrmodell för primärvården lämnar öppningar för en flexibel hantering av arbets- och ansvarsfördelningen. Lokala förutsättningar (kompetensförsörjning, glesbygd/tätort mm) bör kunna påverka arbetsfördelningen mellan olika vårdnivåer.

Skaraborgs Sjukhus Vid mätning av att 80 procent av alla patienter ska tas om hand i primärvården är det angeläget att klargöra primärvårdens akutuppdrag. Ansvarsfördelningen mellan sjukhus och primärvård för hjälpmedel när patienter skrivs ut från sjukhus bör klargöras.

Primärvården ska enligt förslaget ha ett samlat vård- och kostnadsansvar för öppenvården avseende barn- och ungdomsmedicin samt gynekologi. Redan idag inom nuvarande organisation bedrivs barn- och kvinnosjukvården i öppna vårdformer i hög utsträckning och i samverkan med primärvård på vårdcentraler.

Styrelsen anser att om barn- och ungdomssjukvården och kvinnosjukvården splittras på två organisationer kan delningseffekterna få konsekvenser för jourverksamhet, övrig bemanning och det totala resursutnyttjandet, samt öka sårbarheten inom dessa områden. Även kompetens och erfarenhetsutbyte kan påverkas.

Södra Älvsborgs Sjukhus En förutsättning för en omfattande omorganisation och ändring av villkoren för primärvården är att gränslinjerna tydliggörs och att system finns för att hantera eventuella problem med upprätthållande av dessa. En kapitering av inkomsterna till primärvården kan medföra benägenhet att avhända sig ”dyra” patienter genom tidiga remisser till specialistvården. Detta motverkar i så fall syftet med förslaget.

En angelägen uppgift är att åstadkomma följsamhet till behandlingsriktlinjer. Detta förutsätter att regionala rekommendationer av läkemedel, metodval och annat följer de rutiner som finns inom regionen eller förvaltningsområdet. Kontaktytan med vårdgivare i primärvården kommer att försvåras av ett system med många små enheter. I modellen bör därför utöver uppföljningsrutiner avseende följsamhet också byggas in informationsstrukturer.

Den fria etableringsrätten skall avgöras genom auktorisation i dialog med beställarorganisationen. Detta torde inte kunna lösa problem med läkartillgång i glesbygdsområden. Det är sannolikt en from förhoppning att denna dialog skall kunna flytta intressenter med avsikt att etablera sig i stadsområden till orter belägna i periferin. Man bör hitta bemanning på mindre orter t ex genom filial/annexbildning med närliggande orter.

Målet att 80 procent av vårdkontaktarna skall ske i primärvård är viktigt, men finns det något underlag som visar att detta är möjligt. Trenden idag pekar på en kraftigt ökad inremittering till specialistsjukvården, något som kan tolkas som att kompetens för att handlägga allt större patientgrupper inom modern sjukvård inte finns inom primärvården utan i specialistsjukvården.

Tandvårdsstyrelsen

Vårdkedjorna måste fortsättningsvis kunna fungera så att utförarna tillsammans ger patienten upplevelsen av en sammanhängande vård. Det är också viktigt att det finns förutsättningar att i mångfalden skapa gemenskap/standardisering i form av bl a vårdprogram och vårdpolicydokument..

Det behöver skapas en gemensam beställningsmodell för hela VGR. Ett likartat uppdrag inom alla nämndområden. Dessutom krävs att ersättning för beställningen är lika vid lika uppdrag. Inom särskilt utsatta områden med hög vårdtyngd krävs dessutom särskilda uppdrag och ersättningar. Gränssnittet mellan primärvård och sjukhus måste också bli desamma.

I primärvårdens uppdrag ingår att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Uppdraget måste preciseras tydligt för vårdcentralerna och inte minst samarbetet med Folk tandvården i dessa frågor. Styrelsen är mån om att utvecklingen av primärvården i Västra Götaland innebär fortsatta möjligheter för Folk tandvården till nära och enkla former för samarbete med primärvården.

Styrelsen för handikappverksamheten

Den medicinska revisionsenheten föreslås få i uppdrag att följa upp och utvärdera att personer med funktionsnedsättning får den vård de har rätt till utifrån de behov de har.

Folkhälsokommittén

Vill att Idéskissens resonemang utvecklas och förtydligas i Kravboken så att de hälsopolitiska ambitionerna inte åsidosätts.

Brukarorganisationer

HSO pekar på att intentionen om att successivt föra över ansvar för vård från sjukhus till primärvård förutsätter fungerande samverkan med kommun, primärvård och sjukhus. Primärvårdens ansvar att tillvarata personer med komplexa sjukdomsproblem och nedsatt autonomi betonas också. Vid långvariga och omfattande rehabiliteringsbehov behövs välfungerande vårdkedjor med vårdplaneringar och ett helhetsperspektiv. Bra med förstärkta insatser för att möta psykisk ohälsa. Det behövs särskilda vårduppdrag för små diagnosgrupper med särskild ersättning. Bra att vårdenheten kan knyta till sig utomstående specialister.

Pensionärsorganisationer

Om primärvården ska utföra vård som idag utförs av sjukhusen behöver kompetensen både breddas och höjas. Idéskissens intention om att ansvaret för kroniskt sjuka successivt ska överföras från sjukhusen till primärvården anses ej realistiskt av SPF:s distrikt Göteborg. Inom den närmaste framtiden anses det ej heller verklighetsanpassat med en alltför omfattande akutvård inom vårdcentralerna. Det bedöms bättre om den avancerade tekniska utvecklingen sker inom sjukhusens akutvård.

Pensionärsorganisationerna ser positivt på att mera av vårdinsatser för äldre kan ske i hemmet. Läkarinsatserna i de kommunala boendena behöver utvecklas ytterligare. Samarbetet mellan landsting och kommun kan förbättras. Den geriatriska kompetensen behöver få en given plats i primärvårdens vårduppdrag.

Vårdcentralerna måste kunna erbjuda kompetens för geriatriskt bemötande och utredningar av demens och övriga gereopsykiatriska tillstånd och även ansvara för uppföljande behandling. Den geriatriska kompetensen betonas också av SKPF. Den demografiska utvecklingen med ökande antal äldre bekräftar detta behov.

Att kunna erbjuda rehabiliteringsverksamhet i primärvården är viktigt. Dygnet runt service uppskattas. Andra specialister än allmänmedicinare föreslås av SPF om de tar ett helhetsansvar.

Man påtalar också vikten av förståelse i mötet patient – läkare/sjuksköterska där tolkhjälp i synnerhet för äldre invandrare är av stor vikt. Tiden hos läkare på vårdcentral får ej vara för kort för äldre patienter – återbesök kan sparas in om första besöket blir grundligt.

Mobila team bör finnas i större omfattning för att komplettera fasta läkare på vårdcentraler. Detta underlättar för hemmaboende och skulle med säkerhet minska ambulanstransporter till akutmottagningar.

Psykiatrisk och psykologisk kompetens ska finnas på vårdenheterna. PRO ser en risk i att man inte kan garantera vård på lika villkor om vårdenheterna ska besluta om ”kompetensmix” och personalstyrka. Det finns risker för att ekonomiska skäl leder till lägre kompetensnivå. Uppdragsgivaren bör besluta om kompetensmix vid auktorisation.

Sahlgrenska Akademin

I basuppdraget är det viktigt att även definiera; distriktsköterskeverksamheten och övriga primärvårdsuppdrag såsom jour och beredskapsverksamhet, rehabilitering, hjälpmedelsverksamhet, ungdomsmottagningar, samverkan inom närsjukvård, kommunens folkhälsoverksamhet, sjukvård i hemmet och särskilda boenden.

Primärvården ska växa och få kostnadsansvar för 80% av alla kontakter i öppen vård. Hur resurserna ska överföras från den sjukhusanknutna vården till primärvården via kvalitetsuppföljning och prestationsdata framgår inte tydligt av idéskissen.

Sahlgrenska Akademin ser positivt på idéskissen om utvecklingen av primärvården men behöver bearbetas vidare och förtydliga inte minst vad gäller primärvårdens uppdrag vad avser utbildning, forskning och utveckling.

5. Regiongemensam ersättning

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal menar att en ekonomisk modell som utgår från samma basersättning kan innebära att det blir lättare att göra rättvisa jämförelser mellan vårdcentralerna. Det ger också en bättre ekonomisk styrning. En ny primärvårdsorganisation och ett nytt kundvalsorienterat system med ett utökat uppdrag förutsätter att ytterligare ekonomiska medel tillförs. Framgången för förändringen beror i hög grad på primärvårdens totala ekonomi och det fördelningssystem som inrättas. Om vård på lika villkor ska ges till befolkningen måste kompensation för fördyrande lokala faktorer ges. Omfattningen av beställningarna och gränssnitten mot sjukhusen ser olika ut i regionen och hänsyn måste tas till detta. Kostnadsansvaret för hjälpmedel, läkemedel mm skiljer sig mellan utförarna. Prisskillnaderna för t ex radiologiska undersökningar måste redas ut regionalt och en nivellering måste ske.

Intäktsförlusten som sker genom att ta bort patientavgiften kompenseras inte fullt ut av minskad administration eftersom det fortsatt måste finnas möjligheter att ta ut patientavgifter för de som inte är listade och för icke Västra Götalänningar.

Vårdvalsmodellens ekonomiska fördelningssystem och konsekvenser behöver belysas ytterligare. Flera nya komponenter införs och flera av dessa är inte provade i skarpt läge i Sverige. För att säkerställa vård på landsbygden krävs att man tar hänsyn till detta.

Det är positivt att kvaliteten beaktas i ersättningssystemet. För att kvalitetssäkra kvalitetsarbetet behöver det bearbetas grundligt och under längre tid.

Studierektorsfunktionen och andra lokala samverkansformer bör organiseras lokalt och finansieras utanför vårdvalsmodellen.

Regionala funktioner som FoU, sektorsråd m fl bör finansieras utanför vårdvalsmodellen.

Primärvården Göteborg är positiv till konstruktionen med primärvårdspeng som tar hänsyn till vårdtyngd, mål- och resultatbaserad ersättning samt avgiftsbefrielse vid besök på "egen" vårdenhet. Man ser dock stora problem med att ha kostnadsansvar för besök hos läkare och sjukgymnaster som finansieras via den nationella taxan och föreslår att högkostnadsskyddet inte skall gälla vid besök hos dessa vårdgivare.

Det fortsatta utredningsarbetet bör också belysa frågeställningar som hanterar kostnadsansvaret för de patienter där den egna vårdenheten bedömt att det inte föreligger något medicinskt behov för ett besök/åtgärd men som ändå söker annan vårdgivare.

Primärvården Skaraborg anser det är positivt att ekonomin i hög grad kopplas till kvaliteten. Det är viktigt att poängtera vårdtyngden som en viktig del i primärvårdspengen. Det är mindre troligt att det kommer att finnas en modell för vårdtyngdsmätning under första kvartalet 2009 varför vårdtyngden måste speglas på annat sätt, t ex genom socioekonomiska faktorer.

Ersättning för uppdrag utöver grunduppdraget skall vara tydligt definierade. Det är viktigt att tydliggöra och säkra finansieringen av verksamheter med bäring på kompetensförsörjning, utbildning och FoU.

Primärvården Södra Bohuslän är positiva till förslaget om gemensamma principer för ersättning till vårdgivarna och förslaget om lika ersättning för olika uppdrag oavsett regi. Är också positiva till en vårdpeng som tar hänsyn till vårdtyngd både utifrån ett socialt och ett mångkulturellt perspektiv, mål- och resultatbaserad ersättning samt avgiftsbefrielse vid besök på "egna" vårdenheter. Vid besök i annan allmänmedicinsk verksamhet förordas samma patientavgift som i specialistvården.

Inom regionen finns det olikheter vad gäller kostnader mellan primärvård och den vård som bedrivs på sjukhusklinikerna. Kostnader för läkemedel, hjälpmedel, avgifter för radiologiska undersökningar skiljer sig markant mellan olika utförare. Detta behöver ses över regionalt. Genomförandet av vårdvalsmodellen medför förändringar av lokalbehovet vid flera vårdcentraler. En regional samverkan och styrning behövs för att lösa lokalfrågorna.

Primärvården Södra Älvsborg är positiva till gemensamma principer för ersättning. Ser svårigheter med att räkna ut primärvårdspengen med anledning av att primärvården idag ser så olika ut. Att vårdtyngd kommer som en parameter är oerhört viktigt. Verksamheterna måste fritt få disponera sitt egna kapital och fritt få besluta om investeringar.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 1, 2, 3 stödjer att samma uppdrag ska ha samma ersättning oavsett om det sker i offentlig eller privat regi. Vidare menar nämnderna att möjlighet ska

finnas till lokal anpassning av ersättningarna och att ekonomiska incitament skapas för att åstadkomma önskvärd utveckling.

HSN 1 anser att primärvårdspengen ska täcka så stor del av vårdenhetskostnaden som möjligt.

HSN 2 och 3 påtalar att ersättningen måste grunda sig på ekonomiska kalkyler och inte vad som budgeteras som primärvård idag.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 välkomnar ett ökat inslag av målrelaterad ersättning men ser en risk i om en alltför stor andel avsätts. Ett nytt ersättningssystem bör dock inte träda ikraft förrän konsekvenserna är utredda. Göteborgsnämnderna instämmer i att patientens ställning stärks när pengarna följer patienten och alla stödjer att avgift tas ut om annan vårdgivare väljs. Differentierade patientavgifter förordas och alla (utom 11) uttrycker tveksamhet, eller som nämnd 12 är emot att ha avgiftsfria besök.

Nämnderna bör ges befogenhet att göra avsteg från den regiongemensamma ersättningsnivån. Övergången från dagens decentraliserade system måste hanteras så att medborgarna inte upplever försämringar. Vårdenheter som endast väljs av ett fåtal medborgare kan inte kompenseras ekonomiskt. Ersättningen måste redan från starten innehålla vårdtyngd och socioekonomiska faktorer, då det är svårt att justera regelverk och nivåer i efterhand. HSN 12 anser att vårdtyngd/ersättning enligt ACG behöver kompenseras med ett behovsindex t ex Care Need Index (CNI).

Ersättningssystem bör stimulera och stödja väl fungerande vårdkedjor för de stora patientgrupperna och bör vidareutvecklas i denna riktning. Vidare påtalar att det bör finnas ett tydligt samband mellan vårdenhetens ekonomiska ansvar och enhetens befogenheter att påverka kostnaderna. Det finns en risk att det blir mindre attraktivt för små enheter att etablera sig. Det framgår heller inte av idéskissen hur ersättningen till underleverantörerna är tänkt.

Nämnderna påpekar vikten av att konsekvenserna av den nya ersättningsmodellen belyses i relation till den ersättning och de parametrar som ligger till grund för resursfördelningsmodellen. Allt ska inrymmas i den ekonomi nämnderna har idag. HSN 12 pekar här särskilt på de speciella behov som finns hos befolkningen med utländsk bakgrund.

Samtliga nämnder pekar på att besök hos annan vårdgivare ska utformas på ett sådant sätt att besök av ej listade och utomlänspatienter inte kan göras till en affärsidé. En annan sak som påtalar är att då vårdpengen inkluderar all ersättning enligt LOL och LOS måste en avräkningsrutin gentemot auktoriserade vårdenheter utarbetas. I annat fall kommer nämnderna att betala två gånger för samma vård.

Vikten av att definiera begreppet ”allmänläkemedel” lyfts fram av nämnderna. Tillämpas den modell som finns i Östergötland innebär det ett ändrat gränssnitt mot sjukhusen och stora administrativa insatser. Nämnderna anser att vårdenheten bör ersätta den läkemedelsförskrivning och den medicinska service som sker hos allmänläkare som ersätts enligt lag om läkarvårdsersättning (LOL). Nämnderna stöder en försäkringslösning för dyra läkemedel och dyr medicinsk service.

Att införa en medicinsk revisionsenhet tycker nämnderna i Stor-Göteborg är ett utmärkt förslag. Benämningen bör dock ändras för att inte förväxla med Socialstyrelsens tillsynsansvar.

HSN 6 är positiv till att patientavgiften tas bort vid den vårdenhet man är listad. Vårdenheternas hälsofrämjande och förebyggande arbete bör ingå i målrelaterade ersättningen. Ersättningsmodellen bör även väga in vårdtyngd och utbudspunkternas geografiska placering, samt sträva efter att minimera risken för övervältring mellan olika verksamheter.

HSN 8: Positiv till att patientavgiften tas bort vid besök vid den vårdenhet där man är listad. Valet av ersättningsmodell har stor betydelse för hur väl regionen kommer att lyckas styra hälso- och sjukvården mot önskade mål. Vårdenhetens hälsofrämjande och förebyggande arbete bör vara en del av den målrelaterade ersättningen.

Ersättningsmodellen bör, förutom ålder, kön och socioekonomiska faktorer, även väga in vårdtyngd och utbudspunktens geografiska placering. Viktigt att hitta rimliga former för resultathantering. Sträva efter former för ersättning som minimerar risken för kostnadsövervältring mellan olika verksamheter.

HSN 9 och 10: Det är viktigt att ersättningssystemet styr mot målet – medborgarnas primärvård. Hälso- och sjukvårdsnämnderna ska ha möjlighet att ekonomiskt kunna styra verksamhet geografiskt till exempelvis mindre kommuner för att erbjuda en god hälso- och sjukvård till alla medborgare. Konsekvenserna av slopade patientavgifter bör analyseras.

Sjukhusstyrelser

Alingsås lasarett Styrelsen är positiv till avgiftsfriheten som förhoppningsvis innebär att fler patienter kommer att söka vård på rätt vårdnivå. Påverkan på nuvarande ersättningssystem för övriga vårdgrenar tas inte upp och hur dessa bör utvecklas för att kontraststyrning inte skall uppstå. I förslaget ges primärvården fullt ekonomiskt ansvar för allmänläkemedel, hjälpmedel och medicinsk service. Här behövs klara spelregler för att tydliggöra ansvarsförhållanden så att inte kostnadsövervältring sker.

Kungälvss sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus För att inte VG-primärvård ska leda till en ojämlig fördelning av resurserna mellan befolkningsgrupper är det viktigt dels med lika ersättning för lika uppdrag oavsett vårdgivare, dels att "vårdtyngd är kärnan i en framtida ersättningsmodell". Styrelsen uppmärksammar att det finns en risk att avgiftsfrihet för besök på den egna vårdcentralen kan leda till efterfrågestyrd vårdkonsumtion. Ett alternativ kan vara differentierade avgifter.

Det måste göras tydligt var gränsen går för vilken organisation som har kostnadsansvaret för utredningen. Det finns en risk att patienter remitteras för enkelt till sjukhus för att undvika kostnader för lab och röntgen exempelvis. Vidare behöver förtydligas att varje utförare inom VG-primärvård måste följa regionala och nationella riktlinjer och beslutade vårdprogram.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset: Den nya ersättningsmodellen utgår från ett behovsperspektiv. Här menar sjukhuset att det är svårt att definiera behov hos

befolkningen på en viss vårdnivå och att en ersättningsmodell som beaktar behov på samma grunder torde vara lika angelägen för all hälso- och sjukvård. Som en följd av föreslagna ersättningsprinciper för primärvården behövs en fördjupad analys av konsekvenserna för de ersättningsmodeller som tillämpas för övriga delar av vården. Sjukhuset anser vidare att begreppet ”allmänläkemedel” är oklart och måste definieras tydligt. SU tar upp att en analys behöver göras hur avgiftsfrihet vid den egna vårdcentralen påverkar vårdkonsumtionen och patientströmmarna.

Södra Älvsborgs Sjukhus Att ta bort patientavgiften utgör ett problem i sig. Erfarenheterna visar att nyttjandet av kostnadsfri vård riskerar att öka samtidigt som individens värdering av vårdinsatserna minskar. Administrationen kommer även fortsättningsvis att behövas för att hantera patientavgifter för patienter listade på andra vårdcentraler. Ett bättre alternativ är att sänka avgiften i primärvården och höja den för sjukhusvården.

Styrelsen för handikappverksamheten

Ser med oro att det finns risk i vårdvalssystemet att personer med funktionsnedsättning betraktas som olönsamma och därför kommer att diskrimineras. Uppdragsgivaren måste säkerställa att detta inte sker. Hjälpmedelskostnaderna ingår i primärvårdspengen. Idag kan Handikappförvaltningens personal i vissa fall förskriva hjälpmedel på primärvårdens budget genom s k förtroendeförskrivning. Var resurserna och kostnadsansvaret för hjälpmedel ska ligga i framtiden måste vara tydligt.

Folkhälsokommittén

Kommittén anser att det är positivt att Idéskissen betonar de ekonomiska incitamentens roll och möjligheter till styrmedel för verksamheten. Primärvårdens delaktighet i folkhälsoarbetet bör stödjas genom att premieras i den ekonomiska ersättningen

Brukarorganisationer

HSO anser det bra med avgiftsfrihet vid besök vid egna vårdenheten. Risk för att vissa vårdkrävande patienter riskerar att bli bortvalda. När det gäller hjälpmedel undrar HSO om vårdenheten ska ta vårdpengen och bekosta dyra hjälpmedel.

Pensionärsorganisationer

Tveksamhet till avgiftsfrihet vid besök på egna vårdcentralen då det enligt SPF kan leda till överkonsumtion. PRO är positiva till avgiftsfrihet. SPF liksom PRO uttrycker tveksamhet till försäkringslösning för dyra läkemedel, det är en angelägenhet för staten. Kostnadsskäl får inte hindra nödvändig remiss eller undersökning. PRO framför att det är bra att en primärvårdspeng följer patienten. De hälsofrämjande insatserna är viktiga men den tänkta finansieringen och möjlig tidsavsättning anses oklar.

Risk för ”ackordsersättning” är enligt PRO uppenbar men absolut oacceptabelt. Viktningen av ersättningsnivåerna blir en oerhört viktig process. Halland framhålls av PRO som ett bra exempel. PRO anser att det är bra med fullt ansvar för vårdenheterna för allmänläkemedel, hjälpmedel och medicinsk service.

Sahlgrenska Akademien

Ersättningsmodellen får inte motverka den strävan som primärvården varit föregångare i att bedriva evidensbaserad vård.

6. Kvalitetskonkurrens och styrning

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal anser det välkommet att regionen fokuserar på verksamhetens kvalitativa innehåll. Det är bra att man försöker kvalitetssäkra primärvårdens viktigaste processer, men det är viktigt att få god tid och möjlighet att kvalitetssäkra de föreslagna indikatorerna innan de blir en del i ersättningsystemet. Den medicinska revisionsenheten bör vara fristående från vårdvalssystemet och direktfinansierad av regionen.

Primärvården Göteborg är positiv till fokusering på kvalitet och att en del av den ekonomiska ersättningen ska baseras på uppnådda kvalitetsresultat. Nationella kvalitetsregister bör ligga till grund för uppföljning, jämförelser och målrelaterade ersättningar. Här bör också uppföljning av läkemedelsförskrivning, hälsofrämjande insatser, försäkringsmedicinska insatser följas upp.

Primärvården Södra Bohuslän tillstyrker förslaget om fokusering på kvalitet och att en del av den ekonomiska ersättningen skall baseras på uppnådda kvalitetsmått.

Primärvården Södra Älvsborg tycker det är mycket bra att styra på kvalitet och att tio procent av ersättningen skall baseras på detta.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 delar utredningens förslag och välkomnar förslaget om förbättrad uppföljning av kvalitet och ökat inslag av målrelaterad ersättning. Roller och ansvar för uppföljningen behöver förtydligas. Vidare understryker nämnderna vikten av regelverk och roller för auktorisation, publicering, hantering av uppföljningens resultat och villkor för den målrelaterade ersättningen är klara när VG-primärvård genomförs. Exempelvis är HSN 11 och 12 tveksamma till kollegial uppföljning som ett led i prövning av auktorisation.

Nämnderna välkomnar utvecklingen mot fastställande av absoluta kvalitetsmål och publicering. Mål ska formuleras för bl a kvalitet. Då möjligheterna att styra på kvalitet är en kritisk faktor för modellen hade det varit en styrka om idéskissen tydligare visat hur detta ska lösas.

Sjukhusstyrelser

Kungälvssjukhus och Frölunda Specialistsjukhus Styrelsen framhåller att styrning på kvalitet ger bäst effekt om man belönar kvalitetsarbetet snarare än resultatet.

NU-sjukvården För att säkerställa rätt vårdåtgärd på rätt vårdnivå måste den principiella arbetsfördelningen mellan primärvård och länssjukvård göras tydlig. Inte tänkbart att inremitterande enheter behåller hela

primärvårdspengen. Viktigt att kvalitetsmått och mätetal som introduceras är desamma som används nationellt och i kongruens med länssjukvården.

Primärvårdens uppdrag kopplat till helhetssyn och gränsöverskridande arbete för att utveckla vårdens huvudprocesser ställer större krav på samverkande IT-system. Detta måste förtydligas.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset IT-stödet är en viktig förutsättning för realiserandet av förslagen. Det är viktigt att det IT-stöd som avses utvecklas i alla avseenden stödjer samverkan med sjukvården och att detta IT-stöd görs obligatoriskt oavsett regiform. Detta behöver förtydligas.

Södra Älvsborgs sjukhus Det är angeläget att skapa en enhet för medicinsk revisionsverksamhet. För att kvalitetsdelen skall fungera förutsätts ökad funktionalitet också i ledet för kontroll, d v s system för implementering av vårdprogram och riktlinjer. Deltagande i relevanta nationella kvalitetsregister måste vara ett krav.

Tandvårdsstyrelsen

Det är rätt att bygga ersättningsmodellen på ett kvalitetstänkande. Det svåra är naturligtvis att finna rätt variabler som på ett korrekt sätt mäter rättvist.

Servicenämnden

Servicenämnden vill betona vikten av att ha ett vidgat perspektiv på resursutnyttjande och på hushållning med gemensamma resurser. Kostnads- och nyttoanalyser bör göras ur ett helhetsperspektiv i det fortsatta arbetet med att förverkliga förslagen i rapporten.

Brukarorganisationer

HSO framhåller att om patienterna ska känna trygghet är det viktigt med ständig kunskapsutveckling hos all personal. Bemötandeutbildning och kraven på tillgänglighet avseende lokaler samt anpassad information för personer med funktionsnedsättning framhålls. Vad händer om vårdenheter inte följer regionens riktlinjer om fysisk tillgänglighet?

Det är bra om primärvården blir mer evidensbaserad och teaminriktad. Hur ska fler specialistsjuksköterskor och annan paramedicinsk personal tillskapas? Bra förslag om medicinsk revisionsenhet. Hur ska patient- brukar- och närstående perspektiv bli en naturlig del i Utbildningsakademin?

Pensionärsorganisationer

Vikten med avvikelserapportering och öppna kvalitetsjämförelser betonas liksom att patientens tid och kunskap ska respekteras. Kvaliteten ska säkras via auktorisation. Antalet patientbesök är inget bra mått på kvalitet. PRO anser att det i varje kommun ska finna en läkare som har samordningsansvar för kontrollen av medicinutskrivning. SKPF pekar på nödvändigheten av en helhetssyn från behandlande läkare vid läkemedelsbehandling. Auktorisationen behöver utvärderas varje år.

Sahlgrenska Akademin

Kvalitetsmåttarna behöver också mäta FoU-verksamhet på vårdenheten, liksom handlednings- och utbildningsverksamheter. Det är viktigt att verksamhet som befrämjar kvalitetsutveckling såsom förekomst av utbildningsverksamhet, FoU,

samverkan och inte minst tid för reflektion, kollegial granskning och revision också blir kvalitetsmått.

7. Uppföljning och öppna jämförelser

Primärvårdsstyrelser

Primärvården Göteborg är positiva till publicering av uppnådda resultat vilket stimulerar verksamheten till att nå goda resultat och kan också tjäna som underlag för medborgarnas val av vårdenhet.

Primärvården södra Bohuslän tillstyrker förslaget om öppna jämförelser och publicering av resultat.

Primärvården södra Älvsborg ser positiva effekter av att samma parametrar kommer att följas upp i olika delar av regionen och oavsett vårdgivare. Det stimulerar verksamheterna att uppnå goda resultat och kan ge medborgarna underlag vid en valsituation.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 instämmer helt med förslaget.

HSN 8 Positivt att styra på kvalitet. Uppskattar den föreslagna uppföljningsmodellen då den ger en tydlig struktur och helhet för uppföljning.

Sjukhusstyrelser

Alingsås lasarett Styrelsen anser det positivt att patientens rätt att välja vård stärks genom ekonomiska incitament. Stor tyngd behöver läggas vid uppföljning, öppna jämförelser och värdeskapande resultat. Detta kräver en utveckling av beskrivnings- och uppföljningssystemen.

Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus Stor vikt bör läggas vid att bemöta de systematiska effekterna av förslaget. Särskilt bör uppföljningen beakta: effekter för specialistsjukvården, jämlik fördelning av vårdens resurser, samverkan med kommuner, närskvårdsutvecklingen samt forskning och utveckling.

Folkhälsokommittén

Det är angeläget att primärvårdens samverkan med andra aktörer i folkhälsoarbetet tydligt vägs in i uppföljningsmodellen menar folkhälsokommittén som också vill att kvaliteten på uppdraget och effekterna för medborgare och patienter ska uttryckas i hälsovinster. Redan nu bör även planering ske för att utvärdera effekterna av reformen när det gäller tillgängligheten för sårbara grupper och primärvårdens engagemang i folkhälsoarbetet.

Brukarorganisationer

HSO kräver en tydligare strukturerad form av uppföljning av exempelvis riktlinjer om tillgänglighet.

Pensionärsorganisationer

Öppna jämförelser är bra. Pensionärsorganisationernas delaktighet i den nya organisationen bör utredas. Medicinsk revision bör vara ett oberoende organ.

En gemensam koncernledning för primärvården gör enligt PRO att det blir lättare att styra och följa upp verksamheterna.

Vad händer om en auktoriserad vårdgivare inte lyckas upprätthålla avtalad kompetens?

Sahlgrenska Akademien

Akademien framhåller vikten av välfungerande uppföljningssystem, adekvata kvalitetsmått och register och anpassade IT-system

8. Frihet under ansvar

Primärvårdsstyrelser

Primärvården Göteborg välkomnar att primärvårdens uppdrag ska utföras på lika villkor i varierande regi. För att åstadkomma så lika förutsättningar som möjligt mellan privata och offentliga vårdgivare bör övervägas om de offentliga vårdenheterna i stället för nuvarande förvaltningsform kan organiseras i bolagsform med regionen som ägare.

Det bör också övervägas om de verksamheter som inte rymms inom VG Primärvård kan bedrivas i en annan organisation – t ex en producentneutral enhet – än de offentliga vårdenheter som skall bedrivas på lika villkor med de privata inom VG Primärvård.

I det fortsatta utredningsarbetet är det viktigt att klargöra vem som skall stå för de omställningskostnader som kan uppstå om en offentlig vårdcentral skall övergå i annan regi eller avvecklas.

En långtgående självständighet för de offentliga vårdenheterna kommer att försvåra styrning och kontroll för styrelsen och förvaltningsledningen. Risken är att var och en bara är intresserad av sin egen verksamhet. I VG primärvård läggs det operativa ansvaret på de enskilda vårdenheterna; Vilken roll får i en sådan organisation styrelsen och förvaltningsledningen? Vad vill ägarna med sin framtida utförarorganisation? Hur skall ägardirektivet se ut? Ansvar och befogenheter måste följas åt.

Primärvården Skaraborg pekar på vikten av att den offentliga primärvården finns i en samlad organisation.

Primärvården Södra Bohuslän välkomnar att primärvårdens uppdrag skall utföras på lika villkor i varierande regi. Förutsättningarna för de offentliga och privata vårdgivarna skiljer sig åt på flera grundläggande punkter. Det kommer att uppstå kostnader i själva omställningen till VG Primärvård. Dessa omställningskostnader bör man ta hänsyn till vid införandet.

Primärvården Södra Älvsborg anser att det är mycket positivt att uppdraget skall utföras på lika villkor i varierande regi. Olika ägare har sina egna riktlinjer och de kan variera mycket. En viktig fråga är vem vårdgivaren är i juridisk mening. Är frågande till hur moderkoncernen kommer att se ut. Förordar att det finns flera lokala sådana.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 1, 2, 3 anser att villkoren för primärvårdens uppdrag är lika oavsett om det sker i privat eller offentlig regi. Enskilda vårdenheter ska tillmätas stor självständighet och fullt ansvar att bedriva sin verksamhet i enlighet med de mål och uppdrag som getts. En framgångsfaktor för VGPV är ett gemensamt synsätt och en gemensam värdegrund.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 anser att definitionen på ”vårdenhet” bör preciseras och vidare förordar nämnderna att det är leverantören som auktoriseras och att avtal tecknas om utbudspunkterna.

I förslaget anges att koncernledningen för primärvården ska besluta om nya etableringar eller avvecklingar. Detta antar nämnderna gäller interna beslut om etablering och inte beslut om auktorisation eller avtal.

Nämnderna tillstyrker förslaget att ge de enskilda vårdenheterna en hög grad av självständighet vad avser ansvar och befogenheter, men det bör fortsatt uppmärksammas risken för att det skapas en lokal sjukvård med enheter som strikt ser till sitt eget vårdansvar.

Sjukhusstyrelser

Alingsås lasarett Beträffande incitament är det viktigt att frågan belyses för regionen som helhet och att möjlighet ges att införa samma former av incitament i alla förvaltningar inom regionen.

Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus. Styrelsen menar att om incitament införs i primärvården bör även andra förvaltningar kunna få samma möjlighet. Frågan bör belysas för regionen i sin helhet.

NU-sjukvården Behovet av systemsyn är så stort i svensk hälso- och sjukvård att primärvården och länssjukvården måste ha organisatorisk kongrens. Begreppet ”Frihet under ansvar” behöver tydliggöras då det präglar vårdenhetens grad av självständighet men ställer också stora krav på den övergripande organisationen.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det finns en motsägelse i att enheterna å ena sidan ”...ska få större frihet att agera i personal och ekonomifrågor” och å andra sidan ska de övergripande styrprinciperna för VGR gälla för alla. En tydlig uttolkning behövs innan genomförandet. Några exempel: synen på lönekonkurrens inom regionen, synen på följsamhet till VGR:s upphandlade avtal för material, varor och tjänster, synen på val av IT-system och infrastruktur för IT.

Serviceämnden

Ett stort eget handlingsutrymme har betydelse för framgång ur ett verksamhets- och medarbetarperspektiv. Det kan bli svårt att förena självbestämmande vad gäller ekonomi- och personalfrågor med regionens övergripande styrprinciper om inte dessa ses över. Ett exempel är upphandlingar.

Samordning och standardisering kan också stå i konflikt med ökad frihetsgrad för vårdenheterna när det gäller IT-stöd.

Förslaget om ökade befogenheter att råda över ekonomi- och personalfrågor kan få stora konsekvenser för serviceämndens verksamheter.

Pensionärsorganisationer

Att höja primärvårdens status och att skapa den tilltalande arbetsplatsen måste fungera för att den utbildade kompetenta personalen skall söka sig till primärvården. Arbetsglädje måste få en renässans för att motverka den ”trötta attityden” som ibland möter vårdsökande. Deltidstjänster kan behöva övervägas då vårdcentralarbete kan vara tungt. Föreslagen utbildningsakademi bör åtminstone inledningsvis knytas till befintliga utbildningscentra. Koncernledning för primärvård bör enligt SPF inte kostnadstäckas med koncernbidrag från vårdenheterna utan finansieras direkt från regionen. Tillskapandet av föreslagen revisionsenhet bör beakta de nuvarande hälso- och sjukvårdsnämndernas roll avseende uppföljning. Att införa incitamentssystem menar PRO kan leda till osämja, oro och godtyckliga belöningsystem.

Det vore bra om primärvårdens uppdrag utförs på lika villkor i varierande regi och att lika krav ställs på verksamheterna. Det kan finnas en svårighet i detta då det i olika driftsformer är olika lagar som styr. PRO anser det självklart att samma kollektivavtal ska gälla oavsett i vilken regi verksamheten utförs.

Forskningen om åldrandets sjukdomar behöver ökas enligt pensionärsorganisationerna.

Eget handlingsutrymme i olika frågor förutsätter att verksamheterna har likartade förutsättningar.

Viktigt att systemet är genomskinligt så att medborgarna kan få insyn i verksamheterna.

Sahlgrenska Akademien

För att primärvårdens utveckling ska drivas parallellt med övriga delar av hälso- och sjukvården inom regionen bör primärvården ha en regional ledning och styrning som ansvarar för att en fortsatt utveckling sker även vad det gäller regionens primärvårdsåtagande (bland annat hälsoutbildningar).

9. Ledarskap

Primärvårdsstyrelser

Primärvården Göteborg konstaterar att bra ledare och väl fungerande ledningsteam kommer att vara avgörande för vårdenheternas utveckling och möjligheter till goda resultat på en marknad som präglas av mångfald, frihet under ansvar och konkurrens. Det finns därför behov av att stärka cheferna inför de förändringar som kommer i och med införandet av ett vårdval. Idéskissen innebär en kulturförändring mot nuvarande system genom att medborgarna och patienten på ett tydligare sätt blir en tillgång och en förutsättning för vårdenheternas utveckling och existens. Primärvården är positiv till förslaget om en utbildningsakademi. Primärvården föreslår att akademien får i uppdrag att svara för verksamheternas gemensamma behov av kompetensutvecklingsinsatser. Det gäller såväl privata som offentliga vårdgivare.

Primärvården Södra Bohuslän har idag många bra ledare som framgångsrikt leder och utvecklar sin verksamhet och personal. Dessa

ledare är och kommer att bli nyckelpersoner i arbetet med VG Primärvård. Är positiva till förslaget om en utbildningsakademi och att den får i uppdrag att trygga såväl ledare som medarbetare i den nya situationen som de offentligt ägda vårdcentralerna kommer att befinna sig i.

Primärvården södra Älvsborg ser att det kommer att krävas en förändrad roll för många ledare med ökade krav i ledarskapet. Primärvårdsförvaltningen får en viktig roll att förbereda de nuvarande cheferna på deras förändrade chefskap.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 6 är positiv till idéskissens ”tänk” runt ledarskapet. Vidare lyfts medarbetarskapet fram och att kravet för auktorisation ska innebära att regionens jämställdhetspolicy och arbetsmarknadens regler följs samt att rätten till fortbildning och kompetensutveckling säkerställs.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 har inga kommentarer.

HSN 8 Nämnden ser positivt på Idéskissens ”tänk” runt ledarskapet vilket främjar nya förhållningssätt. Det är angeläget att kravet på auktorisation innebär att vårdenheten ska följa regionens jämställdhetspolicy, gängse normer och regler för arbetsmarknaden såsom tecknande av kollektivavtal, meddelande- och yttrandefrihet. Vidare är det viktigt, oavsett driftsform, att rätten till fortbildning och kompetensutveckling säkerställs samt att vårdenheten och dess medarbetare ska delta i såväl lokala som regionala utbildningar kring vårdprogram etc.

Sjukhusstyrelser

Sahlgrenska Universitetssjukhuset: I en ny styrmodell som bygger på ökad mångfald menar sjukhuset att man sannolikt inte mer än på ett ytligt plan kan påverka förutsättningarna för ledarskap, medarbetarskap, värdegrund mm. Vilket inte heller torde behövas då vårdenhetens villkor är att vara en enhet där medborgare listar sig och personal går att rekrytera annars kommer den att försvinna.

I idéskissen framgår inte varför en särskild värdegrund för primärvården ska finnas. SU förordar istället att den i budgeten redan angivna region-gemensamma värdegrunden även fortsättningsvis ska omfatta alla verksamheter i Västra Götalandsregionen.

Brukarorganisationer

HSO anser att en del av tryggheten i ledarskap och medarbetarskap skapas genom att ta med patient-, närstående- och brukarkunskaper och erfarenheter.

Pensionärsorganisationer

Ledarskapsutveckling är ett absolut måste.

10. Kompetensförsörjning och FoU

Primärvårdsstyrelser

Primärvården FyrBoDal Det är svårare att rekrytera på landsbygden och i

områden med socioekonomisk belastning. Rekryteringsmöjligheterna hänger samman med den lön som kan erbjudas och den konkurrensneutralitet som bör råda mellan offentliga och privata utförare.

Det är av stor vikt att regionen tar sitt fulla ansvar när det gäller utbildningsfrågor och inrättande av AT- och ST-block. Det är också viktigt att ett samarbete med högskolan kan ske på lokal nivå och att möjligheten till handledning av studenter stimuleras.

Studierektorsfunktionen bör organiseras så att det lokala initiativet finns kvar. Det behövs lokal tillgång till forskningserfarna medarbetare, starka FoU-miljöer och väl etablerade samverkansformer med högskolor och universitet. Det finns stort behov av resurser för att finansiera forsknings- och utvecklingsprojekt.

Bristen på allmänläkare kommer i vårdvalsmodellen att försvåra rekrytering till landsbygd och till vårdcentraler i områden med socioekonomisk problematik.

Primärvården Göteborg framhåller att det är av stor vikt att det handlednings- och utbildningsuppdrag samt FoU-uppdrag som primärvården har ingår i grunduppdraget. I kvalitetsuppföljningen måste som viktiga kvalitetsindikatorer ingå dels att handledning och utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal inom utbildningar på grundnivå och avancerad nivå anordnas, dels att FoU-verksamhet bedrivs vid vårdenheterna. Primärvården är positiv till att auktoriserade vårdenheter skall tillhandahålla kliniska utbildningsplatser för de professioner som är verksamma hos vårdgivaren. Betonar vikten av att det i basuppdragets kriterier säkerställs att kvaliteten på de utbildningsplatser som ställs till förfogande håller den standard som Högskoleverket föreskriver vad gäller tillgången på disputerade lärare och andra utbildade handledare. I syfte att säkra framtida kompetensförsörjning föreslås att den föreslagna utbildningsakademin får i uppdrag att fortlöpande analysera primärvårdens behov av personal på lång och kort sikt och också svara för kontakterna gentemot universitet och andra lärosäten. För att stödja FoU-arbetet i primärvården föreslår man att en sammanhållen, producentneutral FoU-funktion inrättas som får i uppgift att samordna och utveckla FoU på lokal- och regionnivå.

Primärvården Skaraborg framför att bristen på allmänläkare inte kommer att finna någon snabb lösning i och med Medborgarnas primärvård.

Primärvården Södra Bohuslän ser att en patientnära forskning måste kunna bedrivas i verksamheten. Utbildning av allmänläkare är av särskild betydelse för att långsiktigt tillgodose behovet av läkare inom primärvården. Studierektorsfunktionen bör administreras på förvaltningsnivå, och inte innebära en konkurrens mellan olika vårdenheter. Regionen måste kunna säkra en god och adekvat utbildning. Ersättning ska utgå till den som anställer ST-läkare eller tar på sig ett stort handledaruppdrag. Handledning av alla studenter bör räknas in i regionuppdraget.

Primärvården Södra Älvsborg Det är viktigt att få styra AT/ST och medellånga utbildningar till primärvård. Det är viktigt att enheterna ges goda förutsättningar för egen kompetensförsörjning för att kunna möta upp i

handledningssituationen. En större frihet kan vara positivt i en rekryteringssituation.

Forskning och utveckling är viktigt som en integrerad del i primärvården. De lokala FoU-enheterna bör finnas kvar i sin nuvarande form.

Primärvårdsforskning måste växa. Viktigt att samarbetet med högskolorna fortsätter på den lokala nivån och inte centraliseras i en kommande akademi.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

HSN 3 anser att regionens ansvar för kompetensförsörjning och forskning och hur detta ska organiseras behöver utredas ytterligare. Sådana resurser måste finnas lokalt så att inte allt samlas kring de stora utbildningsorterna.

HSN 4, 5, 7, 11 och 12 anser att kliniska utbildningsplatser skall tillhandahållas av vårdenheten eller av dennes underleverantör.

HSN 6 framhåller att kompetensförsörjningen är en nyckelfråga och betonar vikten att det finns kompetens att ta emot AT- och ST-läkare. Vidare anser nämnden det viktigt att vårdenheten aktivt samarbetar med det lokala FOU-rådet.

HSN 8 Kan inte nog bekräfta vikten av en bra organisation med handledarkompetenta läkare inom vårdenheterna så att det finns möjlighet att ta emot AT- och ST-läkare. Viktigt att vårdenheten aktivt samarbetar med det lokala FoU-rådet, stimulerar medarbetarna till att bedriva forskning och utvecklingsarbeten samt aktivt deltar i såväl den nationella som det regionala arbetet med kvalitetsutveckling.

HSN 9 och 10 För primärvårdens och vårdcentralernas utveckling finns en rad områden som samordnas och sköts med hjälp av primärvårdskanslierna. Exempel på detta är AT, ST, kompetensutveckling, FoU och rekrytering. En mindre vårdcentral har svårt att på egen hand klara dessa uppgifter. De gemensamma uppgifterna måste lösas på ett bra sätt

Sjukhusstyrelser

Alingsås lasarett Styrelsen ser positivt på förslaget om en egen "utbildningsakademi" men också med möjlighet för övriga organisationer att delta.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset delar inte idéskissens förslag att "...uppdragsinnehållen ska på ett likt sätt för alla vårdgivare täcka uppdragen för vård, utbildning och forskning och utveckling". Erfarenheten visar på behov av en ökad koncentration av resurser och kompetens – inte decentralisering. En splittring av resurserna innebär stor risk för försämrad kvalitet i forskningen och argument för en nationell centralisering. Det är viktigt att forskningen sker inom ramen för eller i stark samverkan med Sahlgrenska Akademin. En eventuell särskild regional satsning på primärvårdsbaserad forskning behöver tydligt motiveras. Hög konkurrenskraft för allmänmedicinsk forskning torde sannolikt kräva koncentration och inte splittring av resurserna. Förslagen rörande ett decentraliserat ansvar för forskning och utbildning bör omprövas. Resurser och kompetens för forskning och utbildning behöver centraliseras heller än decentraliseras för att säkerställa kostnadseffektivitet och kompetens.

Beträffande grundutbildningsuppdraget betonar SU kravet på omfattande akademisk kompetens för handledningen och menar att knappast möjligt för varje vårdenhet att upprätthålla sådan kompetens. Vad avser kompetensutveckling menar SU att behovet inom och mellan vårdgivare i ett komplicerat och sammanhängande vårdssystem i allra högsta grad är ömsesidigt. Initialt torde utvecklingen gå från specialiserad öppenvård till primärvård.

Skaraborgs Sjukhus Mellan sjukhuset och primärvården finns en utvecklad samverkan i utbildningsfrågor framför allt för läkare. Detta samarbete ser styrelsen som en del i rekryteringsarbetet och en plattform för att underlätta övrig samverkan och förhoppningen är att dessa utbildningsformer kan fortsätta.

Södra Älvsborgs Sjukhus På de mindre enheterna finns risk för att problem med bemanningen kommer att bli betydande vid sjukdom, vakanser, semesterperioder. Risk finns att sjukhusvården kommer att belastas. Andra specialister än allmänläkare på vårdcentraler bör utgå från närliggande sjukhus för att säkra kompetens, bemanningsansvar och långsiktig utveckling. Detta gäller även andra nyckelkompetenser som specialistsjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister m fl.

En samordning förutsätts för att man inom sjukvården ska kunna tillgodose ST-läkarnas utbildningsbehov. Sannolikt behöver studierektorsfunktionen för primärvården förstärkas. Det är angeläget att kvalitetskontroller genomförs. I ST-utbildningskraven ingår s k SPUR-inspektioner var femte år. Kan dessa genomföras på treläkarstationsnivå?

Tandvårdsstyrelsen

FoU inom primärvården och tandvård har i jämförelse med länssjukvård fört en rudimentär tillvaro. Om man verkligen vill satsa på första linjens vård måste både forskning och utveckling få en mycket större plats inom primärvård och tandvård.

Pensionärsorganisationer

Kompetensutveckling måste ske hela tiden och på alla nivåer.

Sahlgrenska Akademien

Det är en brist att man i idéskissen inte beskriver det tionde steget utifrån visionen om framtidens dynamiska primärvård. Man borde framhålla tillväxten av primärvården och behovet av att stimulera rekrytering av nästa generation läkare, sjuksköterskor och övrig personal så att de söker sig till primärvården i större utsträckning. Detta behöver beskrivas mycket tydligare i förslaget.

Akademien menar att idéskissen bör inkludera handledningen inom utbildning på grundnivå. Redan idag finns välfungerande avtal mellan regionens primärvård och Sahlgrenska Akademiens vårdutbildningar för verksamhetsanknuten utbildning i grunduppdraget. För ett effektivt utbildningsåtagande krävs en välfungerande studierektorsfunktion som förfogar över ekonomiska styrmedel samt en välfungerande samverkande administrativ organisation.

Sammanfattande synpunkter från Sahlgrenska Akademien avseende kompetensförsörjning och FoU.:

-
- utbildningsuppdragen bör ingå i grundavtalet och inte vara fritt tillval
 - fortsatt god kvalitet kräver specificerade avtal, regional studierektorsorganisation och samverkan mellan primärvård och Sahlgrenska Akademin
 - önskvärt att större delar av hälsoutbildningen i framtiden sker i primärvården
 - handledning och utbildning bör ingå i kvalitetsmåten liksom FoU-verksamheten
 - forskning måste ske i verksamheten, därför bör även FoU ingå i grundavtalet
 - i visionen bör ingå regional styrning och ledning för utveckling av FoU i primärvård
 - FoU bör (förutom vårdvetenskap och medicin) även innefatta kommunikation, pedagogik, ledarskap och organisation
 - vårdenheternas storlek bör maximeras, så att utrymme för utbildning säkras.

Kommuner

De kommuner som inkommit med remissvar har huvudsakligen lämnat övergripande synpunkter på idéskissen.

Bengtsfors kommun säger i sitt remissyttrande att systemet med att vårdtagare får lista sig och då erhålla avgiftsfri vård på den listade vårdcentralen, torde förbättra för personer med låg inkomst och därmed ska ingen behöva välja bort vård på grund av patientavgiften. För glesbygdskommunerna är det viktigt att någon form av glesbygdstöd finns kvar då det är andra förutsättningar att bedriva primärvård på grund av ökade restider, lönekostnader och svårigheter att rekrytera läkare. Vid fördelning av resurser till vårdenheterna måste också hänsyn tas till åldersfördelning, socioekonomi och vårdtyngd. Det är viktigt att primärvården även fortsättningsvis präglas av närhet till medborgaren och att antalet vårdcentraler inte minskas. Bengtsfors kommun förutsätter att vårdcentralen i Bengtsfors tätort och på Dalslands sjukhus kommer att finnas kvar även i den framtida organisationen.

Falköpings kommun framför i sitt remissyttrande ett antal frågor. Vårdenheten är skyldig att inom två månader ta över huvudansvaret för de medborgare som väljer att byta vårdenhet, men om det blir fullt och man inte kan klara uppgiften – vad händer då? Samordning mellan olika utförare sker idag inom respektive primärvårdsområde. Det finns i Falköping samarbete kring ungdomsmottagning, familjecentral och folkhälsa. Hur kommer det samarbetet att ske i framtiden? Vem bevakar att underetablering inte sker? Det måste vara medborgarnas behov av insatser som styr tillgången, inte efterfrågan. De personer som inte kan välja/kräva primärvårdinsatser – hur skall de kunna få sina behov tillgodosedda när ålder, psykiska funktionshinder, språksvårigheter eller annat som gör att man inte kan formulera sina egna behov? Att åtgärder som genomförs inom primärvårdens påverka beteenden och arbetssätt hos övriga aktörer i patientens vård och behandling – hur påverkar det kommunerna som största samverkande vårdgranne?

Falköpings kommun menar, avseende kraven för att bli en auktoriserad vårdenhet, att man inte bara kan analysera respektive vårdenhet utifrån kraven utan man måste också analysera respektive kommuns behov utifrån ett helhetsperspektiv. Man ska exempelvis kunna möjliggöra förutsättningar att komplettera en större fullserviceenhet med mindre vårdenheter utifrån ett sammantaget kommunalt behov.

Göteborgs Stad ser positivt på att idéskissen bygger på medborgarperspektiv och att medborgaren/patienten ska ha en stark ställning. Primärvården skall avsätta de läkarresurser som behövs för att den enskilde skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i ordinärt boende. Särskilt betonas läkarkontinuiteten. Man framhåller att det i idéskissen till stor del saknas diskussion om hur samverkan med kommunen skall gå till.

Det fria vårdvalet kan innebära att varje kommun/stadsdel kan få teckna avtal om läkarmedverkan med flera vårdenheter. Man anser att en strategi för hur primärvården skall hantera detta på bästa sätt bör finnas med i den fortsatta planeringen.

Göteborgs Stad framhåller vidare att alltfler personer med omfattande och komplexa behov vårdas i sitt hem varför det behövs en ny diskussion om hemsjukvården och dess roll i en väl fungerande äldreomsorg. Det är också viktigt att uppdrag och ersättningsmodeller utformas så att vårdtyngd och samverkan premieras såväl från primärvårdsperspektiv som från kommunens perspektiv.

Den gemensamma hjälpmedelsförsörjningen är en förutsättning för att hjälpmedlet skall kunna följa brukaren i vårdkedjan. Detta måste det värnas om så det inte förändras.

Göteborgs Stad betonar vikten av förebyggande arbete och nödvändigheten av att detta sker i samverkan. Man framför också att det är angeläget att finns fler geriatriker i primärvården och i äldreverksamheten, inte minst inom hemsjukvården har de en viktig funktion så att rätt bedömningar görs.

En gemensam satsning på hemsjukvård, bland annat med akuta hembesök, skulle ge en bättre vård där de äldre inte i onödan skickas runt mellan olika vårdgivare samtidigt som det inte belastar andra delar av vårdorganisationen. Detsamma gäller för omsorgen om människor med funktionsnedsättningar.

Götene kommun ser positivt på förslaget som ökar patientens möjlighet att påverka och få delaktighet och framför att det är viktigt att säkra att det finns vårdcentraler i alla kommuner. Den avgiftsfrihet som föreslås får inte leda till att resurserna används mindre effektivt. Kommunen betonar ett utökat samarbete avseende närsjukvård och speciellt särskilda överenskommelser exempelvis rehabilitering. Man tillstyrker en koncernledning för de offentliga vårdenheter. Förändringen förutsätts vara kostnadsneutral för kommunen. För invånarna är det positivt att få tillgång till specialistkompetens i närområdet och att behoven för personer med psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar tillgodoses på ett bättre sätt.

Kungälv kommun ser positivt på att idéskissen bygger på medborgarperspektiv och att medborgaren/patienten ska ha en stark ställning. Alltfler personer med komplexa vårdbehov kommer att vårdas i sitt hem. Detta ställer krav på en samlad vårdplanering och rutiner och stödfunktioner som underlättar detta. Primärvården och kommunen bör inom området vidareutveckla samarbetet även avseende kompetensutveckling. Kommunen pekar på de positiva erfarenheter som skapats när hjälpmedelsansvaret är samlat i en organisation. Det är positivt ur ett brukarperspektiv och det är ett kostnadseffektivt sätt att arbeta och dessa fördelar är viktiga att bibehålla vid införande av ett fritt val.

Mariestads kommun förutsätter att utvecklingen av Mariestads sjukhus och det gemensamma arbetet med "Den nära vården" inte påverkas negativt av den föreslagna utvecklingen. Man ser helst att det finns en ledningsfunktion för Primärvården Skaraborg som en tydlig samarbetspart och man önskar samarbete med fler yrkeskategorier än läkare inom primärvården.

Melleruds kommun säger i sitt yttrande att det är bra med ett samlat dokument för beställare, utförare och patient i primärvården där ambitionen är att ytterligare följa upp och säkerställa kvaliteten av insatserna. Väsentligt är att primärvården är behovsstyrd och inte efterfrågestyrd. En splittrad primärvård kan innebära svårigheter att samverka till exempel vid utveckling av närsjukvården. Att undvika parallella organisationer som vänder sig till samma

målgrupper till exempel vid rehabilitering kan förbättra kostnadseffektiviteten. Risk finns att vård inte kan ges på lika villkor i glesbygd. För att motverka detta bör även mindre enheter med färre än tre allmänläkare kunna få auktorisation. Det är utmärkt att ungas psykiska ohälsa särskilt uppmärksammas i idéskissen. Det finns ett stort behov av samverkan mellan socialtjänst, skola, primärvård och BUP. Man anser att den föreslagna modellen med att besök på den "egna" vårdenheten är fritt, förbättrar kontinuiteten men att det måste vara möjligt att kunna vara ansluten till vårdenhet både på bostads- och arbetsorten utan att patientavgift tas ut. Förebyggande insatser skall premieras liksom tid för samverkan. Kompetensförsörjning och FoU är ett viktigt område för samverkan. Det är väsentligt att olika yrkesgrupper erhåller fort- och vidareutbildning och möjlighet att kombinera arbete med forskning, vilket skulle öka attraktiviteten till tjänstgöring i glesbygd

Munkedals kommun ställer sig positiv till att patienten ges ökade möjligheter att själv välja vårdgivare. Glesbygdens problematik behöver lyftas fram så att inte tillgängligheten till den nära vården försämras. Med en alltmer åldrande befolkning är det viktigt att primärvården fungerar förebyggande. Närsjukvårdsarbetet har de senaste åren fokuserats på äldre och multisjuka med målet, mer vård i närområdet. Det är viktigt att detta arbete fortsätter. Den föreslagna förändringen bör ha fler incitament för att besöken till akutmottagningarna på sjukhusen skall minska. Samverkan kan försvåras om vårdgivarna blir alltför många. Rehabilitering och hjälpmedelsverksamheten kräver ytterligare belysning. En sammanhållen verksamhet är mycket positiv men då bör alla delar ingå, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och hjälpmedel. Det lokala förebyggande arbetet måste säkerställas där folkhälsan, familjecentral och ungdomsmottagning är exempel på samarbete.

Partille kommun ser positivt på att idéskissen bygger på medborgarperspektiv och att medborgaren/patienten ska ha en stark ställning. Kommunen betonar samverkan med regionen och att hänsyn måste tas till att även kommunen står inför en utveckling med ökat kundval och därmed att ersättningsmodeller utformas så att samverkan premieras. Partille kommun och även Stenungsunds kommun, framhåller kompetensutveckling och FoU i Väst som vänder sig till båda huvudmännen och prioriterar projekt som stärker och utvecklar samverkan. Man betonar också att den samlade organisationen för rehabilitering och hjälpmedel bör bibehållas.

Sotenäs kommun framför att primärvårdens roll och relation till kommunen som hälso- och sjukvårdsansvarig behöver utvecklas och tydliggöras ytterligare. Samverkansperspektivet i idéskissen behöver tydliggöras. Kommunen undrar hur den politiska styrningen skall vara organiserad, då man tycker det är viktigt att ha dialog med hälso- och sjukvårdens företrädare vid omstruktureringar av länssjukvården och konsekvenser av detta på kommunnivå. Sotenäs befolkning mångdubblas under sommarmånaderna. Detta leder till att behovet av primärvårdens hälso- och sjukvård ökar i omfattning. Det är angeläget att detta tas hänsyn till i viktningen av den ekonomiska ersättningen. Primärvården har varit och är fortfarande otillräckligt rustad för att möta den psykiska ohälsan. Gränsdragningen med regionens öppenvårdpsykiatri bör tydliggöras.

Primärvårdspeng baserad på vårdenhetsval, vårdtyngd, genomsnittligt resultatutfall och hänsyn till landsbygd och invandratäta områden tillstyrks.

Sotenäs kommun tar också upp vikten av den samverkan som sker i Bohuslän där kommunerna svarar för arbetsterapiinsatser och hjälpmedel. Man framför avslutningsvis att idéskissen tar upp många goda idéer för utveckling av mer tillgänglig och patientstyrd primärvård.

Stenungsunds kommun ser positivt på att idéskissen bygger på medborgarperspektivet. Det föreslagna fria vårdvalet och de kundvalsmodeller som tillämpas i kommunerna ställer särskilda krav på fungerande vårdkedjor. Det är viktigt att hävda medborgarperspektivet så den enskilde får bästa möjliga vård och hjälp. Kommunen framhåller att det krävs en satsning på psykiatrin i primärvården.

Svenljunga kommun saknar strategier för samverkan med kommunerna liksom strategier för att rekrytera nya allmänläkare. Man är positiv till tillgänglighet dygnet runt medan man uttrycker tveksamhet till avgiftsfria besök, det borde i stället finnas strategier för att styra bort överkonsumtion.

Trollhättans stad framför att primärvården som navet och basen i hälso- och sjukvårdssystemet är ingen ny tankegång, den har funnits sedan mitten av 80-talet, snarare kan man ställa frågan varför denna utveckling inte lyckats bättre trots att det varit ett tydligt politiskt ställningstagande under årtionden. En analys av detta skulle förmodligen lägga grunden till en mer lyckosam strategi att överföra resurser från sjukhusvården och kunna ge primärvården denna roll i framtiden.

Den senaste förändringen med tillkomsten av närsjukvårdsgrupper och idéen närsjukvård kommenteras inte alls. Det som ter sig särskilt konsekvent är dock frånvaron av den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunal regi, en hälso- och sjukvård som riktas till de mest behövande multisjuka äldre och som är intimt sammankopplad med vårdprocesserna i både primärvård och sjukhusvård och som tenderar att bli allt mer omfattande.

Trollhättans stad uttalar att helhetssynen och kopplingarna till den kommunala hälso- och sjukvården saknas och att detta får konsekvenser på flera områden. Hur ger ersättningssystemet incitament för primärvårdsenheterna att ta sig an tunga patientgrupper i hemsjukvården? Det fria vårdvalet kan försvåra för patienter i särskilt boende och i hemsjukvård som skulle vara betjänta av en ökad tillgänglighet, kontinuitet och kompetens från primärvårdens sida. När det gäller vårdenheternas ansvar och krav på kompetens och specialistkunskaper i primärvården omnämns inte behoven hos den äldre befolkningen specifikt. Den psykiska ohälsan hos barn, ungdomar och vuxna är också en allt större hälso- och sjukvårdsfråga som primärvården måste hantera på ett bättre sätt och där gränserna såväl mellan primärvården och öppenvårdspsykiatrin som inom öppenvårdspsykiatrin bör tydliggöras.

Gemensamma FoU-satsningar med fokus på hela kedjan bör inte försvåras av organisationsformens atomistiska struktur. Behovet av samsyn, helhetssyn och relationer till omvärlden måste beaktas vid prioritering och finansiering av kompetensutveckling och FoU. Hur man samverkar och fattar beslut om lokala lösningar bör tydliggöras. Risken finns att frånvaron av en lokalt förankrad politisk styrelse försvårar samverkan i närsjukvårdsarbetet och i diskussioner och överenskommelser mellan kommunen och regionens vårdenheter. Det är

viktigt hur det förebyggande arbetet och samverkan skall ersättas ekonomiskt eftersom det får konsekvenser för primärvårdens närvaro som den viktigaste aktören/navet i hälso- och sjukvården. Erfarenheten hittills är att privata entreprenörer inte alls deltar i samverkan.

Trollhättans Stad anser också att betoningen på det fria vårdvalet som en garant för medborgarens ställning kan vara av mer teoretisk än praktisk natur då det i de flesta livsmiljöer i regionen finns få valmöjligheter och ett litet utbud av vårdgivare.

Uddevalla kommun framför att samverkan med primärvården fungerar bra, men att samverkansperspektivet i idéskissen måste beskrivas tydligare. Idéskissen behandlar inte det politiska styrsystemet på lokal nivå. I Uddevalla och Fyrbodals finns ett utvecklat samarbete mellan primärvårdsledning, sjukhusledning och företrädare för hälso- och sjukvårdsnämnderna och kommunerna, i närskvårdsgrupper och i Vårdsamverkan Fyrbodals. Detta möjliggör lokala lösningar, bland annat att kommunerna driver den arbetsterapeutiska verksamheten med hjälpmedelshandling. Förutsättningarna för lokala lösningar, då uppdraget för vårdenheterna är centralt fastställt, måste beläggas ytterligare. Man framför att verksamhet som sker i samverkan i kommunens regi skulle kunna ingå som ett tilläggsuppdrag på samma sätt som nämns för ungdomsmottagningarna. Det nämns också att det finns avtal mellan Uddevalla kommun och regionen som först löper ut 2010-12-31 och där kommunen är bunden av hyresavtal och anställningsavtal.

De huvudsakliga principerna med en mer patientstyrd primärvård tillstyrks. Förslaget med en primärvårdspeng som följer medborgaren är positivt, men för kommunens äldreboende skulle det kunna innebära ett stort antal läkarkontakter om områdesansvaret försvinner. En ökad publicering av kvalitetsmått skall ske vilket tillstyrks.

Uddevalla kommun pekar på rätten för vårdgivaren att fritt välja geografisk placering inom kommunen. Risken är att vissa områden med ”tyngre” patienter exempelvis med många arbetslösa och invandrare, med översjuklighet kommer att mista sina vårdcentraler, om det inte införs tydliga incitament. Det borde övervägas om viss styrning skulle kunna ske.

Den lokala politiska styrningen beskrivs inte i dokumentet. Det bör beläggas hur de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna är tänkta att fungera då de är betydelsefulla ur ett kommunalt samarbetsperspektiv.

Uddevalla kommun framför också att det snabba införandet kan ge anledning till funderingar då många frågor återstår att beläggas.

Vänersborgs kommun håller med om behovet av idéskiss och i senare skede ett ramverk för ”en väl godkänd primärvård i Västra Götaland”. Som samarbetspart uppfattar kommunen ibland som ej närvarande aktör i hälso- och sjukvårdsarbetet, trots att primärvården är navet i vårdsystemet. Om detta beror på oklart uppdrag eller ointresse vet inte kommunen, men ambitionen att stärka och tydliggöra primärvårdens roll välkomnas.

Primärvårdens roll och relation till kommunen som hälso- och sjukvårdsansvarig inom sitt område bör betonas ytterligare. Det gäller exempelvis inom före-

byggande arbete, barn- och ungdomspsykiatri, öppen vuxenpsykiatri, rehabilitering och inom hemsjukvården allmänt. En lokalt förankrad politisk styrelse för primärvården fordras sannolikt för att upprätthålla och befästa legitimiteten för verksamheten. I närsjukvårdsarbetet bör överenskommelser om lokala lösningar träffas på lokal nivå.

Det bör göras en rimlig avvägning avseende vårdcentralernas storlek och medborgarnas närhet rent fysisk, så att inte ”gruppspecialisternas” behov används för nedläggning av vårdcentraler.

Vänersborgs kommun tillstyrker ersättningssystemet där hälso- och sjukvårdspeng i huvudsak genererar ersättning till utföraren. Det stärker medborgarens inflytande om pengarna följer patienten. En farhåga med modellen kan vara att enheter med mindre lyckat resultat undandras resurser och kommer in i en negativ spiral som slutar med nedläggning.

Betoningen av åtgärder mot ökad psykisk ohälsa, både barn, ungdomar och vuxna, kan inte nog understrykas. Primärvården har varit och är fortfarande otillräckligt rustad att möta dessa problem. Gränsdragningen mot regionens öppenvårdpsykiatri bör helt klarläggas. Öppna jämförelser som föreslås tillstyrks. Gratis besök på egen vårdcentral är ett starkt styrmedel.

Alla har inte tid eller möjlighet att välja vårdcentral. Det gäller i hög grad hemsjukvårdens patienter. Gör inte vårdvalet till ett huvudnummer, utan lägg tid och kraft att tillhandahålla god kvalitet på samtliga vårdcentraler. Personer på särskilt boende kan med fördel erbjudas samma patientansvariga läkare för att förenkla kontakter mellan sjukvårdshuvudmän. Ett system med hemsjukvårdsläkare ökar tillgängligheten för denna patientgrupp.

Vänersborgs kommun understryker vikten av ersättningar för hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det är inom detta område kommunen upplever brister i nuläget med uteblivet engagemang i gemensamt arbete och samverkan med kommunföreträdare

Åmåls kommun framför att det är bra med ett samlat dokument som är tydligt för beställare, utförare och patient i primärvården. I den stora organisationen finns en tendens att utförarledet ”gör som dom vill” utan hänsyn till de övergripande målen. I dokumentet saknas medborgarperspektivet i bemärkelse inflytande från enskilda medborgare. Valet består i att tycka till om det utbud som redan är klart. Definitionen av primärvården är abstrakt och generell, kanske fler exempel skulle ge tyngd. Det är bra att unga människor med psykisk ohälsa uppmärksammas, det är en växande målgrupp. Åmåls kommun framför, liksom Melleruds kommun, att man borde kunna vara ansluten till två vårdenheter. Samverkan med andra för att optimera resursen och undvika parallella organisationer är viktigt. Den diskussionen behöver fördjupas och inställningen till ingångna avtal och pågående samverkanformer måste vara tydligt.

Det är viktigt att inte befolkningsunderlaget är styrande för auktorisationen av en vårdcentral. Det finns acceptans för att vårdcentralen på en ort inte har alla resurser men det finns inte acceptans om det inte finns någon vårdcentral alls. Närhet skapar trygghet i synnerhet för den äldre befolkningen och personer med komplexa sjukdomstillstånd med nedsatt autonomi. Tillgängligheten

handlar också om öppettider som passar medborgaren, med tider efter 17.00 då många slutar sin arbetsdag.

I remissvaren från **Töreboda, Dals Eds, Skara, Färgelanda, Vara samt Ulricehamns kommuner** tillstyrks idéskissen i sin helhet. Gemensamt för dessa kommuner är att man uttrycker att det fria vårdvalet och den fria etableringsrätten inte får leda till en minskad tillgänglighet i någon del av regionen. Vara kommun framför att man kan få fler vårdgivare att samverka med. Man betonar också att det samarbetet och de gemensamma utvecklingsområden som nu finns mellan kommunen och primärvården kan fortsätta. Ulricehamns kommun påtalar att tillgången till läkarkompetens är avgörande för hur man kan klara sitt medicinska ansvar och att medborgar- och patientperspektivet är det viktiga. Att primärvården skall kompetensutveckla sin omgivning ser kommunen som en möjlighet att ytterligare stärka vårdkvaliteten för den enskilde.

Kommunalförbunden

Sjuhärads kommunalförbund är ensamt om remissvar från kommunalförbunden. Man uttalar att idéskissen visar på en framtidstro med ett medborgar- och patientperspektiv och konstaterar att dessa i huvudsak stämmer överens med det individfokuserade och hälsobefrämjande synsätt som präglar det lokala närvårdssamarbetet.

Man uttrycker tillfredsställelse med primärvårdsansvar för vård dygnet runt.

Det saknas tydliga strategier i hur samverkan med kommunerna ska genomföras. Idéskissen bör kompletteras med förtydligande kring detta. De nämnda närområdesplanerna bör tas fram i samverkan med övriga vårdgivare. En av flera framgångsfaktorer för att genomföra fritt vårdval är regionens ansvar för rekrytering av de läkare som kommer att behövas.

Kommunalförbundet ställer sig frågande kring de dialogmöten som i nuläget sker mellan kommunföreträdare och beställarföreträdare om behovet av primärvård, hur detta kommer att ske i framtiden. För att bibehålla och utveckla en fortsatt samverkan som bygger på en gemensam målbild kring närvård i en delregion är vi av uppfattningen att det finns fortsatt behov av någon form av delregional primärvårdskoncern. Kommunalförbundet förutsätter också att det tydligt framgår i dokumentet för auktorisation hur varje vårdenhet och medarbetare förväntas delta i samverkansarbete.

Det är angeläget för medborgaren att ersättningsmodellen är styrande så att det i varje vårdenhetsområde erbjuds tillgänglig vård för de målgrupper som har omfattande och sammansatta behov. Detsamma gäller ersättningen för hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det måste vara en självklarhet för varje vårdenhet att aktivt arbeta för ett gemensamt förbättringsarbete i samverkan med kommuner och andra aktörer.

Sjuhärads kommunalförbund förordar utbildningsinsatser för att förebygga att det i den framtida organisationen oenighet mellan huvudmännen kring ansvars- och kostnadsgränser. Ett sätt är att i samverkan under genomförandeprocessen utbilda och informera nya och gamla medarbetare och vårdenheter.

Övrigas synpunkter redovisade med utgångspunkt från Primärvårdens tio steg in i framtiden

1. Medborgarnas primärvård

Handikappkommittén är positiv till att utveckla primärvården med åtgärder som stärker medborgarnas inflytande och delaktighet. Personer med funktionsnedsättningar har ofta långvariga kontakter med primärvården vilket gör det viktigt att säkerställa möjligheten till kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.

Kommittén förslår att ex handikapporganisationerna medverkar vid utformningen av vissa delar av Kravboken.

I samband med införandet av den nya modellen behöver informationen vara tillgänglig för alla vilket även innebär att den ska kunna erbjudas i anpassade former.

Sektorsrådet för allmänmedicin: För vissa verksamheter, som BVC, MVC, ungdomsmottagningar, cellprovtagningar av kvinnor, finns risk att tjänsterna kommer att efterfrågas minst av dem med störst behov. Vi tycker att det är viktigt att VG primärvård värnar om dessa individer och grupper.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Barnperspektivet saknas i idéskissen, barns och ungdomars specifika problem tas inte upp. Med vårdenheter utan områdesansvar finns risk för att socialt och medicinskt utsatta grupper, som t ex barn med funktionshinder och barn från socialt utsatta områden, inte får det stöd de behöver. Ansvaret för och samarbetet kring dessa barn och kroniskt sjuka barn måste klargöras.

Arbetsgruppen för Kunskapsutbyte inom Primärvården i Göteborg och SU/Sahlgrenska ser en risk vid auktorisering av vårdcentraler att vikten av att kuratorer ingår i personalstaben förbises. Pekar på att en viktig arbetsuppgift för kuratorer är samverkan, med Socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, frivilligorganisationer m fl.

Samordningsförbundet Göteborg Centrum är positivt till förslaget att primärvårdens ansvar tydliggörs genom att vara patientens lots och koordinator.

Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA) saknar en beskrivning om samverkan mellan myndigheter och aktörer utanför Västra Götalandsregionens organisation. Avstämningar bör ske med de myndigheter som ingår i samordningsförbundet i det fortsatta arbetet med förslaget.

Capio vill flytta ut den öppna specialiserade vården till primärvårdsnivån. Det bör stå leverantören fritt vilka specialiteter man väljer att komplettera vårdenheten med utöver allmänmedicin. Föreslår införande av åtgärds-koder kopplat till ersättning så att patienten i hög utsträckning kan färdigbehandlas i den nära vården. Vill ha tydligare målsättning om en jämnt fördelad vård.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Skaraborgskretsen, är allmänt positiv till inriktningen i idéskissen men påpekar att rehabilitering fått mycket begränsat utrymme i idéskissen m fl dokument och att tillgång till rehabilitering inklusive arbetsterapi måste säkerställas i primärvården.

Kuratorerna i Centrum Väster Göteborg efterlyser dialog om att kuratorn ska finnas kvar som yrkesgrupp inom primärvården då alltfler patienter söker till primärvården med psykosocial problematik och att en tjänst som samordnande kurator inrättas i regionen.

IFK Kliniken Rehab i Göteborg anser att idéskissen syftar till att stärka vårdcentralernas och allmänläkarnas ställning, inte den enskilde patientens.

Privatpraktiserande sjukgymnaster anser att frågan om hur den sjukgymnastiska rehabiliteringen ska organiseras är ofullständigt utredd i idéskissen.

SFAM Storgöteborg: Bra att patienternas ställning stärks.

SFAM Södra Älvsborg: Den efterfrågestyrda vården måste kunna svara för att även den resurssvaga medborgaren får vård på samma villkor som andra. Detta måste bevakas.

2. Fritt vårdval

Sektorsrådet för barnsjukvård: Det framgår inte om det fria vårdvalet inkluderar sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Följer sjukvårdpengen med om patienten väljer att söka där?

IFK Kliniken anser att man bör underlätta för medborgarna att söka sig direkt till olika specialister inom vården.

Privata sjukgymnasterna anser att enskilda sjukgymnaster och sjukgymnastkliniker likväl som vårdenheter ska kunna godkännas som behöriga utförare av rehabilitering, att behov får möta kompetens direkt via patientens fria val. Man anser vidare att remissfriheten till sjukgymnaster ska behållas.

SFAM Södra Älvsborg: Bra att patientens ställning stärks med ett friare vårdval.

SFAM Södra Älvsborg: Patientens vårdval måste begränsas till att gälla en eller möjligen två ggr/år, enligt dansk modell. Annars finns risk för överkonsumtion och ”vårdshopping”. Möjlighet för patienten till ”second opinion” ska dock alltid finnas.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Bra att det lämnas ett ”kryphål” för anslutning av medborgare om den medicinska säkerheten inte kan garanteras. Avgörandet bör tas av medicinskt ansvarig läkare på plats.

3. Mångfald

Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA) anser att den kravbok som kommer att ligga till grund för att bedriva primärvård även ska innehålla följande områden:

- Samverkan genom samordningsförbund
- Tidig och samordnad rehabilitering i tvärprofessionella och tvärsektoriella team
- Tvärprofessionell kompetens såsom socionom, beteendevetare.

IFK Kliniken anser att alla legitimerade vårdgivare ska ges samma möjlighet att söka auktorisation för att bedriva offentligt finansierad vård på de villkor som Västra Götalandsregionen ställer.

Privata sjukgymnaster anser att de ska betraktas som kompletterande primärinsatser med bibehållen remissfrihet och egen behörighet att debitera central enhet för utförd rehabilitering.

SFAM Södra Älvsborg: Det finns risk för att VG primärvård leder till en överetablering i tätorter framförallt i de ekonomiskt starka områdena. Frågan måste utredas noggrant.

4. Regiongemensamma uppdrag

Handikappkommittén: I Kravboken bör betonas att verksamheten måste vara tillgänglig för alla i enlighet med regionens riktlinjer och standard för fysisk tillgänglighet och att verksamheten följer riktlinjerna för information i anpassad form samt att personalen ska ta del av den skiljebemötandebildningen.

Deltagande i vårdplanering och processer måste särskilt beaktas i kravboken. Det behöver exempelvis säkerställas att patienten kan ta med sig hjälpmedel i vårdkedjan även vid byte av vårdgivare.

I Kravboken skrivs om bas- och specialistkompetens när det gäller habilitering och rehabilitering. Kommittén pekar på att det är viktigt att olika begrepp definieras mycket tydligt så att medborgare och personal kan få så entydig information som möjligt.

Sektorsrådet för allmänmedicin: Vi tycker det är viktigt att VG primärvård i högre grad belyser olika typer av samverkan, ansvaret för detta och hur erfarenheterna av samverkan kan tas tillvara.

BVC bör även i fortsättningen betraktas som en allmänmedicinsk verksamhet, med tillgång till specialistkompetens inom allmänmedicin eller barnmedicin och BHV-läkare.

Det krävs inte att MVC nödvändigtvis samorganiseras med den allmänmedicinska verksamheten överallt i regionen.

Områdena hjälpmedel, avancerade hjälpmedel och ”särnär” bör inte ingå i basuppdraget, eftersom detta knappast kan omfatta arbetsterapeuter och dietister.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Det är svårt att se vilka konsekvenser VG primärvård får för verksamheten vid de fyra barnsjukhusen i regionen, barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna och BHV. Oklart är också hur samarbetet mellan dessa enheter och primärvården påverkas. Idéskissen berör heller inte vilka konsekvenser VG primärvård får för den närsjukvård som bl a byggs upp i Angered och Västra Frölunda.

Det är viktigt att det klargörs hur den sammanhållna ledningsfunktionen för specialistmottagningar, BHV och övrig våc-verksamhet vid respektive vårdcentral ska värnas.

Områdesansvaret är en förutsättning för kunna identifiera de barn som av medicinska och/eller psykosociala skäl behöver övervakning/behandling eller ökat stöd. Ansvaret för och samarbetet kring barn med funktionshinder, barn från socialt utsatta områden och kroniskt sjuka barn måste klargöras.

Hur ungdomsmottagningar ska organiseras i framtiden bör beskrivas tydligare.

Det bör utredas hur den framtida jourverksamheten ska organiseras och hur ansvaret för bemanning av jouren skall fördelas mellan primärvård och barnsjukvård vid sjukhus.

Samordningsförbundet Göteborg Centrum anser att det är av stor vikt att det i Kravboken finns med (och stöds av primärvårdspengen/ersättningar)

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete
- Primärvårdsrehabilitering
- Möjligheter till samordnad rehabilitering i flera former
- Tid för reflektion för samverkande parter i behandlingsarbetet med patienterna

Capio: Det bör stå leverantören fritt vilka specialiteter man väljer att komplettera den allmänmedicinska verksamheten med.

Vad som ska åstadkommas ska styras med ekonomiskt incitament mot en högre täckningsgrad. Hur bör lämnas fritt till leverantören.

Det bör finnas en klar koppling mellan prestationer och ersättning.

Bredd i uppdragets omfattning möjliggör kontinuitet och helhetssyn.

Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA) anser att den Kravbok som kommer att ligga till grund för att bedriva primärvård även ska innehålla följande områden:

- Samverkan genom samordningsförbund
- Tidig och samordnad rehabilitering i tvärprofessionella och tvärsektoriella team
- Tvärprofessionell kompetens såsom socionom, beteendevetare

SFAM Storgöteborg:Handledning och undervisning inom grundutbildningarna, och FoU måste ingå i grundåtagandet.

I idéskissen anges att verksamheten måste växa och att tillväxten inte ska begränsas av något tak. Det betyder att auktorisationen kan komma att utvecklas på ett ostyrbart sätt för koncernledning och region. Verksamheten kommer i princip att kunna ta in en obegränsad mängd andra specialister än allmänläkare. Stor risk finns då att den allmänmedicinska kunskapen – generalistkunskapen – trängs undan och att effektiviteten i primärvården sjunker. Uppdraget måste alltså begränsas. Gränsen kan enklast beskrivas i en (1) allmänmedicinsk specialist per 1 500 invånare.

5. Regiongemensam ersättning

Handikappkommittén: Det är angeläget att formen för ersättning fastställs så att människor med omfattande och komplexa vårdbehov inte riskerar att utgöra en grupp som blir mindre attraktiv för vårdgivare.

Sektorsrådet för allmänmedicin: Om patienter i hög grad besöker annan allmänmedicinsk mottagning än den där de är listade, kan detta komma att urgröpa ekonomin för de betalningsansvariga vårdcentralerna.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Vem tar hand om patienterna när årets ekonomiska ”prestationsram” uppnåtts?

Samordningsförbundet Göteborg Centrum föreslår att särskild ersättning ges vid uppfyllda mål som stimulans till de vårdenheter som gör ett gemensamt förbättringsarbete i samverkan med kommuner och andra aktörer.

Vill att viktningen av primärvårdspengen även speglar förhållandet med sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa.

Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA): Styrinstrument som ersättningsmodell och uppföljning bör utformas på så sätt att dessa underlättar samverkan.

Capio: Att kompensera för socioekonomiskt belastade områden m m säkrar att det kan vara attraktivt att etablera sig även i dessa och ger medel/möjligheter att möta de särskilda behov som finns.

Stor andel rörlig, prestationsrelaterad ersättning skapar önskade drivkrafter

Koppla ökad ersättning till ökad täckningsgrad.

Olyckligt med avgiftsfria besök. Högkostnadsskyddet finns. Läkaren måste förses med logistik och verktyg som gör det möjligt att bedöma och behandla fler patienter. Ersättning kopplat till prestation måste göras på ett tydligare sätt.

Ansvar för läkemedelsförskrivning för vanliga preparat men ej för dyra specialpreparat.

De privata sjukgymnasterna anser att sjukgymnastik/rehabilitering behöver frigöras från den föreslagna vårdpengen för att undvika risk för att rehabiliteringsresurser ska konkurrera med av vårdenheten initierade medicinska undersökningar, röntgenundersökningar, läkemedel mm. Framtida vårdenheters ekonomi ska enligt de privata sjukgymnasterna inte belastas för genomförd rehabilitering utförd på extern rehabklinik.

SFAM Storgöteborg: Bra med kapitationsersättning där hänsyn tas till skillnader i socioekonomi och geografisk lokalisering.

Bra att ”pinnar” inte kommer att vara underlag för ersättning till vårdenheterna.

Pengar måste avsättas på regionnivå för samarbetet med övriga specialiteter, socialbyrå, kommunal vård, rehabilitering samt för folkhälsoarbete.

Det ökade ansvaret för primärvården fordrar en större andel av den samlade sjukvårdsbudgeten. För att detta ska kunna ske fordras sannolikt mycket starka styrregler.

SFAM Södra Älvsborg:

- Bra att besök inte utgör underlag för ekonomisk ersättning.
- Kapitation kan vara bra om man väger in socioekonomi, tolkbehov, avstånd till sjukhus och ACG.
- Risk finns för osunda medicinska inslag när det föreligger ekonomiska incitament.
- Bra med avgiftsfrihet vid patientbesök.
- Bra att kvalitet premieras med 10% av den totala ersättningen för basuppdraget.

Det behövs en ”inte obetydlig” transferering av pengar från slutenvården primärvården. Hur detta ska gå till måste framgå mycket tydligare. Det behövs starka styrregler. Och det måste bli tydligt vem som ska betala för vad. Annars finns stor risk för kostnadövervältringar och olösta samverkansproblem.

Öronmärkta pengar behövs för sådant som inte alls är föremål för patienternas direkta efterfrågan: fortbildning, vidareutbildning, handledning av AT/ST, studenter och övriga, FoU, samverkansuppgifter, projekt.

Vårdenheternas kostnadsansvar för läkemedel: Det finns risk för att ekonomiska aspekter i ökande utsträckning gör sig gällande på bekostnad av medicinska överväganden.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Bra att ersättningen tar hänsyn till skillnader i socioekonomi, vårdtyngd och tolkbehov.

Bra att antalet besök inte nämns.

Vad gäller hälsobefrämjande insatser räcker det med ett fortsatt individorienterat synsätt. Generella förebyggande insatser kan rendera extra ersättning till de vårdcentraler som väljer att ägna sig åt detta.

6. Kvalitetskonkurrens och styrning

Sektorsrådet för allmänmedicin: De medicinska behoven måste prioriteras, så att viktigare insatser går före mindre viktiga insatser.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Det är viktigt att värna sambandet mellan specialistmottagningar inom barnmedicin och BVC, och att säkra en högt specialiserad vård av barn inom öppna vårdformer.

IFK Kliniken anser att man inom den nya primärvården ska ta hänsyn till vetenskapliga rön om effekterna av fysisk aktivitet och uppmuntra medborgarna att söka sig direkt till specialister inom detta område.

SFAM Storgöteborg: Bra att kvalitet premieras. Men det är förhållandevis komplicerat att utveckla goda kvalitetsindikatorer för primärvården. Förutom tillgänglighet är kontinuitet en viktig kvalitetsfaktor. Ytterligare en faktor som bör ingå är ”handledning och verksamhetsanknuten undervisning”. Utvecklingsarbetet inom kvalitetsområdet bör finansieras med ”speciella utvecklingsmedel”.

SFAM Södra Älvsborg: Patienten ska på sin vårdcentral ha rätt till en patientansvarig läkare (PAL). Viktigt för multisjuka, god diagnostisk kompetens, kvalitet, patientsäkerhet och kostnadseffektivitet.

Undvik sjukdomsinriktade kvalitetsindikatorer, då sådana mätningar lätt kan snedvrider den medicinska verksamheten. Välj istället ett fåtal breda men ändå konkreta kvalitetsmått som stimulerar till nytänkande och kreativitet: t ex läkarkontinuitetsindex (=andel som fått träffa samma läkare), tillgänglighetsmått som inkluderar telefonkontakt, kriterier för utbildningskapacitet.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Positivt är att medicinsk kvalitet nämns före bemötande och delaktighet.

Inom primärvården skulle det behövas en paus, ”ett bra nog” under några år. Särskilt om läkarna ska hantera patienter från arbetslivet där de ökande kraven orsakar psykisk ohälsa.

7. Uppföljning och öppna jämförelser

Handikappkommittén välkomnar möjligheten till en skarpare uppföljning och analys och skriver att brukarorganisationer efterlyser tydligare strukturerade former för uppföljning.

En viktig uppgift för den medicinska revisionen kommer att vara att granska så att en eventuell underförskrivning inte förekommer.

Sektorsrådet för allmänmedicin: Att jämföra sina resultat med andra, kopplat till nationella och regionala kvalitetsregister och vårdprogram, är starkt kvalitetsdrivande. System för uppföljning måste finnas och vara regionalt finansierade.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Databaser och journalsystem som medger full elektronisk överföring av patientdata mellan verksamheter krävs för att minska riskerna.

Samordningsförbundet Göteborg Hisingen (DELTA) vill betona att styrinstrument som ersättningsmodell och uppföljning utformas på så sätt att dessa underlättar samverkan.

Capio: Uppföljningar och jämförelser är självklara och stimulerar till lärande och utveckling.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Strävan efter högre rapportering av kvalitet riskerar att ta mer tid från patientarbetet. Viktigt därför att IT-systemet kan ”plockas på kvalitetsdata”, så att våc-personalen kan lägga mer tid på patienterna än nu.

8. Frihet under ansvar

Capio: Vill lyfta att den konkurrens som skapas faller inom rådande konkurrenslagstiftning och sker på lika villkor.

SFAM Södra Älvsborg: Det kommer sannolikt att behövas en ny typ av ledningsorganisation på offentligt bedrivna vårdenheter, det kommer att behövas individer med personal- och ekonomikompetens. Hur detta ska kunna ske med nuvarande ekonomiska resurser måste förtydligas.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Tanken att utjämna skillnader mellan offentliga och privat vårdgivare är bra, likaså att stärka enskilda vårdenheters ställning, befogenheter och skyldigheter. Även om det finns vissa nackdelar med detta.

9. Ledarskap

Capio: Viktigt att få frihet hur man organiserar verksamheten för uppfylla uppdraget.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Tvivlar på att läkarna kan avvara den tid som fordras för chefskapet. En lösning kan vara heltidsadministratörer och medicinskt ansvariga läkare i samverkan. Men kanske bör man istället backa från kraven på cheferna, om man vill stärka vårdenheternas självständiga roll.

10. Kompetensförsörjning och FoU

Sektorsrådet för allmänmedicin: Det måste finnas förutsättningar för en rimlig bemanning inom VG Primärvård, och behovet av att utbilda allmänspecialister behöver beaktas. Eftersom bemanning är en central fråga, måste primärvården satsa mer på handledning och verksamhetsanknuten undervisning. Detta måste ingå i grunduppdraget.

Om enstaka andra specialister än allmänläkare anställs inom primärvården, bör man fundera över vad detta innebär på sikt. Vad det betyder för dessa specialisters särskilda kompetens, för vårdkedjan, för rekryteringen av specialister till sjukhus, för vårdgarantifrågorna och för vårdenheternas möjligheter att klara det grundläggande allmänmedicinska uppdraget.

Som ett led i närsjukvårdsutvecklingen finns skäl att öka samverkan med ”andra primärvårdsnära specialister”. Men att flytta ut dessa till vårdcentraler leder inte till en väl utbyggd primärvård som det finns evidens för är effektivt. Det är allmänmedicinsk verksamhet det gäller.

Utvecklingen mot större vårdansvar för primärvården och det stora antalet patienter med flera kroniska sjukdomar fodrar mer FoU-verksamhet. En sådan utökning bör knytas till vårdcentralerna, om än inte ingå i deras grunduppdrag. FoU måste utgå från primärvårdens kliniska situation, där få av patienterna har en diagnos vid söktillfället. Att primärt utgå från en diagnos är en omöjlighet. Viktigt att studera är tillgänglighet, kontinuitet, närhet, effektivitet, positiva prediktiva värden, patienttillfredsställelse och ”compliance”.

Sektorsrådet för barnsjukvård: Ett utökat uppdrag med finansiering av fler ST-läkartjänster är avgörande för trygga kompetensförsörjningen av barnläkare. Utbildningsresurser som går till primärvården får inte ske på bekostnad av sjukhusvården.

Capio: Vill lyfta vikten av ett väl utvecklat system för avvikelshantering, förebyggande och korrigerande åtgärder och återkoppling för ett ständigt lärande och utveckling.

SFAM Storgöteborg: Pengar måste avsättas på regionnivå för utbildning och undervisning, och för FoU. Om inte primärvården understöds i dessa delar är det inte möjligt att öka rekryteringen av kompetent personal.

Förutom ekonomiska styrmedel kräver en effektiv handledning av AT- och ST-läkare en välfungerande studierektorsfunktion med egna ekonomiska medel, samt en väl fungerande och kraftfull regional administrativ organisation.

SFAM Södra Älvsborg: Den nya pv-organisationen löser inte bristen på allmänmedicinsk kompetens. Åtgärder för att öka antalet allmänmedicinare måste vidtas. Detta är grundproblemet.

Bra om bonus ges för handledning av studenter, AT- och ST-läkare, vårdutveckling, FoU, primärprevention och egen fort- och vidareutbildning.

Uppdraget och ansvaret vad gäller utbildning av AT- och ST-läkare behöver förtydligas. Och det behövs riktade insatser för att förmå AT-läkare att välja allmänmedicinsk specialitet.

Rullande kompetensutvecklingsplaner bör upprättas av varje allmänläkar-specialist.

Kanske bör man återuppliva så kallade pool-tjänster, men i en annan tappning än tidigare.

Magdalena Sjöstrand distriktsläkare, Borås: Kraftigt fokus bör läggas på hur allmänläkarbristen ska åtgärdas. Det går inte att förändra, förbättra och primärvården, om inte detta problem löses. Läkarbristen försämrar arbetsmiljön och ökar pressen på sjuksköterskorna.

Förteckning över remissinstanser som inkommit med svar samt övriga som inkommit med synpunkter.

1. Primärvårdsstyrelser

Styrelsen för Primärvården Fyrbodan
Styrelsen för Primärvården Göteborg
Styrelsen för Primärvården Skaraborg
Styrelsen för Primärvården Södra och mellersta Bohuslän
Styrelsen för Primärvården Södra Älvsborg

2. Hälso- och sjukvårdsnämnder

Hälso- och sjukvårdsnämnd 1, Norra Bohuslän
Hälso- och sjukvårdsnämnd 2, Dalsland
Hälso- och sjukvårdsnämnd 3, Trestad
Hälso- och sjukvårdsnämnd 4, Mellersta Bohuslän
Hälso- och sjukvårdsnämnd 5, Göteborg Centrum Väster
Hälso- och sjukvårdsnämnd 6, MittenÄlvsborg
Hälso- och sjukvårdsnämnd 7, Partille, Härryda Mölndal
Hälso- och sjukvårdsnämnd 8, Sjuhärad
Hälso- och sjukvårdsnämnden 9, Västra Skaraborg
Hälso- och sjukvårdsnämnden 10, Östra Skaraborg
Hälso- och sjukvårdsnämnd 11, Göteborg Hisingen
Hälso- och sjukvårdsnämnd 12, Göteborg Nordöstra

3. Sjukhusstyrelser

Styrelsen för Alingsås lasarett
Styrelsen för Kungälv sjukhus och Frölunda specialistsjukhus
Styrelsen för NU-sjukvården
Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus

4. Tandvårdsstyrelsen

5. Styrelsen för handikappverksamheten

6. Folkhälsokommittén

7. Servicenämnden

8. Brukarorganisationer

HSO Västra Götaland
HSO Göteborg

9. Pensionärsorganisationer

PRO distrikten i Västra Götaland
SKPF, Västra Götaland
SPF; Göteborg
SPF Skaraborg, Bohuslän och Norra Älvsborgs distr
SPF Göteborg
SPF, Södra Älvsborg

10. Kommunalförbunden

Kommunalförbundet Fyrbodan (29/5)
Sjuhärads Kommunalförbund (5/6)

11. Sahlgrenska Akademin

12. Kommuner

Bengtstors kommun
Dals-Eds kommun
Falköpings kommun
Färgelanda kommun
Gullspångs kommun
Göteborgs stad
Götene kommun
Kungälv kommun
Mariestads kommun
Melleruds kommun
Munkedals kommun
Partille kommun
Skara kommun
Sotenäs kommun
Stenungsunds kommun
Svenljunga kommun
Trollhättans stad
Töreboda kommun
Uddevalla kommun
Ulricehamns kommun
Vara kommun
Vänersborgs kommun
Åmåls kommun

15. Övriga

Handikappkommittén
Sektorsrådet i Allmänmedicin
Sektorsrådet för Barnsjukvård
Arbetsgruppen för kunskapsutbyte inom Primärvården Gbg och SU/Sahlgrenska
Samordningsförbundet Göteborg Centrum
Samordningsförbundet Göteborg Hisingen - Delta
Capio Sjukvård Norden
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Skaraborgskretsen
IFK Kliniken
Kuratorerna i Centrum/väster Primärvården Göteborg
Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds privatpraktikerförening i Göteborg
Magdalena Sjöstrand, distriktsläkare, Hindås VC
SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin, Stor-Göteborg
SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin, Södra Älvsborg