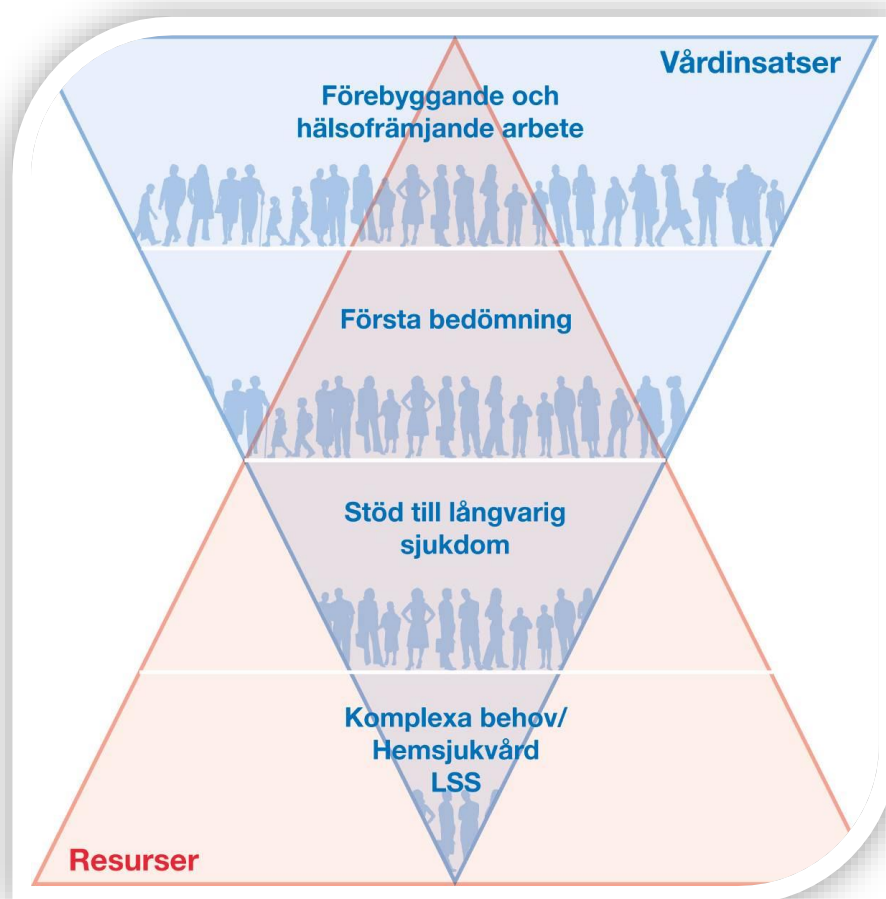


PRIMÄRVÅRDEN I FOKUS

Utveckling av sjukvårdssystemet



Mats Brännström, januari 2017

Preliminär rapport till styrgruppen 2017-01-10

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2017-01-10	Version 0.9 till projektstyrgruppen
2017-03-15	Version 1.0 redovisas till Förbundsdirektionen

Rapporten publiceras som pdf-dokument och finns fr om 2017-03-15 att ladda ned på www.norrlandstingen.se

Januari 2017

Mats Brännström, projektledare

Innehållsförteckning

1	Uppdraget	6
1.1	Projektmål	6
1.2	Verksamhetsnytta	6
1.3	Hur arbetet har bedrivits	6
1.4	Rapportens utgångspunkter och upplägg	7
2	Landstinget som huvudman för och beställare av primärvård	8
2.1	Primärvårdens historia	8
2.2	Primärvården i norra sjukvårdsregionen i dag	10
	Primärvård i städer	11
	Primärvård på landsbygd	11
	Primärvård i glesbygd	11
	Läkarbrist	11
	Samarbetet i primärvården i norra regionen	12
	Nationella utvecklingsprojekt	12
2.3	Målbild för primärvårdens roll i hälso- och sjukvården och vägen dit	14
	Primärvården i ett tioårsperspektiv	14
	Hur ser vägen ut till den önskade målbilden?	14
	Förslag	15
2.4	Balansen i sjukvårdssystemet	16
	Resurser	16
	Räkneexempel	19
	Uppdrag	19
	Fokus	19
	Förslag	19
2.5	Uppdrag och beställning	21
	Beställarfunktionen	21
	Framtagande av uppdrag och beställning	21
	Ersättningsmodellen	21
	Uppföljning	22
	Förslag	22
2.6	Kunskapsstyrning och fortbildning	24
	Kunskapsstöd för primärvården	24
	Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården	24
	Primärvårdskvalitet	25
	Läget i norra sjukvårdsregionen	26
	Fortbildning i primärvården	26
	Hur mycket kan landstingen göra tillsammans?	27
	Förslag	27

2.7	Forskning i primärvården i norra Sverige	28
	Vad är FoU?	28
	Varför ska landstingen bedriva klinisk forskning i primärvården?	28
	Vad är nuläget för sjukvårdsregionens primärvårdsforskning?	28
	Akademiska vårdcentraler	29
	Samverkan mellan landstingen och med universiteten	29
	Förslag	30
2.8	Läkare i primärvården	32
	Har vi brist på specialister i allmänmedicin?	32
	Utbildning av AT-läkare	32
	Utbildning av ST-läkare i allmänmedicin (Svårt att ha helt aktuella uppgifter)	33
	Om att vara studierektor	33
	Genomförande av ST-blocket	33
	Strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin	33
	Viktiga faktorer för att attrahera fler till ST i allmänmedicin	34
	Fler läkare i primärvården	35
	Förslag	36
2.9	Förebyggande och hälsofrämjande arbete	37
	Förslag	38
2.10	Verksamhetsutveckling med hjälp av IT	40
	Vård på distans ur ett primärvårdsperspektiv	41
	Arbetsgruppen "Vård på distans" gemensam för sjukvårdsregionen	43
	Breddinförande av vård på distans. exempel från NLL	43
	Förslag	44
2.11	Samverkan med andra aktörer	45
	Vem representerar primärvården?	45
	Samverkan med kommunerna	45
	Samverkan mellan primärvård och sjukhus	46
	Samverkan med andra aktörer	47
	Förslag	47
2.12	Tillgänglighet	48
	Förslag	49
3	Landstinget som utförare av primärvård	50
3.1	Målbild för den landstingsdrivna primärvården och vägen dit	50
	Vilken målbild har den landstingsdrivna primärvården?	50
	Hur ser vägen ut till den önskade målbilden?	50
	Förslag	50
3.2	Identitet och varumärke	52
	Landstingets primärvård – vilka är det?	52
3.3	Ledarskap	54
	Ledarskapets betydelse	54
	Har vård- och omsorg för många eller för få chefer?	54
	Landstingsdirektör	54

Primärvårdsdirektör eller motsvarande _____	55
Verksamhetschefer _____	55
Medicinskt ledningsansvar _____	56
Förslag _____	56
3.4 Utvecklingskapacitet _____	58
Utvecklingsstrategi _____	58
Centralt kunskapsstöd _____	59
Förhållandet till forskning och innovation _____	60
Landstingsdirektör _____	60
Primärvårdsdirektör eller motsvarande _____	61
Verksamhetschef _____	61
Medarbetare _____	61
ST-läkare _____	61
Struktur för utvecklingsarbetet _____	61
Förslag _____	62
3.5 Patientflöden i primärvården _____	64
Förebyggande och hälsofrämjande arbete _____	65
Första bedömning _____	65
Stöd till långvarig sjukdom _____	66
Komplexa behov/Hemsjukvård LSS _____	66
Förslag _____	66
4 Särskilda behovsområden _____	67
4.1 De mest sjuka äldre _____	67
Definition av målgruppen _____	67
Riktad och allmän primärvård _____	67
”Riktad primärvård” i dag i norra Sverige _____	67
Mobilt hembesöksteam _____	68
Listningsbar enhet för de mest sjuka äldre... _____	68
... med tillgång till vårdplatser _____	69
Trappmodell för riktad primärvård _____	69
Förslag _____	70
4.2 Psykisk ohälsa _____	71
Nationella aktiviteter _____	71
Från handlingsplan VLL _____	72
Från handlingsplan RJH _____	72
Från handlingsplan NLL _____	72
Från handlingsplan LVN _____	73
Primärvårdens eget uppdrag _____	73
Primärvårdens samarbete med specialistnivån dvs. Vuxenpsykiatri och Barn- och ungdomspsykiatri. _____	73
Förslag _____	73
4.3 Hjärtsvikt _____	75
Förslag _____	75
4.4 Patienter med behov enligt LSS _____	76

5	Verksamhetsutveckling med hjälp av ändrad arbetsfördelning	77
5.1	Exempel på omfördelning av arbetsuppgifter i primärvården	78
	Förslag	78
6	Vård och omsorg i glesbygd	79
6.1	Vägen framåt!	80
	Definition av glesbygdsmedicinska enheter	80
	Certifiering av läkare i glesbygd och satsning på avancerade kliniska sjuksköterskor (AKS)	80
	Fortsatt utveckling och forskning inom glesbygdsmedicin	81
	Rekrytering och personalfrågor	81
	Marknadsföring och kommunikation	81
	Verksamhetsutveckling med hjälp av IT	81
	Nya arbetsmodeller för vård och omsorg i glesbygd	81
	Förslag	82
7	Radikalt nytänkande (disruptiva innovationer)	83
	Förslag	84
8	Rapport från workshop med "yngre" medarbetare hösten 2016	85
	Mina reflektioner från denna resa	87
	Förslag	87
9	Litteratur	88

1 UPPDRAGET

Förbundsdirektionen i Norrlandstingens regionförbund (NRF) beslutade formellt den 2 mars 2016 att initiera ett projekt med syfte att komma med förslag på den fortsatta utvecklingen av primärvården i den norra sjukvårdsregionen. Styrgrupp för projektet har utgjorts av de fyra landstings-/regiondirektörerna. Till projektledare utsågs Mats Brännström. Projektet har löpt under elva månader från februari 2016 till januari 2017. Som projektgrupp har primärvårdschefer och beställarchefer fungerat.

1.1 PROJEKTMÅL

1. Projektet ska belysa primärvårdens roll i det framtida sjukvårdssystemet och hur uppdraget för vårdval behöver formuleras och begränsas.
2. Projektet ska formulera hur arbetssätten kan förändras för att klara morgondagens utmaningar, hur ny teknik/digitalisering ska användas i det primära utbudet, vilka alternativa former/kompetenser som bör användas för att möta patienternas/medborgarnas behov och hur primärvården på så sätt blir en attraktiv arbetsplats för medarbetarna.
3. Projektet ska föreslå hur rekrytering, dimensionering, utbildning och handledning av AT- och ST-tjänster kan förbättras för att säkerställa långsiktig bemanning.

1.2 VERKSAMHETSNYTTA

- Fler trygga och nöjda patienter
- Mer jämlik vård
- Hög tillgänglighet
- Goda medicinska resultat
- Resurseffektiva arbetssätt och rätt använd kompetens
- Attraktiv arbetsplats för medarbetare
- Minskat stafettberoende

1.3 HUR ARBETET HAR BEDRIVITS

Projektledaren har under året besökt drygt hälften av sjukvårdsregionens c:a 100 hälsocentraler och träffat i första hand verksamhetschefer men även andra medarbetare. Därutöver har följande aktiviteter pågått:

- Träffat primärvårdsledningar eller motsvarande
- Träffat beställarfunktioner

- Träffat IT-strateger
- Träffat FoU-ansvariga
- Skrivit underlag för remissvar "Effektiv vård"
- Nationella kontakter; Flippen, Psykisk hälsa, m.fl.
- Nationell styrgrupp för "Tillgänglighet i primärvård"
- Fördjupat samtal kring ledarskap
- Workshop med yngre medarbetare
- Träffat ett stort antal medarbetare ifrån olika yrkesgrupper

Under projektets gång har upplägg och innehåll redovisats och diskuterats i projektgrupp, styrgrupp och vid ett tillfälle i förbundsdirektionen. En blogg med text och kortare videoinslag har också funnits tillgänglig för eventuella kommentarer.

1.4 RAPPORTENS UTGÅNGSPUNKTER OCH UPPLÄGG

Rapporten fokuserar av naturliga skäl på områden som behöver förbättras och utvecklas. Det innebär förstås inte att det bara finns problem utan självklart så finns det många områden och aktiviteter som fungerar mycket bra. Rapporten är inte heller någon värdering av de enskilda landstingen.

Den diskussion som förs och de förslag som läggs har alla sin utgångspunkt i primärvården. De kan även vara giltiga för andra verksamheter eller sammanhang men det är inte utgångspunkten.

I rapporten används konsekvent begreppet "landsting" för tydlighetens skull i stället för att skilja på de som formellt är landsting och regioner samt för att inte blanda ihop det med den tidigare diskussionen om en större gemensam region ("storregion").

På samma sätt används också begreppet "hälsocentral" konsekvent trots att det förekommer andra benämningar.

En begränsning i rapporten är att projektledaren inte har tittat på journalsystemen trots att det finns synpunkter på dessa ute i verksamheterna.

Slutsatserna och förslagen i rapporten är projektledarens egna men kan naturligtvis även delas av andra.



2 LANDSTINGET SOM HUVUDMAN FÖR OCH BESTÄLLARE AV PRIMÄRVÅRD

2.1 PRIMÄRVÅRDENS HISTORIA

Allmänmedicinen har sitt ursprung i provinsialläkarväsendet som härstammar från 1600-talet.

I början av 1900-talet var de flesta läkare i Sverige allmänpraktiserande privatläkare. Dessutom fanns det omkring 500 så kallade tjänsteläkare som innefattade både provinsialläkare och stadsläkare. Däremot fanns det få sjukhusläkare. Allmänläkarvården var alltså helt dominerande.

Under första hälften av 1900-talet ökade antalet sjukhusläkare, det vill säga organspecialister, markant och det byggdes fler sjukhus. På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris och en statlig utredning 1958 diskuterade till och med om provinsialläkarna skulle avskaffas och att man i stället skulle bygga ut den öppna specialistvården.

1963 övertog landstingen ansvaret för provinsialläkarna. Då var ungefär 40 % av tjänsterna vakanta. Socialstyrelsen tog 1968 fram ett "Principprogram för den öppna vården" med riktlinjer för en kraftig satsning på öppenvård utanför sjukhus. Begreppet vårdcentral lanserades och 1968 startade landets första vårdcentral i skånska Dalby.

Under 1970-talet skedde en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden. Man delade också in verksamheten i vårdlag där läkare, distriktsköterska sjukgymnaster m.fl. hade ett områdesansvar. Under 1970-talet hade antalet distriktsläkare ökat men fortfarande saknade nära hälften av tjänsterna ordinarie innehavare eller var helt vakanta.

Seniora allmänläkare som varit verksamma i Norrland sedan 70-talet berättar att i primärvårdens "barndom" så fanns det en stark tro på utveckling. Man var en grupp av tämligen unga läkare som såg framför sig att kunna bli fler och ta på sig fler arbetsuppgifter.

Under 1990-talet skedde flera förändringar, bland annat Ädelreformen som innebar att kommunerna fick ansvaret för all medicinsk vård och omsorg vid ålderdomshem och lokala sjukhem förutom läkarinsatser. Detta ansvar lades i stället på primärvården

Under 90-talet förändrades också samhällsekonomi vilket ledde till att hälso- och sjukvården inte kunde expandera i den takt som dittills skett. På sjukhusen möjliggjorde medicinska framsteg allt kortare vårdtider och att antalet vårdplatser minskades vilket bromsade kostnaderna. Men samtidigt ökade kraven på primärvården att koordinera den allt mer fragmentiserade vården.

År 2000 fattade riksdagen beslut om en nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Målet var att stärka primärvården och vård och omsorg av äldre. Dessutom skulle stödet till vissa grupper med psykisk ohälsa förbättras och mångfalden bland vårdgivare öka.

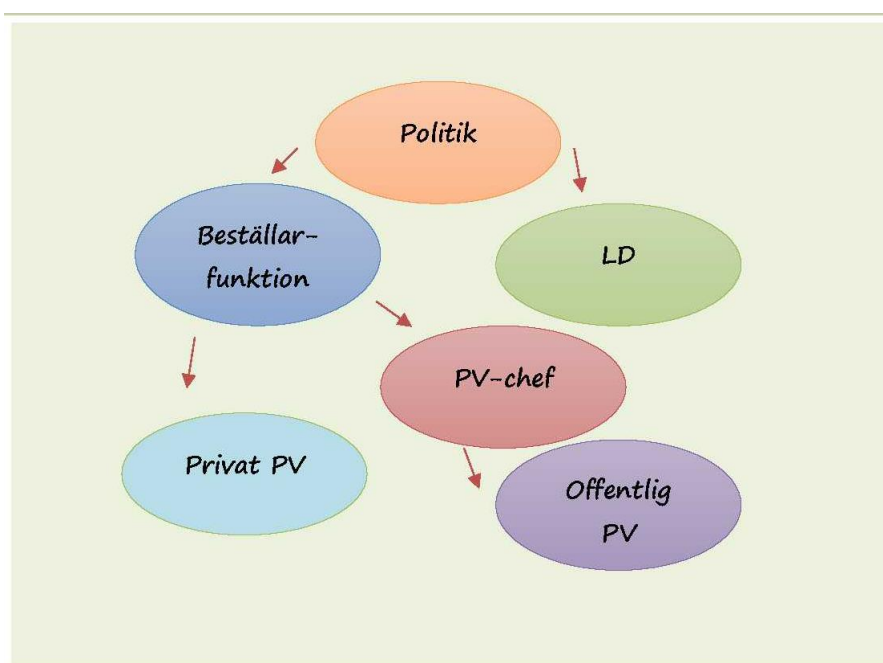
Mellan åren 2001-2004 fick landets kommuner och landsting dela på 9 miljarder kronor för att klara genomförandet av handlingsplanen. Socialstyrelsens slutrapport visade att handlingsplanen hade en liten effekt på hälso- och sjukvårdens utveckling. Många landsting byggde ut sjukvårdsrådgivningen och införde olika telefonpassningssystem för att öka tillgängligheten i primärvården. Men rapporten visar också att landstingen inte lyckades föra över resurser från sjukhusen till primärvården. Trots tillskottet av statliga pengar ökade inte kostnadsandelarna för primärvården och psykiatrin i förhållande till den specialiserade sjukhusvården.

2.2 PRIMÄRVÅRDEN I NORRA SJUKVÅRDSREGIONEN I DAG

Det finns c:a 100 hälsocentraler i norra Sverige beroende på hur man definierar filialer. Den övervägande delen är offentligt drivna men andelen privata utförare varierar mellan landstingen. I Västernorrland utgör de privata 37 % och i de övriga 12-19 %.

Om man betraktar hälso- och sjukvården som ett system där de ingående delarna är ömsesidigt beroende av varandra och där beslut avseende en del av systemet påverkar övriga delar så är det sannolikt en fördel om övergripande planering och beslut för den samlade hälso- och sjukvården hålls ihop på en punkt. Det är inte helt tydligt i alla landsting.

Den politiska ledningen har som sitt verktyg för att utforma beställningen av primärvård en beställarfunktion. Se avsnitt om uppdrag och beställning.



Landstingsdirektören representerar här landstingets utförarorganisation. Primärvårdschefen eller motsvarande finns i samtliga landsting med i landstingsdirektörens ledningsgrupp. Därutöver finns det i flera av landstingen även särskilda ledningsgrupper för hälso- och sjukvård där också primärvårdschefen eller motsvarande finns med.

I tre av landstingen utgör primärvården egna organisationer. Undantaget är Norrbotten där primärvården är en del av närsjukvårdens organisation. I denna ingår även medicin, psykiatri, akutsjukvård och rehabilitering mm.

Primärvård kan betraktas som en tämligen likartad verksamhet inte minst eftersom den i huvudsak har samma uppdrag. Det som däremot skiljer sig åt är det sammanhang som man verkar i och de olika förutsättningar man har för att lösa sitt uppdrag. Jag tycker mig urskilja tre typer av primärvård i norra sjukvårdsregionen.

Primärvård i städer

Detta är hälsocentraler i tätbefolkat område. Ofta något större enheter med 10–20,000 listade patienter. Andra karakteristika är den relativa närheten till sjukhus och att en jämförelsevis stor andel av befolkningens öppenvårdsbesök sker på sjukhuset (den s.k. täckningsgraden är låg). Man kan också se en större rörlighet hos patienterna att byta hälsocentral sannolikt för att det helt enkelt finns fler alternativ. Man kan också se en ökad tendens till profilering hos medarbetarna det vill säga att man har fördelat arbetsuppgifter mellan kollegorna efter intresse och kompetens.

Kanske finns det också andra förväntningar på öppettider och tillgänglighet från befolkningen i städerna som jämför med annan tillgänglig samhällsservice.

Primärvård på landsbygd

Här är hälsocentralen ofta är den enda vårdinrättningen i området. Antalet listade patienter är färre, 4-7000 och befolkningens genomsnittsålder är högre. Här sker det inte så stora rörelser i patientgruppen och det är sällan det finns privata utförare som konkurrerar. En större andel av patienterna gör sina öppenvårdsbesök på hälsocentralerna eftersom det kan vara 3-5 mil till närmaste sjukhus. Samarbetet med kommunen är ofta enklare än i stadsbygd förmodligen på grund av att det är färre personer inblandade och att man har större kännedom om varandras verksamheter. Hälsocentralen blir mer av en medelpunkt i samhället än i staden.

Primärvård i glesbygd

Dessa hälsocentraler (kallas ibland även för sjukstugor) har ofta mer än 10 mil till närmaste sjukhus och därmed ett bredare uppdrag. Ofta har man jouröppet dygnet runt, disponerar 4-6 vårdplatser, har egen ambulans och röntgenutrustning. Det är alltså ett slags "minisjukhus" som förväntas hantera akut sjukdom, observation, rehabilitering och palliativ vård i behov av slutna vård. En mycket liten del av befolkningens öppenvårdsbesök sker på sjukhus utan i stället på hälsocentralen (hög täckningsgrad).

På vissa orter är dessutom behovet uttalat säsongsb beroende t.ex. av turism; Åre; Tärnaby/Hemavan eller av biltestverksamhet i Arjeplog.

Jag menar att man i större utsträckning än som sker i dag borde ta hänsyn till i vilket sammanhang och vilka förutsättningar som primärvården finns i när man diskuterar utvecklingsfrågor. Kanske är det så att man går vilse i detta om man försöker implementera lösningar från städer i glesbygd och vice versa. Borde man låta enheter från likartade områden träffa varandra i större utsträckning?

Läkarbrist

Primärvården i norr karaktäriseras också i stor utsträckning av läkarbrist. Detta påverkar verksamheten i form av utebliven läkarmedverkan i utvecklingsarbete, minskade möjligheter att utbilda ST-läkare och

höga kostnader. För patienterna innebär det bristande kontinuitet och därmed minskad medicinsk säkerhet.

Samarbetet i primärvården i norra regionen

Under 70-talet skedde en del möten i norra regionen främst mellan läkare på initiativ av fackliga företrädare. På 80 och 90-talet ökade antalet möten och vid millennieskiftet så inleddes möten på chefsnivå med bland andra chefsläkare och därmed diskuterades delvis andra typer av frågor.

Under ett antal år på 2000-talet har det funnits en primärvårdsgrupp för samverkan inom sjukvårdsregionen inom ramen för NRF.

2007-2008 träffades primärvårdsföreträdare och arbetade tillsammans med förberedelserna för vårdval. I samband med detta så upphörde NRF's primärvårdsgrupp.

I dialoger i samband med överenskommelser mellan SKL och staten samt olika initiativ kring kunskapsstyrning närmar sig den nationella nivån inte längre enskilda landsting utan i stället sjukvårdsregionerna. 2015 samlades därför de fyra primärvårdscheferna samt beställarcheferna under namnet "Primärvården i norr". Denna gruppering har träffats vid några tillfällen under 2016 och främst diskuterat gemensamma frågor initierade av nationella aktörer.

Nationella utvecklingsprojekt

Flippen

Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar görs en satsning på innovativa arbetsätt i primärvården.

Aktuella frågeställningar i projektet

- *Främja lärande, utveckling och innovation: vi erbjuder en nationell arena/plattform för att dela kunskap bestående av både fysiska mötesplatser och digitala rum.*
- *Hitta nya sätt att beskriva invånarens behov: vi tar fram metoder för att tydliggöra mönster i invånarnas personliga egenskaper och behov.*
- *Skapa stödjande strukturer med fokus på utveckling: Hur kan man jobba i landstingen för att systematiskt stödja utveckling i primärvården? Hur kan man anpassa utvecklingsstödet beroende på vilka förutsättningar vårdcentralen har idag?*

I projektets första fas har en hälsocentral i varje sjukvårdsregion deltagit och för norra regionen är det Övertorneå hälsocentral. Här har man utvecklat jourmottagning med läkare på distans via videoteknik, avancerade kliniska sjuksköterskor och personcentrerade arbetsätt för de med kommunen gemensamma patienterna.

Uppdrag psykisk hälsa

Regeringen har under 2015 initierat en översyn av behov och utmaningar på området psykisk hälsa. Resultatet är en långsiktig plan med fem fokusområden för fem år framåt. För 2016 har det slutits en överenskommelse mellan staten och SKL med målsättningen att sluta likartade överenskommelser för 2017 och 2018. De stimulansmedel som staten tillskjuter går till landsting och kommuner för att göra analyser, utforma handlingsplaner lokalt och regionalt och påbörja ett långsiktigt arbete. Särskilda medel avsätts för att ta nya initiativ att nå unga och särskilda satsningar på ungdomsmottagningar.

Respektive landsting i norra sjukvårdsregionen har gjort en analys och handlingsplan som man skickat in i oktober 2016.

2.3 MÅLBILD FÖR PRIMÄRVÅRDENS ROLL I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN OCH VÄGEN DIT

Vid intervjuer med nära hälften av alla verksamhetschefer i primärvården i norra Sverige framkommer att **ingen** av dessa har någon tydlig uppfattning om hur respektive landsting som huvudman vill att primärvården ska utvecklas de närmaste åren. Antingen finns det en vision för primärvården som man inte har lyckats kommunicera eller också saknas den.

Den primärvård jag möter präglas av en frustration över en tilltagande arbetsmängd, en upplevd otydlighet i uppdraget och en avsaknad av en vision och riktning. Detta måste ses som allvarligt och i förlängningen sannolikt en bidragande orsak till svårigheterna att rekrytera medarbetare.

Någon större hjälp för att förtydliga primärvårdens uppdrag och därmed roll i systemet får man heller inte av den aktuella lagstiftningen.

5 § första stycket HSL; Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Precis som utredningen "Effektiv vård" pekar på så innebär detta en slags omvänd definition där allt som inte behöver göras på sjukhus är primärvård. Mot bakgrund av den accelererande medicintekniska utvecklingen med allt mer poliklinisering och vård utanför sjukhus så blir detta snabbt ett mycket omfattande uppdrag.

Primärvården i ett tioårsperspektiv

En mer jämlik och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård förutsätter också en förändrad balans i systemet som bättre svarar mot dagens och inte minst morgondagens behov. Det finns knappast några enkla eller snabba lösningar utan det krävs en tydlig målbild, ett långsiktigt perspektiv och en uthållighet för att uppnå detta. Vilken övergripande viljeriktning finns för primärvårdens roll i systemet i ett tioårs perspektiv?

Hur ser vägen ut till den önskade målbilden?

I detta kapitel om landstingen som huvudman för och beställare av primärvård kan de följande avsnitten ses som min bedömning av de viktigaste faktorerna, eller om man så vill strategin, för vägen dit:

- Balansen i sjukvårdssystemet.
- Uppdrag och beställning
- Kunskapsstyrning
- Forskning

- Läkare i primärvården
- Förebyggande och hälsofrämjande
- Verksamhetsutveckling med hjälp av IT
- Samverkan
- Tillgänglighet

Förslag:

- För att öka möjligheterna att uppnå ett mer jämlikt och effektivt hälso- och sjukvårdssystem behövs en tydlig målbild för primärvårdens roll i systemet och en uttalad strategi för att uppnå detta. Ett tioårsperspektiv skulle ge ledning och verksamheter förutsättningar att genomföra detta samtidigt som det tämligen omgående skulle sända signaler till nuvarande och framför allt tillkommande medarbetare att primärvården är ett viktigt område för framtiden.

2.4 BALANSEN I SJUKVÅRDSSYSTEMET

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen och uppdragsfördelningen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en bidragande orsak till ineffektivitet i hela hälso- och sjukvårdssystemet "Effektiv vård"

Balansen avser enligt min mening såväl resurser, uppdrag som fokus.

Som tidigare beskrivits så har Sverige satsat förhållandevis mycket av hälso- och sjukvårdens resurser på sjukhusen. Det visar sig bland annat i att vi är ett av de länder i världen som har flest sjukhusläkare per invånare. Som en följd av detta så har generationer av medborgare blivit invanda med att en stor del av vården sker på sjukhus och att det är där tryggheten finns. Jag menar att det är mot den bakgrunden som man ska se de uttalade svårigheterna att fatta beslut som påverkar den nuvarande strukturen.

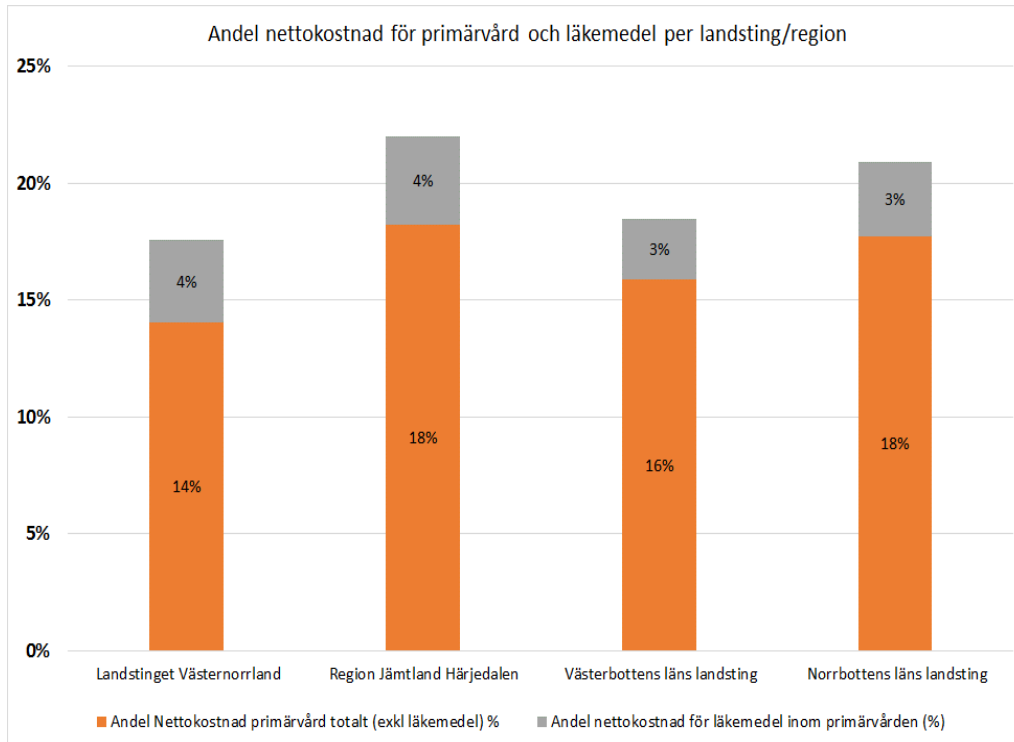
Vi kan också se att när det uppstår sviktsituationer i primärvården t.ex. kring de mest sjuka äldre så överförs inte resurser i vanlig mening till primärvården utan i stället görs det insatser från sjukhusen t.ex. i form av hemsjukvårdsteam etc. Detta är naturligtvis inte fel i sak men ur systemsynpunkt så är det lite märkligt. Systemet verkar sträva efter att upprätthålla nuvarande balans.

Dessutom finns det en slags sammanblandning mellan begreppen primärvård och allmänmedicin. Primärvård är en vårdnivå och ett organisatoriskt begrepp medan allmänmedicin är en medicinsk specialitet. Man måste komma ihåg att primärvård utgörs av ett större arbetsfält där visserligen den största delen utförs av den medicinska specialiteten allmänmedicin men inte allting. Även andra specialiteter utför primärvård. Ett vanligt exempel är gynekologi företrädesvis i städer där huvuddelen av kvinnorna söker direkt till kvinnosjukvården som då alltså utför ett primärvårdsuppdrag. Liknande exempel finns inom barnsjukvården.

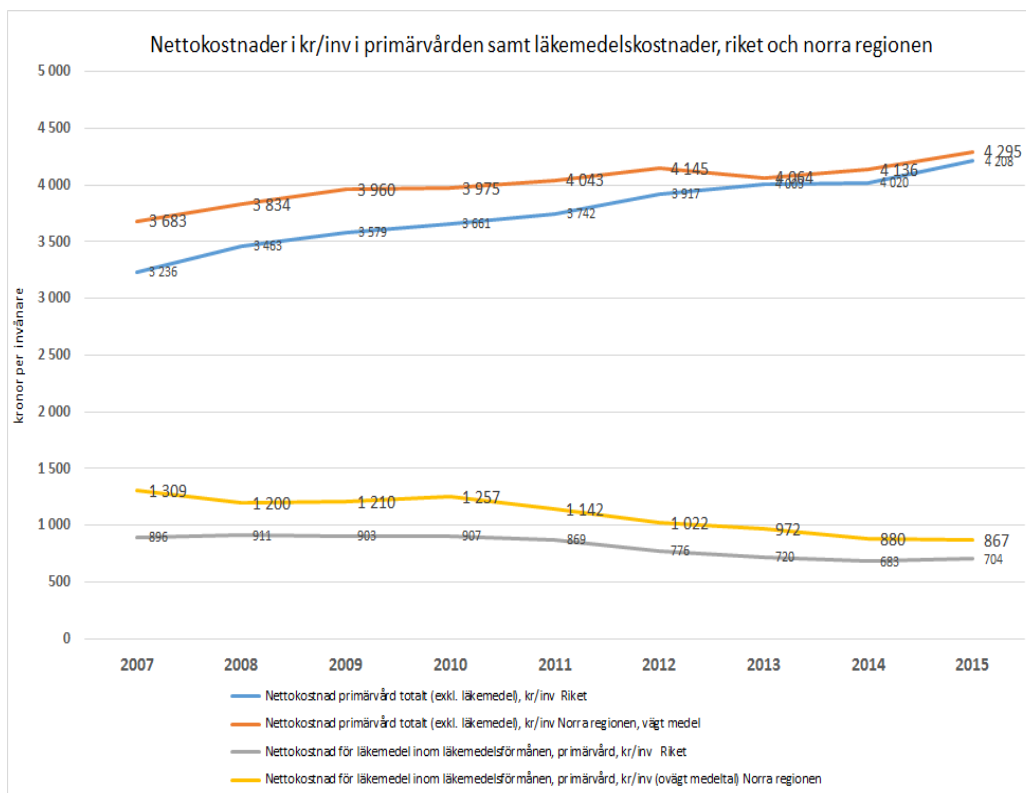
En överflyttning av resurser från sjukhus till primärvård behöver inte alltid innebära att man lösgör medel utan det kan också innebära att man omdefinierar resurser till den verksamhet där uppdraget finns. Här tänker jag bland annat på de hemsjukvårdsteamerna och andra sjukhusanknutna verksamheter som utför primärvård.

Resurser

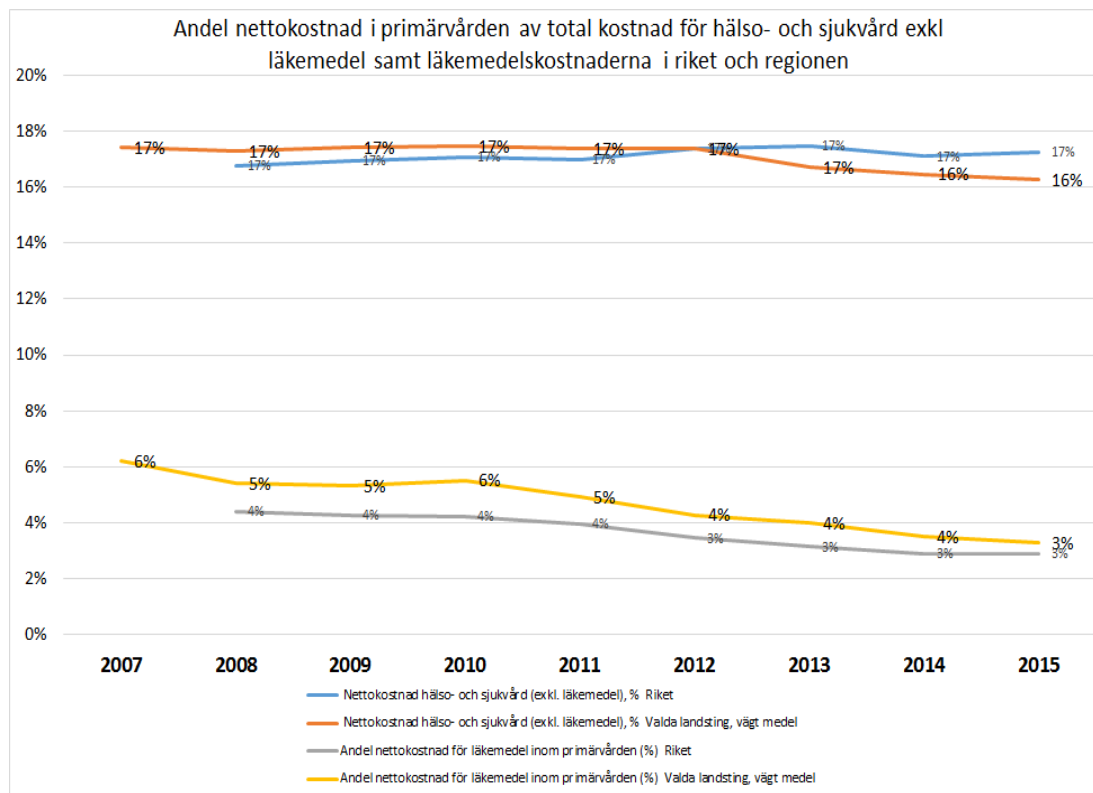
Enligt SKL's statistik för 2015 utgör primärvårdens andel av nettokostnaderna för hälso- och sjukvården exklusive läkemedel 17 % i genomsnitt i Sverige. Kostnadsandelarna mellan vårdens huvudområden har varit oförändrade under 2000-talet.



Källa: KOLADA 2015 (SKL)



Källa: KOLADA 2015 (SKL)



Källa: KOLADA 2015 (SKL)

Av ovanstående bild framgår att primärvårdens andel av den totala nettokostnaden för hälso- och sjukvården i norra Sverige ligger på en någorlunda konstant eller möjligtvis sjunkande nivå.

Nettokostnader för hälso- och sjukvården:

	Antal inv	Kostnader /inv	Totalkostnad	1%
NLL	249 733	24 642	6.2 mdr	62 mkr
VLL	263 378	23 574	6.2 mdr	62 mkr
LVN	243 897	23 252	5.7 mdr	57 mkr
RJH	127 376	25 013	3.2 mdr	32 mkr

Källa: KOLADA 2015 (SKL)

Räkneexempel

Ett landsting i norra sjukvårdsregionen med ungefär 250 000 invånare har en nettokostnad för hälso- och sjukvård på ca 6.0 miljarder kr. En procent av detta utgör då 60 miljoner kronor.

Om man antar att kostnadsutvecklingen fortsätter att vara lika för sjukhusvård och primärvård så skulle en kontinuerlig årlig förflyttning motsvarande 0.5% av resurserna under en tioårsperiod öka primärvårdens andel från 16 % till 21 %.

Uppdrag

Primärvårdens uppdrag utgörs av den formella beställningen. Men i praktiken kan en betydande del av primärvårdens uppdrag också definieras som arbetsfördelningen mellan primärvård och sjukhus. Som tidigare nämnts får man här ingen hjälp av aktuell lagstiftning utan det kräver ett lokalt arbete. Hur väl detta är reglerat varierar. Det finns i primärvården en utbredd uppfattning att man är "springpojkar" åt sjukhusen och att det överförs arbetsuppgifter inte minst av administrativ karaktär utan underliggande beslut. Det finns frekventa exempel på det, t.ex. sjukskrivningar eller insättande av medicinering på APO-dos som överförs till primärvården. I många fall torde också den arbetsfördelningen verka helt obegriplig för patienterna.

Men det finns också exempel på arbeten som försöker ställa detta tillrätta. Projektet "Göra klart" som bedrivs i Piteå närsjukvårdsområde innebär att man i ett särskilt arbete fördjupat samtalet och förutom redan beslutade vårdprogram gjort en överenskommelse om vad som är mest rationellt att göra i slutenvård respektive primärvård.

Fokus

I många sammanhang har jag fått synpunkten att primärvårdens status måste höjas. Rimligen är det många faktorer som spelar in och en del av dem är svåra att påverka. Men en sak som går att påverka är vilket fokus som högsta ledningen lägger på primärvården. Utgår planeringen av systemet från den tänkta basen dvs. primärvården? Finns det en risk att den högsta ledningen till och med kommit längre ifrån primärvården när vårdvalet numera regleras av en särskild beställarfunktion?

Förslag:

- Omfördelning av resurser kan ske på flera sätt. Dels en regelrätt budgetminskning för sjukhusvården och överflyttning av pengarna. Men också en överflyttning av resurser som per definition bedriver primärvård, hemsjukvårdsverksamheter etc.
- Ledningen behöver försäkra sig om att det finns levande dokument som reglerar arbetsfördelningen mellan sjukhus och primärvård. Nyckeln handlar om att hitta engagemanget och tiden för att genomföra detta.

- Följa och utvärdera projektet "Göra klart" och ta ställning till om inte liknande aktiviteter borde genomföras på fler ställen.

2.5 UPPDRAG OCH BESTÄLLNING

Beställarfunktionen

Varje landsting har format en särskild organisation med uppdrag att bereda förfrågningsunderlag inklusive ersättningsmodeller inför politiska beslut, administrera ansökningar, avtal och ta fram förslag till uppföljningsplaner, ekonomiskt ansvar för fördelning av primärvårdens resurser. m.m.

Organisationen har antingen utformats som en egen enhet där olika kompetenser samlats eller som en funktion där olika kompetenser ingår i form av ett nätverk. Mitt intryck är att beställarfunktionerna hade större resurser de första åren men att antalet medarbetare som sköter denna verksamhet har minskat och i några landsting i dag endast utgörs av en person. För att kunna göra en strategiskt riktig och medicinskt relevant beställning och uppföljning av primärvård så måste det anses viktigt med tillräcklig medicinsk kompetens i beställarfunktionen. I praktiken har detta visat sig vara svårt att upprätthålla i norrlandstingen och man har varit hänvisade till att "låna" denna kompetens från de landstingsdrivna utförarna med de risker för sammanblandning av roller som det innebär.

Beställarfunktionerna i sjukvårdsregionen träffas fyra gånger per år eller oftare vid behov och utbyter erfarenheter. Någon formell synkronisering av uppdrag eller beställning sker inte längre mellan landstingen. Det finns också ett nationellt Vårdvals nätverk som träffas två gånger per år där man klarar ut mer principiella frågeställningar bland annat av juridisk karaktär.

Framtagande av uppdrag och beställning

Beställarfunktionerna håller sig uppdaterade om ändringar i lagstiftning för hälso- och sjukvården i allmänhet och vårdval i synnerhet. Man har utformat mötena med utförarna, såväl de privata som de landstingsdrivna på lite olika sätt men generellt finns återkommande forum för diskussion om uppdraget och beställningens utformning. Med lagstiftning och synpunkter från utförarna samt i vissa landsting resultat från den löpande uppföljningen tar så beställarfunktionen fram ett förslag som presenteras för ansvariga politiker.

Ersättningsmodellen

Liksom uppdragets utformning har inte heller ersättningsmodellen i den fyra norrlandstingen förändrats på något principiellt sätt sedan vårdvalets införande. Beståndsdelarna i den fasta respektive rörliga delen har dock ändrats över tid. En utmaning är att hitta rätt balans mellan de faktorer som styr vårdpengens uppbyggnad. Andelen vårdtyngd (ACG, används inte av RJH) och socioekonomi (CNI) har ökat under åren. Framför allt har socioekonomi fått en större tyngd, undantaget VLL, och diskussioner pågår om att eventuellt öka denna ytterligare något. En annan faktor som ytterst kräver en politisk bedömning är hur stort glesbygdstillägget ska vara. Där har de fyra landstingen gjort något olika prioriteringar.

En mycket liten andel av ersättningen är kopplade till specifika mål t.ex. medicinska utfall. Mindre än en procent, hos RJH ingenting alls, av ersättningen till primärvården är målbaserade. Skälet till detta är att det anses svårt att utforma relevanta mått som styr vården rätt.

Flera av landstingen har under dessa år provat modellen att ha en summa pengar avsatt hos beställarfunktionen som är sökbara för olika utvecklingsaktiviteter. Något landsting har lämnat det upplägget då det blev för administrativt tungrott och därmed dyrt att hantera.

Uppföljning

Utvecklingen av uppföljningen av primärvården har kommit olika långt i de fyra landstingen. I de landsting där utvecklingen är relativt utvecklad genomför man platsbesök med fördjupade dialoger. Frekvens och upplägg varierar dock något mellan landstingen.

Vid mina samtal med verksamhetschefer i primärvården såväl offentligt drivna som privata så har det inte framkommit några direkta klagomål mot beställarfunktionerna. Man upplever att man har en bra dialog och möjligheter att lämna synpunkter på beställningen. De första åren verkar det ha funnits en större osäkerhet och oenighet kring vissa frågor men det har minskat med tiden.

När det gäller uppföljningen så är framför allt de fördjupade dialogerna ofta uppskattade av utförarna. Däremot finns det synpunkter på vilka data som ska inrapporteras även om samsynen även här tycks ha ökat med åren. I några landsting har den offentligt drivna primärvården upplevt ett dubbelarbete med att rapportera dels till beställaren och dels till den egna linjen. Beställarfunktionerna har dock aktivt försökt samordna sin uppföljning med "linjeuppföljningen" i landstingen för att minska onödig rapportering.

På några håll verkar utförarna se beställarfunktionen som en tydliggörare av primärvårdens behov gentemot landstingen framför allt vid budgetdiskussioner. Med det perspektivet så är det flera som har beklagat att beställarfunktionerna har försvagats i några av landstingen.

I något landsting så har det uppstått en otydlighet i beställarfunktionens roll gentemot privata utförare. Andra aktörer, kommuner eller enskilda patienter har uppfattat beställarfunktionen som en "ingång" till de privata utförarna vilket man naturligtvis inte är.

I olika sammanhang t.ex. i diskussioner om samverkansfrågor kan det vara opraktiskt att alla utförare deltar. Förutom primärvårdschefen skulle en utsedd representant för de privata utförarna kunna underlätta dialog och beslutsfattande. Beställarfunktionen ska inte ha rollen som talesperson för någon utförare.

Förslag:

- Överväg om beställarenheterna ska få ett utvidgat uppdrag som även innefattar området kunskapsstyrning för primärvården. Med rätt kompetenser och bemanning så kan förmågan att utveckla och upprätthålla vårdprogram, uppföljning och fortbildning sannolikt öka avsevärt.

Området är också de facto producentneutralt. Ett sådant utvidgat uppdrag skulle dessutom kunna organiseras gemensamt för landstingen. Se för övrigt avsnittet Kunskapsstyrning.

- Redan samarbetet mellan dagens beställarenheter i sjukvårdsregionen borde kunna öka inom vissa områden. Kan man nyttja en gemensam medicinsk kompetens? Kan man granska varandras verksamheter? Förslagsvis ger landstingsdirektörerna företrädarna för beställarfunktionerna ett uppdrag att inventera och föreslå på vilket sätt resurserna skulle kunna samnyttjas.

2.6 KUNSKAPSSTYRNING OCH FORTBILDNING

I detta avsnitt ska begreppet kunskapsstyrning förstås som ambitionen att tillgängliggöra bästa möjliga kunskap i mötet med patienten. För det krävs tre huvudkomponenter: Kunskapsunderlag, mätsystem och stöd till förbättring.

Nedan diskuteras de två första medan stödet till förbättring återfinns i avsnittet om Utvecklingskapacitet.

Kunskapsstöd för primärvården

Som en del av kunskapsstyrningen måste det finnas lätt tillgängliga underlag för **vad** som är evidensbaserade åtgärder. Men det behöver också finnas underlag för **hur** man praktiskt hanterar vissa frågor t.ex. när och till vem man remitterar, lokala läkemedelsval etc.

Alla fyra landsting har vårdprogram för hälso- och sjukvården och det finns flera olika typer av dokument. Vårdprogram som handlar om:

- en diagnos och hur den behandlas på specialistklinik
- en diagnos och hur den behandlas i primärvård
- hur diagnoser behandlas i såväl primärvård som specialistvård
- ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistvård för en viss diagnos eller diagnosgrupp
- olika kombinationer av ovanstående
- mm.

Exempel på detta är; Behandlingslinjer, Zamsyn, Handläggningsöverenskommelser (HÖK), Vårdpraxis, APPar (arbetsfördelning primärvård/psykiatri) mm.

Dessvärre är det inte ovanligt att dokumenten och överenskommelserna görs som punktinsatser och inte systematiskt och uthålligt. I Västernorrland har man dock lyckats upprätthålla en bestående struktur och man har framgångsrikt producerat ett 40-tal behandlingslinjer som allmänt anses som mycket användbara.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården

Med medel från "Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014-2017" genomförs via SKL ett nationellt projekt för att ta fram diagnos- och behandlingsrekommendationer för primärvården. Målet är att bygga upp ett system för att upprätthålla ett nationellt kunskapsstöd.

En av delarna är en *nationell redaktion* som ska granska och sammanställa kunskapsstöd inom ett antal för primärvården relevanta ämnesområden. Under 2016 har man fyllt de kliniska kunskapsstöden med texter som ställts till förfogande av Stockholms läns landsting, Region Jönköpings län och Region Skåne.

En annan del är det *IT-verktyg* man utvecklat för att samla materialet och som för närvarande innehåller 340 dokument inom 25 ämnesområden.

För den fortsatta förvaltningen och för att utveckla nya dokument ska det under 2017 bildas *nationella ämnesgrupper* enligt nedan:

- Solidariskt ansvar där alla sjukvårdsregioner deltar med att ansvara för ämnesgrupper.
- De sex sjukvårdsregionerna tilldelas ett ansvar för c:a 3-4 ämnesgrupper vardera efter att ha tillfrågats om intresseområden.
- Sjukvårdsregionerna utser deltagare i ämnesgrupperna utifrån ansvar, sammansättning, jäv etc.
- Förslaget är att norra sjukvårdsregionen bemannar två ämnesområden (infektion och smittskydd och öron- näsa – hals).

Ämnesgruppernas samlade material överlämnas sedan till *lokala (regionala) redaktioner* som ska anpassa materialet till det lokala behovet.

Målet är att hela systemet med ämnesgrupper och redaktioner ska vara i drift och finansieras av landsting/regioner from 2018

Även om det finns goda exempel på användbara kunskapsunderlag för primärvården i norra sjukvårdsregionen så bedömer jag att den nationella satsningen har bättre förutsättningar att bli ett användbart och effektivt kunskapsstöd.

Primärvårdskvalitet

En annan viktig del i kunskapsstyrningen är en fungerande återkoppling av resultat till verksamheten. Sverige ligger som nation långt framme när det gäller kvalitetsregister men det har hela tiden funnit svårigheter att finna en användbar koppling till primärvården. Orsakerna är bland annat att primärvården inte på samma sätt är diagnosrelaterad som övrig hälso- och sjukvård och att det finns andra mått som behövs för att komplettera bilden av hur primärvården fungerar.

Inom ramen för samma nationella satsning som för kunskapsstödet genomförs även ett nationellt projekt kallat: "Primärvårdskvalitet - ett system till stöd för lärande och förbättring".

Syftet är att ge underlag för analys och diskussioner kring kvalitet, såväl på den enskilda vårdcentralen som på regional och nationell nivå. Det är framtaget i samarbete mellan SKL, Nationella kvalitetsregister och professionsföreningarna.

Systemet innehåller evidensbaserade kvalitetsindikatorer som omfattar de vanligaste kroniska- och infektionssjukdomarna i primärvården men även mer övergripande områden som samsjuklighet och kontinuitet. För närvarande finns det 82 indikatorer och all data hämtas automatiskt ur journaler och andra datakällor, därför behövs det ingen extra registrering.

På vårdcentralen kan individuella patienter följas men på nationell nivå är data avidentifierade och aggregerade. Det betyder att inga individdata överförs och att samtycke från patienten inte behövs.

Användningsområden på hälsocentralen:

- Se hur det går för patienterna
- Hitta patienter som behöver ytterligare åtgärder
- Identifiera förbättringsområden
- Använda som mätetal i förbättringsarbete
- ST-projekt
- Handledning
- Underlag för lokal/regional dialog

Några exempel på frågeställningar:

- Hur många patienter på vår hälsocentral med hjärtsvikt har en viss typ av behandling?
- Hur bra kontinuitet har vi på mottagningen?
- Hur stor andel av patienterna med akut öroninflammation får förstahandsantibiotika?
- Vilka rökande patienter med kronisk sjukdom har ännu inte erbjudits hjälp med att sluta röka?

Läget i norra sjukvårdsregionen

Med reservation för att utvecklingen kan gå fort så uppfattar jag läget i sjukvårdsregionen så att samtliga landsting har skapat tekniska förutsättningar för att leverera och ta emot data från PrimärvårdsKvalitet. NLL och LVN har också påbörjat anpassningen till det lokala användargränssnittet. Ännu har inget landsting beskrivit hur man vill att verksamheterna i praktiken ska använda de fakta som kan tas fram.

Fortbildning i primärvården

En fungerande fortbildning är en av flera förutsättningar för en väl fungerande hälso- och sjukvård. Den fysiska närheten på sjukhus kan ge möjligheter till kompetensutveckling som är svårare att upprätthålla i primärvården. Därför blir det extra viktigt att primärvården har en stabil struktur för fortbildning. Det har inte varit möjligt att inom ramen för detta projekt inventera fortbildningsverksamheten i respektive landsting men jag har tagit fasta på ett förslag från 2013 från de fyra landstingens dåvarande primärvårdschefer.

Förslaget innebär att man bildar ett gemensamt fortbildningsråd för kompetensutveckling i primärvården i norra sjukvårdsregionen. Målet är att bygga upp ett system för kontinuerlig kvalitetssäkrad fortbildning. Rådet skulle ha till uppgift att:

- I ett första steg utforma fortbildningsmål för sjukvårdsregionens allmänläkare
- Till dessa kopplas en poängmodell för genomförda aktiviteter
- Stimulera och ta initiativ till kurser och konferenser i regionen
- Som nästa steg genomföra motsvarande aktiviteter för andra yrkeskategorier

Hur mycket kan landstingen göra tillsammans?

Det förefaller som om området kunskapsstyrning skulle kunna lämpa sig väl för gemensamma aktiviteter för sjukvårdsregionens primärvård. Det som handlar om kunskap är i grunden oberoende av vilket landsting eller vilken utförare av primärvård som är aktuell. Som tidigare konstaterats så söker också aktörer på den nationella nivån inte längre kontakter med enskilda landsting utan vill verka mot sjukvårdsregionerna.

De fyra huvudmännen skulle med en gemensam enhet kunna skapa en:

- Kontaktpunkt mot den nationella nivån avseende kunskapsstyrning för primärvården
- Utgöra navet för de regionala redaktionerna för det nationella kunskapsstödet
- Hålla i fortbildningsfrågor. Arrangera utbildningar etc
- Utgöra en samlade punkt för norra Sveriges primärvård avseende området kunskapsstyrning

I förlängningen tycker jag att man även kan fundera över om de fyra huvudmännen skulle kunna lägga samman sina beställarfunktioner i en sådan gemensam enhet. Det utesluter inte att man utformar och beslutar om specifika uppdrag för respektive landsting. Möjligheterna att få en robustare beställarfunktion skulle sannolikt öka och kopplingen till kunskapsstyrningen borde vara både omfattande och naturlig.

Förslag:

- Sjukvårdsregionens landsting engagerar sig fortsatt aktivt i frågan om uppbyggnaden av det nationella kunskapsstödet.
- Man arbetar vidare på anslutningen till PrimärvårdsKvalitet
- Man utarbetar en modell för hur man ska ta hand om resultaten och följer upp hur det går. Jfr avsnittet om Utvecklingskapacitet.
- Överväga möjligheten att ge beställarfunktionerna ett utvidgat uppdrag som även innefattar området kunskapsstyrning. Se avsnitt om Uppdrag och beställning.
- Det Chefssamråd för primärvård som föreslås i senare avsnitt får i uppdrag att gå igenom och ta ställning till det tidigare förslaget om ett gemensamt Fortbildningsråd.

2.7 FORSKNING I PRIMÄRVÅRDEN I NORRA SVERIGE

Vad är FoU?

Det som lite översiktligt brukar benämnas som "FoU" består i själva verket av ett antal olika områden som har mer eller mindre nära samband med varandra.

- Forskning i meningen klinisk behandlingsforskning
- Undervisning i såväl vårdens grundutbildningar som olika specialitets- eller påbyggnadsutbildningar samt fortbildning
- Utveckling med systematiskt förbättringsarbete i olika former
- På senare år även begreppet innovation i meningen större utvecklingssprång avseende tjänster och varor

De fyra landstingen har valt att organisera dessa delar på olika sätt. Västerbotten som har en större verksamhet inom forskning och utbildning har delat upp områdena på olika enheter. De andra landstingen har organiserat sig i samlade "FoU-enheter". Detta är relevant att nämna då man måste vara medveten om de olika uppläggen så att det är rätt representanter som deltar när olika områden diskuteras.

I denna rapport har jag för tydlighetens skull valt att dela upp områdena i ett avsnitt för klinisk forskning, ett för utbildning och ett för utveckling.

Varför ska landstingen bedriva klinisk forskning i primärvården?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen 26 b § ska landstingen och kommunerna medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor. Lag (1996:1289).

Förutom det direkta lagkravet som naturligtvis syftar till att medverka till ökad patientnytta så finns det ett betydande värde för primärvården att ha en livskraftig och tydlig klinisk forskning genom den attraktion och ökad status som det innebär. I förlängningen är detta en av flera viktiga faktorer för kompetensförsörjningen.

Vad är nuläget för sjukvårdsregionens primärvårdsforskning?

I vissa delar av sjukvårdsregionen är aktiviteten något större och i andra delar mindre men det sammanlagda intrycket är att den forskning som bedrivs inom primärvården i norra Sverige har en jämförelsevis liten omfattning och är fragmenterad. Den är i stor utsträckning personberoende och det tycks ha varit svårt att upprätthålla livskraftiga grupperingar. Forskningsaktiviteterna tenderar att bli

isolerade fenomen och det sker relativt många avhopp. Ett undantag kan dock sägas vara Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) som bedriver primärvårdsforskning med glesbygdsperspektiv.

Orsakerna till detta är förmodligen flera men några viktiga faktorer får anses vara att primärvården inte har den självklara närhet som sjukhuskliniker har vilket i sig befrämjar forskning och att arbetsvillkoren inte har tillåtit kombinationen av klinik och forskning.

Akademiska vårdcentraler

Ett återkommande begrepp i mina samtal i de olika landstingen har varit "akademiska hälsocentraler". Min tolkning är att det tycks finnas en klar attraktion i benämningen "akademisk hälsocentral", att det anses som rekryteringsfrämjande och att man gärna vill se sådana från såväl tjänstemän som politiker. Vid fördjupade diskussioner framkommer dock att det från landstingens sida inte finns någon tydlig definition av begreppet och att man betonar olika saker på olika håll. Några menar att det i första hand innebär en samlad forskningsaktivitet medan andra menar att de är utbildningsaktiviteterna som är huvudsaken.

I det senaste ALF-avtalet för samverkan mellan Umeå universitet (UmU) och VLL definieras en trappa av begrepp med, upplåtna enheter, akademiska sjukvårdsenheter och universitetssjukvårdsenheter. Landstingen kan ansöka om att få tillhöra någon av dessa nivåer och på så sätt kan "akademisk hälsocentral" sägas vara definierat. Detta innebär då att hälsocentralen upplåts åt medicinsk utbildning och forskning och att det på enheten förutom verksamhetschef ska finnas en person med anknytning till den medicinska fakulteten med ansvar för forskning och utveckling.

I Stockholm har man utvecklat en modell med akademiska vårdcentraler (AVC) f.n. åtta stycken som bedriver utbildning, utveckling och forskning. Ett akademiskt pv-centrum finns som en sammanhållande funktion. Var och en av dessa åtta AVC har i sin tur ett nätverk av andra vårdcentraler som man stöttar. Möjligheten att bygga upp något liknande förefaller intressant och borde studeras närmare.

Samverkan mellan landstingen och med universiteten

Samtliga landsting har väl upparbetade samarbeten med ett eller flera av sjukvårdsregionens universitet. Ett utmärkande drag för primärvården är den stora bredden av yrkeskategorier och det avspeglar sig i forskningsaktiviteterna. Kontakterna med våra tre universitet ser därför lite olika ut beroende på vilka yrkesgrupper det gäller.

Samtliga landsting samarbetar med den Allmänmedicinska enheten vid institutionen för folkhälsa och klinisk medicin vid Umeå universitet främst avseende läkarutbildningen.

Forum Norr för klinisk forskning är en plattform av forskningsstödande infrastruktur gemensam för de fyra norra landstingen. Detta är en samverkan mellan landstingen, RCC norr, Biobanken Norr, Registercentrum Norr, Umeå universitet, Mittuniversitetet och Luleå tekniska universitet. I dag finns det ingen tydlig primärvårdsforskning som har anknytning till Forum Norr.

NLL, LVN och RJH företräds av sina FoU-chefer när det gäller forskning i primärvård men jag har inte kunna se att det finns någon lika tydlig företrädare för primärvårdens forskning från VLL.

Sedan många år sker ett samarbete mellan landstingen och universiteten inom ramen för Norrlandstingens regionförbund genom det samlade FoUU-rådet. Uppdraget har bland annat inneburit att vara:

- Arena för samverkan mellan landstingen och universiteten med syfte att ständigt utveckla forskning i Norra sjukvårdsregionen
- På en strategisk nivå leda utvecklingen av den landstingsgemensamma resursen Forum Norr.
- Samverka i FoU-frågor med de regionala chefsråden
- Ta fram underlag för gemensam hållning i principiella utbildnings- och forskningsfrågor.

Förbundsdirektionen beslutade i juni 2016 om en utvidgning av uppdraget till att även innefatta kompetensförsörjningsfrågor och innovationsperspektivet. Det nya rådet ska benämnas FUI-rådet och kommer att ha sitt första möte i början av 2017.

Det finns naturligtvis inga genvägar när det gäller att bygga upp en livskraftig forskning utan det kräver ett målinriktat och uthålligt arbete. Därför är även här ett tioårsperspektiv relevant. En tydlig akademisk miljö i primärvården kan också sägas vara ett gemensamt ansvar för landsting och universitet. Min bedömning är att möjligheterna att lyckas skulle öka avsevärt om de fyra landstingen kunde forma en gemensam målbild och uttrycka den viljeriktningen i sina samtal med universiteten.

Min bestämda uppfattning är att initiativet måste komma från landstingen om man vill ha en tydligare och livskraftigare primärvårdsforskning.

En tänkbar målbild skulle kunna vara ett successivt ökat antal doktorander och forskningsaktiviteter samlade i noder dvs. på enskilda hälsocentraler men som ingår i ett samlat nätverk. Detta skulle väsentligen öka möjligheterna att få en mer samlad forskningsmiljö med möjligheter till enskilda enheter eller forskares olika intresseområden men också möjligheten till en större kritisk massa för en samlad forskning t.ex. kring folkhälsa och folksjukdomar.

En ökad satsning på forskning i primärvården innebär naturligtvis kostnader för landstingen vilket måste beaktas i kommande budgetering.

Förslag:

- Landstingsledningarna bör uttala en tydlig önskan att under den kommande tioårsperioden få en tydligare och livskraftigare forskning i primärvården. Förslagsvis ges ett uppdrag till det nybildade FUI-rådet att utarbeta en målbild, en långsiktig strategi och vilka inledande aktiviteter som är prioriterade. Aktiviteterna måste också kostnadsberäknas för att kunna bedömas.

- Förslagsvis bör man också enas kring vissa grundläggande definitioner så som t.ex. akademisk hälsocentral för att underlätta en gemensam målbild.
- Man borde också kunna ha en diskussion om det finns profilområden som är extra intressanta för landstingen att gemensamt stötta. I dag är Glesbygdsmedicin det enda tydliga gemensamma området som alla landstingen samverkar kring.
- Möjligheterna att få kommuner som forskningspartners inom gemensamma områden bör undersökas.

2.8 LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN

Har vi brist på specialister i allmänmedicin?

Jag har inte gjort några beräkning på vilket antal specialister i allmänmedicin som saknas. Jag nöjer mig med att konstatera att samtliga landsting har en vakansgrad på c:a 40 % och ett stort beroende av inhyrda läkare. Även om man räknar med att det finns en potential i att omfördela arbetsuppgifter till andra yrkeskategorier så kommer man inte ifrån att det finns en reell brist.

Förutom den nuvarande bristen så tillkommer här liksom i övriga vården pensionsavgångar.

Utbildningen till specialist i allmänmedicin kan påbörjas när man fått sin legitimation och tar i genomsnitt 7.5 år. Alla fullföljer inte sin utbildning, andra byter specialitet eller flyttar från landstinget.

Vid en genomgång av hur många som fullföljer sin utbildning och hur många som finns kvar i landstinget antingen i privat eller offentlig regi så visar det sig att ungefär hälften av de som gör sin ST i allmänmedicin återfinns som färdiga specialister i det egna landstinget efter genomförd utbildning.

Mot ovanstående bakgrund förefaller det rimligt att ha en **målsättning på en dubbling av antalet ST-läkare**. Leveranstiden är lång och utfallet måste följas kontinuerligt.

Exakt hur många specialister som behövs i den samlade primärvården är svårt att svara på utan måste bli en bedömning utifrån uppdragets omfattning, vilka arbetsuppgifter som ska utföras av läkare och vilka som kan utföras av andra. Även den individuella prestationen kan variera och på de arbetsplatser där detta fungerar som bäst har medarbetare och chef i dialog anpassat belastningen till förutsättningarna.

Utbildning av AT-läkare

Även om det finns andra vägar till att det blir fler specialister i allmänmedicin så är alla överens om att den viktigaste rekryteringsvägen är de egna AT-läkarna. Då blir den första frågan om vi utbildar tillräckligt många AT-läkare? Som ett resultat av den decentraliserade läkarutbildningen har utbudet av nyutexaminerade läkare som söker AT glädjande nog ökat i hela sjukvårdsregionen. Tre av de fyra landstingen har också ökat antalet AT-block men skulle förmodligen behöva öka antalet ytterligare.

För närvarande påbörjas det c:a 180 nya AT-block per år i norra sjukvårdsregionen.

RJH: 24/år

LVN: 60/år

VLL: 54/år

NLL: 45/år

Utbildning av ST-läkare i allmänmedicin (Svårt att ha helt aktuella uppgifter)

RJH:	28	4-5 nya börjar per år
NLL:	56	7-8 nya börjar per år
VLL:	58	7-8 nya börjar per år
LVN:	51	6-7 nya börjar per år
Totalt	193	24-28 nya börjar per år

Jämförelse: Jönköping har f.n. 112 läkare i ST allmänmedicin vilket justerat för befolkningsstorlek till exempel skulle motsvara c:a 85 stycken i NLL.

Om att vara studierektor

Vid intervjuer med flertalet av sjukvårdsregionens studierektorer för ST i allmänmedicin framkommer att de allra flesta har ett dokumenterat uppdrag och att det inte finns några egentliga otydligheter i vad uppdraget innebär. Samtliga intervjuade har också avsatt tid för sitt uppdrag och tycker att det i genomsnitt är någorlunda väl avvägt. Man har tillgång till administrativt stöd och ser inte heller det som någon begränsande faktor för att sköta sitt uppdrag. Man deltar i regelbundna möten inom respektive landsting samt i ett nationellt nätverk som anordnas av Svensk förening för allmänmedicin (SFAM). Några regionala träffar har inte varit aktuella.

Några av landstingen har ett dokument som beskriver vilka förutsättningar som ska finnas på en hälsocentral för att bedriva ST-utbildning.

Genomförande av ST-blocket

En av studierektorernas arbetsuppgifter är att se till att utbildningen genomförs på ett smidigt sätt och att det inte uppstår väntelägen för placeringar på olika sjukhuskliniker. På de flesta håll tycka man kunna klara det och några fördröjningar uppstår i dagsläget inte.

Ett bekymmer redan i dag och en definitiv flaskhals vid en utökad utbildning är bristen på handledare. Med det menas helt enkelt färdiga specialister. Den samlade bedömningen är att det inte går att bedriva en seriös specialistutbildning som helt bygger på stafettläkare.

På vissa håll framför allt de större städerna är också lokalbrist ett problem redan i dag och blir förmodligen ett än större problem vid ökad utbildning.

Strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin

Rekryteringsbasen till ST-block är alltså till allra största delen de AT-läkare som utbildas lokalt.

I samtliga landsting anger man att alla de som vill och inte är uppenbart olämpliga erbjuds möjlighet att påbörja ST-block i allmänmedicin. Någon ekonomisk begränsning finns inte då man oftast inte ens nyttjar de medel som är budgeterade.

Med tanke på den besvärande bristen på läkare i primärvården så har det gjorts försök med olika angreppssätt. Exempel på detta är:

- Fokusera på AT-läkare med god handledning, särskilda primärvårdsseminarier
- Rekrytera från utlandsutbildade samt EU-läkare
- ST med FoU inriktning
- Utlandsrekrytering
- Omskolning av andra specialister
- Glesbygdstillägg
- Akademiska/Utbildningshälsocentraler

Man kan inte säga att dessa insatser på något avgörande sätt har förbättrat läget. Möjligen har man undvikit ytterligare försämring. Landstingen har inte presenterat någon mer sammanhållen strategi för rekrytering och de intervjuade studierektorerna har inte deltagit i några övergripande samtal om vilka planer som skulle kunna tillämpas. Det finns heller ingen uttalad målsättning på hur många ST-läkare man önskar rekrytera. Det är naturligtvis ingen lätt uppgift att lösa men risken är uppenbar att det blir onödigt passivt.

Begreppet "utbildningshälsocentral" återkommer vid olika samtal med primärvården. Man tycks här mena flera olika saker. Dels att man ger en hälsocentral ett särskilt uppdrag att validera ST-läkare med annan utbildningsbakgrund t.ex., från andra länder där innehållet i utbildningen inte alltid är likadant som här eller ST-läkare med inhemsk utbildning men som kan behöva en mer ingående bedömning.

En annan tolkning av "utbildningshälsocentral" är att man låter vissa hälsocentraler ta ett större ansvar för den samlade ST-utbildningen. I praktiken sker så redan i dag där välbemannade hälsocentraler ofta tar ett större ansvar. Dessutom finns det exempel på hälsocentraler med endast någon eller några specialister där man tagit initiativ till att ha många ST-läkare men också dragit ner på sin egen lista.

Dessutom finns det exempel på att man utser någon eller några hälsocentraler som får ett mer samlat grundutbildningsuppdrag för flera av eller till och med alla yrkeskategorier i primärvården.

Viktiga faktorer för att attrahera fler till ST i allmänmedicin

I läkarförbundets rapport från 2014 redovisas svar på denna fråga ur ett nationellt perspektiv.

- Utveckla primärvårdens arbetsmiljö och höja dess status
- Tendens till ensidigt mottagningsarbete
- Hög arbetsbelastning och högt tempo
- Ökat samarbete med andra läkare både inom enheten och med sjukhusen
- Ökat samarbete med andra personalgrupper

- Avgränsa arbetet och "ta makten över tidboken"
- Fler läkare borde ta ledarroller
- Offerrollen måste motverkas
- Förbättrad kommunikation och samarbete med slutenvården
- Utveckla gemensamma synsätt inom primärvården och den specialiserade vården när det gäller vem som har huvudansvaret för olika led i vårdkedjan
- Ökad fortbildning
- Förbättra möjligheten till kvalitets- och utvecklingsarbete.
- Politiker är tydliga när det gäller vilken roll primärvården ska ha i den framtida hälso- och sjukvården

I mina intervjuer med ST-läkare, studierektorer och verksamhetschefer framkommer i stort sett liknande synpunkter. Man framhåller att ämnesområdet som sådant är intressant och attraktivt men att det i stor utsträckning är arbetsmiljön och upplevelsen av att det är små möjligheter att påverka som gör att man väljer andra alternativ.

Genom åren har naturligtvis samtliga landsting gjort många olika försök att rekrytera läkare till primärvården. Såväl färdiga specialister som till ST-tjänster. Även om det ibland till synes gett vissa effekter så talar den nuvarande situationen ett tydligt språk. Min bedömning är att det inte finns någon enskild åtgärd som kan förändra detta utan att det behövs en rad uthålliga insatser. Jag tror att de unga läkare som funderar över sin yrkesbana vill se ett "mönster" av positiva tecken. Ett uttalat mål för primärvården, en bättre balans i resurser, uppdrag och fokus, utrymme för forskning och utveckling och andra befremjande åtgärder skulle förmodligen ganska snabbt öka tilltron till framtiden och viljan att söka sig till primärvården.

Fler läkare i primärvården

Ett av förslagen i den nationella rapporten "Effektiv vård" är att läkare som gör ST-block i sjukhusspecialiteter med stor samarbetsytta med primärvården bör göra en del av sin ST-tjänstgöring i primärvården. Det är inte förbjudet i dag och trots att förslaget är logiskt och har framförts många gånger så sker det inte i praktiken. Sjukvården är i dag en uttalad nätverksverksamhet och kommer i en större utsträckning att bli det i framtiden. Kunskapen om hur det ser ut i andra delar av systemet för att på bästa sätt kunna hjälpa patienterna kommer att värderas mycket högre. Ett nationellt arbete med att omarbete målbeskrivningarna för relevanta specialiteter är dock förmodligen ingen snabb process.

Det finns enstaka exempel i vår sjukvårdsregion där specialister inom t.ex. kardiologi, ortopedi, internmedicin och psykiatri tjänstgör en del av sin arbetstid i primärvården. Förutsatt att det är någorlunda breda specialiteter så är det inget problem att hitta relevanta patienter. Fördelen ur verksamhetens synpunkt är naturligtvis att man får mer läkarkraft samt att man får tillgång till den kompetens som sjukhusspecialisten förmedlar. Erfarenheterna från såväl primärvården som sjukhusspecialisterna är genomgående positiva.

I dag sker detta helt på egna initiativ och man kan naturligtvis tänka sig att stimulera detta. Försök har gjorts men utan större utfall. Man skulle också kunna tänka sig att vid nyinrättande av tjänster inom vissa specialiteter på sjukhus så utgjordes en del av öppenvården av arbete i primärvården.

Förslag:

- Respektive landsting undersöker möjligheterna att öka antalet AT-block. Förutom de ekonomiska övervägandena måste även praktiska frågor som risken för flaskhalsar och hur de ska övervinnas belysas.
- Landstingen borde ha en uttalad målsättning för hur många ST-block man ska tillsätta per år. Detta för att inte falla tillbaka i en passiv inställning utan tvingas utforma strategier för att nå sitt mål. En dubblering förefaller vara en rimlig målsättning. Visserligen är detta förknippat med en kostnad, snarast en investering, men där alternativet är sämre dvs. den i längden destruktiva inhyrningen.
- Varje landsting bör formulera en strategi för rekrytering av läkare till ST i allmänmedicin. Den kan gärna göras gemensamt mellan landstingen och bör kontinuerligt följas upp och vid behov revideras.
- Med ett ökat antal ST-läkare krävs också strategier för att klara handledningen. Rent matematiskt måste varje specialist i allmänmedicin räkna med att ägna en större del av sin tid åt handledning än tidigare. Modellen med specialister som ägnar större delen av sin arbetstid åt handledning bör prövas av fler.
- Landstingen måste kontinuerligt följa utfallet av påbörjade ST-block. Ett ST-block kan betraktas som en investering i mångmiljonklassen och utfallet ska också kunna följas.
- ST-block i sjukhusspecialiteter som har omfattande samarbete med primärvården bör göra en del av sin utbildning i primärvården.
- Vid nyinrättande av tjänster inom vissa specialiteter inom sjukhusvården, t.ex. geriatrik, internmedicin, ortopedi, psykiatri, barnmedicin bör man överväga att förlägga en del av tjänsten i primärvård.

2.9 FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

Enligt hälso- och sjukvårdslagens första paragraf *avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador*. I takt med att kunskapen ökar om de förebyggande insatsernas betydelse, framför allt för våra folksjukdomar, förefaller det också allt mer logiskt att arbeta på det sättet. I dag lyfts också det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet fram som ett av de strategiskt viktigaste områdena när det skrivs och talas om framtidens hälso- och sjukvård.

Trots detta så finns i den praktiska vardagen en outtalad prioriteringsordning där insatser i pressande lägen prioriteras enligt följande fallande skala; akuta tillstånd, kroniska tillstånd, rehabilitering, förebyggande arbete. Förebyggande arbete prioriterar alltså inte sig själv utan kräver tydliga beslut och avsatta resurser för att kunna upprätthållas.

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården där förebyggande arbete har den tydligaste förankringen. **Strukturerat folkhälsoarbete** t.ex. mödrahälsovård, barnhälsovård, vaccinationer mm. bedrivs sedan många år. På senare år har även riktade hälsosamtal för vissa ålderskategorier införts.

En annan del av det förebyggande arbetet kan kallas **hälsofrämjande arbetsätt eller sjukdomsförebyggande arbete**. Detta innefattar såväl primär- som sekundärprevention. Grunden är här de evidensbaserade metoderna för sjukdomsförebyggande arbete avseende;

- Tobaksbruk
- Riskbruk av alkohol
- Otillräcklig fysisk aktivitet
- Ohälsosamma matvanor

Meningen är att det evidensbaserade sjukdomsförebyggande arbetet ska vara en integrerad del av primärvårdens vardag och bedrivs vid alla relevanta patientmöten. I patientenkäter så visar det sig också att patienterna är positiva till hälsoråd och till och med förväntar sig att få sådan rådgivning.

Norra sjukvårdsregionen har via NRF antagit ett gemensamt folkhälsopolitiskt program. Syftet med de folkhälsopolitiska programmet är att:

- fortsätta utveckla långsiktig samverkan mellan norrlandstingen för en bättre folkhälsa
- ge en politisk inriktning och prioritering för området folkhälsa inom landstingens ansvarsområde
- ge stöd och vägledning för hälsofrämjande arbete med hänsyn till de nationella riktlinjerna om sjukdomsförebyggande metoder
- visa på önskvärd och hållbar hälsoutveckling i befolkningen utifrån hälsans bestämningsfaktorer

Landstingens centrala stödresurser för folkhälsa har också ett regionalt nätverk som utbyter erfarenheter och samarbetar.

I det folkhälsopolitiska programmet sammanfattar man hälsoläget så att följande fyra områden ska prioriteras under den kommande femårsperioden:

- hälsosamma levnadsvanor

- psykisk hälsa
- hjärt-kärlhälsa
- cancerprevention

Det sistnämnda är också en del av den nationella cancerstrategin som bedrivs via RCC norr.

Min bedömning är att vi har en ojämn profil avseende det förebyggande arbetet i norra Sverige. När det gäller det strukturerade folkhälsoarbetet så fungerar de sedan länge etablerade verksamheterna MVC och BVC väl medan de riktade hälsosamtalen till vissa åldersgrupper ännu inte genomförts i alla landsting.

När det gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser integrerat i det dagliga arbetet så bedömer jag att det varierar mycket. Man kan notera att det på vissa håll finns ett starkt ifrågasättande av evidensen för den här typen av insatser, ett ifrågasättande om det verkligen är primärvårdens uppgift och svårigheter att hinna med i en pressad vardagssituation.

Det kan också finnas en risk att det integrerade hälsoarbetet prioriteras ner med hänvisning till att man bedriver det strukturerade arbetet.

Som ett sätt att styra mot folkhälsoarbete har särskild ersättning via Vårdval gått ut till framför allt riktade hälsoundersökningar. Det har inte upplevts som särskilt kontroversiellt även om en del har prioriterat bort det trots ersättningen. Däremot har försöken att ge särskild ersättning till vissa insatser av sjukdomsförebyggande karaktär t.ex. utfärdande av FaR recept, inhämtande av livsstilsuppgifter etc. inte mottagits lika väl i verksamheten. Svårigheten ligger naturligtvis i att hitta sätt att följa upp insatser som inte förväntas ge resultat förrän efter många år. Här ligger det då nära till hands att i stället mäta genomförda insatser d.v.s. "räkna pinnar".

Den viktigaste drivkraften för att detta ska fungera är nog inte i första hand innovativa ersättningssystem utan att försäkra sig om att verksamheten har kunskapen om att insatserna fungerar och att det ses som fullständigt självklart i organisationen att detta ska göras precis som alla andra insatser.

Förslag:

- Ur ett politiskt perspektiv vore det inte orimligt med ett inriktningsbeslut om vilken andel av den totala budgeten som hälso- och sjukvården ska lägga på hälsofrämjande och förebyggande arbete. Mig veterligen finns det inte någon evidens för de rätta proportionerna mellan förebyggande och "reparerande" åtgärder så det är en genuin bedömningsfråga. Hur stor andel av budgeten ska läggas på förebyggande arbete? En hundradel? Två hundradelar? Hur stor är den i dag?
- Landstingen bör försöka påverka företrädare för vårdutbildningarna att öka innehåll och kunskapen om förebyggande och hälsofrämjande arbete i sina grundutbildningar.

- **Alla** medarbetare i primärvården måste ha en gemensam kunskapsbas och ett gemensamt språk för att kunna ge **evidensbaserade** råd. Aktiviteter för att säkerställa detta bör genomföras.
- Sannolikt så behövs det också genomföras strategiska utbildningsinsatser till framför allt allmänläkarkåren för att försäkra sig om att man har förstått att det finns evidens för dessa insatser.
- För att försäkra sig om ett större genomslag måste också ledningen på alla nivåer öka intresset för dessa frågor. Ett utvecklingsarbete krävs också för att försöka hitta uppföljningsmått som upplevs som relevanta.
- Förebyggande och hälsofrämjande arbete måste vara en profilfråga för en modern och framåtsyftade primärvård. Detta bör tydligt framgå som en del i det varumärkesarbete som föreslås. Se avsnitt om Identitet och varumärke.

2.10 VERKSAMHETSUTVECKLING MED HJÄLP AV IT

Det är sannolikt svårt att överdriva betydelsen av informationsteknologi för hälso- och sjukvårdens utveckling. Inom nästan varje område såväl kliniska som administrativa har det redan eller kommer att få stor betydelse.

Omfattningen och bredden blir därmed också en svårighet när man ska göra övergripande beskrivningar. Här följer några generellt viktiga utgångspunkter för verksamhetsutveckling med hjälp av IT:

- stödja partnerskap mellan patient och vårdgivare - smarta lösningar för dialog och kommunikation så att patient och anhöriga kan vara aktiva i planering, genomförande och uppföljning av sin vård
- möjliggöra vård på distans och stödja nya typer av vårdflöden och ersättningsmodeller
- där kärnsystem ska upplevas som en helhetslösning som möjliggör en (1) strukturerad journal per patient
- möjliggöra effektiva vårdprocesser med hjälp av strukturerad och standardiserad information, mobila lösningar, samt process- och beslutsstöd
- underlätta samverkan och informationsutbyte mellan vårdgivare/huvudmän
- stödja nya styrformer och ersättningsmodeller
- stödja uppföljning av kvalitet och produktion
- utgöra underlag för forskning och innovation
- stödja nya och smartare arbetsformer
- vara utgångspunkt för att jobba med kontinuerlig verksamhetsutveckling och realisering av nyttoeffekter

Man kan nog säga att de medarbetare i vården som hittills varit tongivande i utvecklingsfrågor inte på ett helt naturligt sätt inbegripit digitala lösningar i sin verktygslåda. Det till skillnad från den raskt inkommande generationen som ser det som fullständigt självklart.

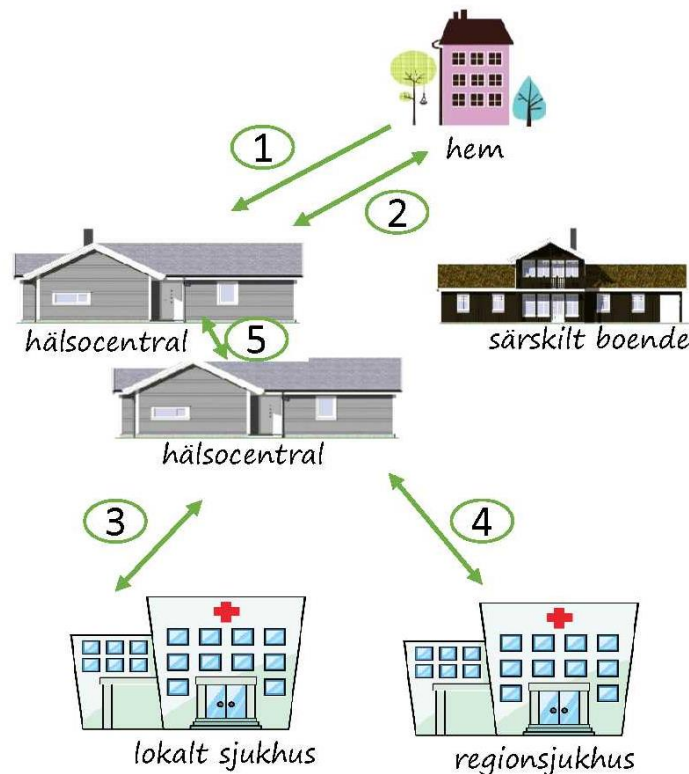
Pådrivande är också att medborgare och patienter i allt större utsträckning kräver att sjukvården ska leverera tjänster som motsvarar eller helst överträffar de som finns i övriga samhället. Jag noterade vid mitt besök i Övertorneå att patienter där hade börjat protestera mot att åka till Sunderbyn för efterkontroller av olika slag och istället ville att det skulle ske på distans via hälsocentralens

videoutrustning. Här har alltså en efterfrågan på distansteknik uppstått hos patienterna och inte primärt som ett förslag från vården.

I den fortsatta delen av detta avsnitt har jag begränsat perspektivet till att omfatta användandet av IT för att utveckla vård på distans med utgångspunkt från primärvården.

Vård på distans ur ett primärvårdsperspektiv

Översikt av aktuella kontaktvägar och exempel på tillämpningar:



1. Administrativa kontakter mellan patient och sjukvård.

Ett område som innefattar många olika funktioner. Det mesta av utvecklingen drivs nationellt och sker ofta i anslutning till "1177 Vårdguiden" (tidigare "Mina vårdkontakter").

2. Sjukvård mellan hälsocentral och hemmet eller nära hemmet.

- KBT via nätet i realtid bedrivs av terapeut i Storuman pga. de långa avstånden. Nationellt utvecklas just nu en plattform som ska möjliggöra för olika former av stöd och behandling via internet.
- Virtuella hälsorum dvs. öppna obemannade enheter med teknisk utrustning för kommunikation. Finns i VLL och RJH. Se avsnittet om glesbygdsmicin.

3. Sjukvård mellan det egna landstingets sjukhus och hälsocentral

- Läkarestöd till sjuksköterskebemannade hälsocentraler på jourtid (NLL)
- Hjärtultraljud med robot(VLL)
- Hudmottagning i realtid (5 % av mott besök i VLL, förekommer i NLL)
- Remiss med bild (med eller utan teledermatoskopi, rutin i VLL, under uppbyggnad i LVN)
- Psykiatrik specialistkonsultation (delar av VLL)
- Rehabilitering efter axeloperation (NLL)

OBS: Det finns i VLL beskrivet kontakter mellan psykiatri på sjukhus och öppenvårdsenheter men inte mot hälsocentraler (!)

4. Sjukvård mellan regionalt sjukhus och hälsocentral; här är hälsocentralen oftast en "förmedlare" och tillhandahållare av lokaler och utrustning och inte en aktiv part i behandlingen

- Handrehabilitering
- Smärtrehabilitering
- Logopedi

5. Sjukvård mellan hälsocentral och hälsocentral

- Distriktsläkarmottagning/jourmottagning (VLL, RJH)

Västerbottens läns landsting har gjort en kartläggning av vården på distans avseende nuläge, förutsättningar och förbättringsområden. Förbättringsområden enligt förslag från VLL:

1. Generering och spridning av evidens

Evidensen avseende vilka effekter vård på distans har för invånare och verksamhet bör därmed stärkas genom systematiska utvärderingar... det behövs också aktivt verksamhets- och implementeringsstöd för att åstadkomma en förändring.

2. Etablering och spridning av rutiner och ersättningsmodeller

En stor del av arbetssätten är rutin men de flesta har skapat egna rutiner, PM och checklistor. Det krävs bättre samordning av rutiner mellan verksamheter och att centrala rutiner upprättas i betydligt större omfattning... en övervägande majoritet av verksamheterna vill ha stöd med rutiner för administration, journalföring och ekonomiska modeller.

3. Utbildning

Behov av utbildning och instruktioner till personal och patienter för att hantera främst videoteknik, utbildning av personal för att genomföra undersökningar och diagnostik på distans, utbildning i hur man bäst kommunicerar och interagerar under ett videomöte. De flesta behoven gemensamma för

många typer av tillämpningar... för både studenter i grundutbildning och för personal i klinisk verksamhet... behöver ske i dialog mellan landsting och universitet.

4. Tekniska och fysiska miljöer

Bättre anpassad teknik och bättre anpassade rum och miljöer efterfrågas. Relevanta ersättningar och nyanskaffningar krävs. Dagens lokaler är sällan utformade för vård på distans så befintliga lokaler behöver optimeras.

5. Attityder och värderingar

De flesta negativa attityder kan minskas med bättre information kring evidens och nyttor, bättre och mer lättanvända tekniska lösningar, tydligare rutiner samt utökad stöd vid användning och införande. Tydligare direktiv från ledning och chefer ... skulle öka användningen.

Sammanfattningsvis krävs det en ökad central styrning av rutiner och standards för att på ett framgångsrikt sätt kunna knyta ihop vård på distans såväl inom som mellan landstingen. Det är knappast meningsfullt att utveckla egna rutiner enbart för primärvården.

Arbetsgruppen "Vård på distans" gemensam för sjukvårdsregionen

Uppdraget inriktas på verksamhetens behov av vårdutveckling för riks- och regionvården innefattande effektivisering av processer och flöden med avseende på ekonomi, vårdkvalité och patientnytta. Under denna arbetar också en teknikgrupp.

Man har identifierat ett antal hinder på regionnivå där behoven av att säkerställa rutiner för distansvård etc. är ett. Detta är ett område som också hänger ihop med primärvården. Man har t.ex. visat på svårigheter att boka lokaler på hälsocentraler i regionen vid handrehabilitering från NUS.

Arbetsgruppen "Vård på distans" har därför fått i uppdrag av regionala ledningssamrådet, RLS (landstingsdirektörer och NRF's beredningsgrupp) att beskriva den nödvändiga sammanhållna infrastrukturen för att bedriva vård på distans. Med infrastruktur avses här såväl teknik, standards för dokumentation, kodning, betalning etc.

Breddinförande av vård på distans. exempel från NLL

I Norrbottens läns landsting finns en "Strategi för verksamhetsutveckling med hjälp av IT" och med utgångspunkt från denna har man tagit fram en planering för breddinförande av vård på distans. Denna innefattar bland annat tre vårdprocesser i närsjukvården. Planen innefattar såväl tekniska förutsättningar så som nödvändig utrustning liksom andra förutsättningar, kodning, journalföring, betalning etc. Enligt uppgift ska införandet påbörjas under 2017 och beräknas pågå under två år.

Förslag:

- Såväl distanslösningar inom ett landsting liksom inom hela sjukvårdsregionen kräver samma grundläggande förutsättningar vad det gäller teknik, kodning, dokumentation, betalning etc. För att komma vidare på bägge fronter behöver alltså landstingen samarbeta för att skapa denna infrastruktur. Uppdraget kan redan sägas vara givet till arbetsgruppen "Vård på distans". Det arbete som NLL gör förefaller ur primärvårdsperspektiv vara särskilt intressant.
- I det fortsatta strategiska samarbetet mellan landstingen avseende vård på distans kan även andra aspekter från VLL's inventering lyftas in t.ex. utbildningsfrågor, framtagande av evidens och andra erfarenheter.
- Primärvården i respektive landsting ges ett uppdrag att i sin utvecklingsplan formulera en e-hälsodel där man utser ett antal tillämpningar som man tycker är extra värdefulla att breddinföra för primärvården. På så sätt får man en mer efterfrågestyrd utveckling vilket brukar öka förutsättningarna för breddinförande.

2.11 SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER

Ett av primärvårdens kännetecken är att man i stor utsträckning samverkar med andra aktörer i olika nätverk. Det är nödvändigt utifrån primärvårdens roll som första linje och generalister. En fungerande samverkan är därför enligt min mening ett absolut grundkrav för att primärvården ska kunna leverera en bra hälso- och sjukvård.

I den bästa av världar flyter allt samarbete med lätthet och om alla bara sköter sin del så behöver det aldrig uppstå några problem. I verkligheten däremot tar det mycket tid och kraft att upprätthålla en fungerande samverkan. Inte minst för de olika ledningsfunktionerna som har som uppgift att jämna vägen för medarbetarna i vårdens vardag. Att lägga ner tid på samverkan ska alltså inte ses som ett nödvändigt ont utan som en självklar del av primärvårdens arbetssätt.

Samverkan sker på olika nivåer: politisk, tjänstemannaledning, på enhetsnivå och i den direkta verksamheten kring enskilda patienter.

Vem representerar primärvården?

En viktig fråga att fundera över är vem som ska representera den samlade primärvården i mer principiella diskussioner med andra aktörer. Beställarfunktionen har den samlade överblicken men kanske inte det mandat eller den detaljkunskap om vårdens vardag som krävs för direkta beslut i samverkansdiskussioner. Chefen för den landstingsdrivna primärvården har denna kännedom men kan i princip inte tala för de privata utförarnas räkning. Lösningen måste därför vara att såväl de privata som de offentliga utförarna deltar i relevanta forum. Jag har inte studerat frågan i detalj men har förstått att så inte är fallet överallt.

Frågan kvarstår dock om man ska **erbjuda** eller **kräva** att en utförare deltar i detta arbete. Det finns flera aspekter på det. Om man erbjuder att delta men avstår så har man också av sagt sig rätten att påverka. Samtidigt så innebär det att arbetsuppgiften "samverkan" läggs över på någon annan. Mitt intryck är att de offentliga ägarna av hälsocentraler ställer högre krav på sina utförare att medverka i dessa forum.

Samverkan med kommunerna

Primärvårdens samverkan med kommunerna avser i första hand äldreomsorg och socialtjänst men även skolan är en samverkanspartner.

På såväl politisk som tjänstemannanivå finns formaliserad samverkan med regelbundna forum. Här finns som regel även primärvården representerad.

De intervjuade primärvårdscheferna uttrycker själva inte några större problem i sitt samarbete med kommunerna. Jag har inte intervjuat företrädare för kommunerna. Jag noterar att det på de mindre orterna ofta finns en djupare och mer långvarig samverkan mellan parterna.

NLL som har organiserat sig som närsjukvård har skapat organisatoriska förutsättningar för ett närmare samarbete med kommunernas socialtjänst och äldreomsorg. Formen uppskattas av kommunerna som bland annat upplever det positivt att det finns en ansvarig ledningsperson, närsjukvårdschefen, som man kan föra dialog med. Erfarenheterna från VLL, som tidigare hade en sådan organisation, är likartade. Utmaningarna med en närsjukvårdsorganisation är istället samarbetet med de större sjukhusen samt att kunna behålla ett levande primärvårdsperspektiv.

Samverkan mellan primärvård och sjukhus

Ett väl fungerade samarbete mellan primärvård och sjukhus förutsätter enligt min mening ett system med:

- Ett beslut från övergripande ledning att så ska ske och framför allt en uppföljning av att det sker.
- Levande dokument som reglerar arbetsfördelning och rutiner mellan primärvård och sjukhus.
- Regelbundna möten som möjliggör dialog och mekanismer som fångar upp det som inte fungerar och löser det.

En återkommande observation är att samverkan mellan primärvård och sjukhus förefaller enklare ju mindre sjukhuset i fråga är. Sannolikt beror det på att mindre sjukhus har färre specialiteter dvs. man har ett större inslag av "generalism" än på stora sjukhus.

På ledningsnivå:

I två av landstingen finns primärvårdens verksamhetschefer med i samma ledningsgrupp som sjukhusens, eller delar av sjukhusens verksamhetschefer. Här verkar generellt primärvårdens verksamhetschefer mer nöjda med samverkan med sjukhuset.

LVN är det landsting som senast gjort en större omorganisation och erfarenhetsmässigt så uppstår det då en period av desorientering då gamla kontaktvägar för samverkan brutits och nya ska upparbetas. Så också denna gång.

Verksamhetschefer på sjukhus, närsjukvårdschefer hälso- och sjukvårdsdirektörer m.fl. uppger vid mina intervjuer att från ett sjukhusperspektiv så har det blivit något svårare att samverka med primärvården i och med att det har blivit flera olika utförare.

På verksamhetsnivå:

Överenskommelser mellan primärvård och sjukhus som berör olika sjukdomstillstånd sker via dokument som reglerar arbetsfördelning t.ex. handläggningsöverenskommelser (HÖKár), Zamsyn, behandlingslinjer eller motsvarande. Se för övrigt avsnitt om Kunskapsstyrning.

Verksamhetscheferna i primärvården i samtliga landsting uppger att det finns särskilt stora svårigheter i samarbetet med psykiatrin. Det är kanske inte så förvånande då ju psykiatrin också är en verksamhet med stort patienttryck och bemanningsproblem. Icke desto mindre är det bekymmersamt ur såväl patient- som effektivitetsperspektiv.

Konsultsystem med allmänläkare:

I tre av landstingen finns det ett system med utsedda allmänläkare som är kontaktpersoner mot en eller flera sjukhusspecialiteter eller kliniker. Dom har olika namn; allmänläkarkonsulter (ALK) eller primärvårdskonsulter (PKO) men i grunden samma typ av uppdrag som innebär att man har en regelbunden kontakt med kliniken, upprättar nya rutiner och överför information mellan primärvård och klinik. Problemet rent generellt är att det tycks vara svårt att nå ut med den överenskomna informationen till samtliga i primärvården.

I VLL finns en intressant diskussion om möjligheten att lägga samman uppdragen som medicinskt ledningsansvariga och allmänläkarkonsulter. Detta borde öka förutsättningarna till ett större genomslag i primärvården för överenskommelserna.

Samverkan med andra aktörer

Primärvården samverkar direkt eller indirekt med många fler aktörer; försäkringskassan, skolan m.fl. men det har inte funnits utrymme inom ramen för detta projekt att fördjupa sig ytterligare i det.

Förslag:

- En fungerande samverkan är en nödvändig plattform för att primärvården ska kunna fungera. Den som i organisationen har ansvar för den samlade hälso- och sjukvården inklusive primärvården måste försäkra sig om att systemet för samverkan finns på plats.
- Principfrågan om vem som representerar primärvården i olika sammanhang behöver klaras ut. Om beställarfunktionen har en medicinsk rådgivare tillgänglig så kan det vara en lösning när det är huvudmannen som ska representeras.
- Ett särskilt fokus bör läggas på samverkan mellan primärvård och psykiatri. Behöver landstingen till och med göra en särskild översyn av hela psykiatrin?
- Diskussionen om att eventuellt lägga samman uppdragen som MLA och ALK bör fullföljas och om det bedöms som en förbättring prövas och utvärderas.
- Med tanke på betydelsen av en fungerande samverkan borde det vara naturligt att systematiskt följa upp hur den fungerar t.ex. med enkäter eller intervjuer med sina samverkanspartners.

2.12 TILLGÄNGLIGHET

I rapporten "Effektiv vård" pekar utredaren på att antalet patienter som söker till sjukhusens akutmottagningar ökar sedan flera år tillbaka. I många fall menar man att det är lindrigare besvär som skulle kunna tas om hand någon annanstans. Utredarens slutsats är att primärvårdens ansvar för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus behöver förtydligas och byggas ut. Detta föreslås ske genom ett nationellt uppdrag till primärvården kombinerat med ett remisskrav till sjukhusens akutmottagningar.

I kontrast till detta så noterar jag att primärvårdens jourmottagningar i norra Sverige, framför allt i städerna, allt mer begränsar sina öppettider. Motiveringen är att det egentligen är ett litet antal patienter som söker senare på kvällen, att de som inte kan vänta till dagen därpå i själva verket är så sjuka att det i stället är motiverat att söka akutmottagningen och att det är dåligt resursutnyttjande av läkare. De behövs bättre på hälsocentralen dagtid.

De utredningar som jag har tagit del av genom åren pekar samtliga också på att de flesta patienter som söker jourmottagningarna kommer före klockan 19.00 och att timmarna därefter används till att hantera dessa patienter klart. Det är ett mycket litet antal som söker jourmottagningarna senare på kvällen.

Jourmottagningarna har dessutom i många fall karaktären av en "säkerhetsventil" för den primärvård som ska bedrivas under dagtid. Det som inte hinns med innan stängning hänvisas till jourmottagningen eller också har patienten "lärt sig av erfarenhet" att det är lika bra att söka sig direkt till jourmottagningen.

Vad skulle då hända om man provade att stänga stadens jourmottagning och i stället hade längre öppettider på hälsocentralerna? Jag skulle tro att man kunde stänga jourmottagningarna under veckodagarna om varje hälsocentral i stället hade öppet till kl. 19.00. Då skulle hälsocentralerna kunna bedriva såväl planerad som akut mottagning. Flexibiliteten för att möta patienternas behov skulle öka och läkarnas arbetstid nyttjas bättre. Dessutom skulle de hälsocentraler som idag har lokalbrist lösa en del av de problemen.

Vid mina diskussioner med primärvårdens medarbetare det senast året har detta förslag mötts med stor tveksamhet. De vanligaste argumenten mot är att; det finns inget behov, man ska inte öka tillgängligheten för patienterna för behovet är oändligt. Man motiverar det också med att man har valt att arbeta i primärvården för att man vill arbeta kontorsarbetstid.

Det finns erfarenheter som pekar i annan riktning. I Boden med tre hälsocentraler upprätthöll man till för några år sedan en gemensam jourmottagning. Den stängdes och hälsocentralerna införde i stället kvällsöppet. Verksamheten har fungerat väl och det har inte skett några överströmningar till akutmottagningen i Sunderbyn.

Förslag:

- Undersöka förutsättningarna för att stänga jourmottagningen i en stad och i stället införa kvällsöppet på hälsocentralerna till kl. 19.00.

3 LANDSTINGET SOM UTFÖRARE AV PRIMÄRVÅRD

3.1 MÅLBILD FÖR DEN LANDSTINGSDRIVNA PRIMÄRVÅRDEN OCH VÄGEN DIT

Vilken målbild har den landstingsdrivna primärvården?

Enligt den amerikanske ekonomiprofessorn Peter F Drucker utgörs kunskapsarbetares främsta behov av utmaningar, ständigt lärande, tydliga resultat och en identifiering med organisationens mål. I det perspektivet blir otydliga eller till och med obefintliga mål för organisationen ett problem. Jag tycker inte heller att man kan säga att Vårdvalets beställning ensamt kan fylla den uppgiften för primärvården.

Med utgångspunkt från den politiska målbilden för primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet måste ledningen för utförarorganisationen ta ansvar för att det formuleras en målbild för verksamheten som kan delas av en majoritet av medarbetarna. Målbilden kan enligt min mening med fördel beskrivas i ett tioårsperspektiv och bör vara realistisk, hoppningivande och tillräckligt utmanande.

Med utgångspunkt från den gemensamma målbilden bygger man sedan upp identitet och varumärke. D.v.s. hur vi uppfattar oss själva och hur vi vill att omvärlden ska uppfatta oss och vilket löfte vi därmed ger till omvärlden.

Hur ser vägen ut till den önskade målbilden?

I detta kapitel om landstingen som **utförare av primärvård** kan de följande avsnitten ses som min bedömning av de viktigaste faktorerna, eller om man så vill strategin, för vägen dit:

- Identitet och varumärke
- Ledarskap
- Utvecklingskapacitet
- Patientflöden i primärvården
- Särskilda behovsområden
- Verksamhetsutveckling med hjälp av ändrad arbetsfördelning
- Glesbygdsmedicin
- Radikalt nytänkande

Förslag:

- Ledningen för den offentligt drivna primärvården tar initiativ till att en målbild för organisationen utformas.

- En handlingsplan för vägen framåt utformas där följande avsnitt i rapporten anger mina förslag till viktiga områden i en sådan plan.

3.2 IDENTITET OCH VARUMÄRKE

Landstingets primärvård – vilka är det?

I samband med införandet av Vårdval uppstod det en osäkerhet i landstingens primärvård. Innebär konkurrensen att det är "alla mot alla" som gäller eller är vår hälsocentral med i ett lag? Upplevelsen på hälsocentralerna var att landstingen betonade konkurrensperspektivet och att gemensamma aktiviteter och samarbeten tonades ner.

I dag fem år senare har en del av desorienteringen börjat minska men beskrivs fortfarande som en del av vardagen från alla fyra landsting.

För att skapa en tydligare identitet för den landstingsdrivna primärvården påbörjade man 2011 i Norrbotten ett internt arbete med sin värdegrund. Under åren 2012-2013 gjordes ett arbete i staben där man med värdegrunden som utgångspunkt tog fram informationsbroschyrer, material till chefer och ny klädprofil. Många chefer tyckte resultatet var bra och användbart. När landstinget organiserades om och primärvården blev en del av närsjukvården hamnade hela arbetet i bakvatten och tycks ha minskat i betydelse.

Enligt en rapport från Vårdanalys 2015 så är primärvårdsläkarna i Jönköping mindre kritiska till hälso- och sjukvårdssystemet än i norra Sverige. Vid mitt studiebesök i Jönköping berättade primärvårdsledningen att man drygt ett år efter införande av Vårdval påbörjade ett systematiskt arbete med att formera sig som en enhet. Man antog namnet "Bra liv" och började jobba aktivt med värdegrund och varumärke.

"Vår målsättning är att var och en av oss som medarbetare och ambassadörer för Vårdcentralerna Bra Liv ska känna delaktighet, engagemang och kreativitet – att vi tillhör ett starkt lag, något unikt, tryggt och något att vara stolt över. Hur bygger vi ett starkt varumärke?"

- Vi väljer rätt attityd
- Vi väljer att se styrkan i att vara en del av Landstinget i Jönköpings län.
- Vi väljer att se våra styrkor och möjligheter istället för motsatsen
- Vi arbetar med en länsövergripande förvaltning.
- Vi har en gemensam ledningsgrupp.
- Vi har tillsammans tagit fram vårt fundament där vi talar om varför vi finns till, vad vi gör, hur vi agerar och historien om vem vi är.
- Chefer- och ledare förmedlar vårt fundament till övriga medarbetare".

(Bra Liv, Region Jönköpings län)

Andra exempel på varumärkesarbeten är "Närhälsan" i Västra Götaland som är namnet på den offentligt drivna primärvården i regionen. Som exempel från norra Sverige kan nämnas varumärkesarbetet med Norrlands universitetssjukhus.

Behovet av att hitta en gemensam identitet och ett attraktivt varumärke för den landstingsdrivna primärvården måste anses som helt avgörande. Kanske inte i första hand som en konkurrensfaktor mot andra utförare av primärvård utan som en nödvändighet för att upprätthålla förtroendet hos befolkningen och kunna rekrytera medarbetare.

Utgångspunkter för ett starkt varumärke anses vara att:

- Starka varumärken är ingenting man får utan något man förtjänar
- Starka varumärken byggs inifrån och ut
- Starka varumärken skapar vi tillsammans
- Starka varumärken påverkas av förmågan att skapa en tydlig och attraktiv bild av verksamheten
- Ett varumärke är mer än en logotyp eller en slogan

Det krävs alltså långsiktighet, uthållighet och ett stort engagemang för att bygga ett starkt varumärke. Även här blir därför tioårsperspektivet relevant.

Förslag.

- Varje landsting inleder ett arbete med att bygga upp identitet och varumärke för sin primärvårdsorganisation. Med tanke på den insats som krävs för genomförandet så menar jag att det krävs noggranna förberedelser och ett professionellt upplägg för att det ska bli ett bra resultat.
- Skulle landstingen kunna göra detta tillsammans? Tanken är intressant men förutsätter ett beslut om en mer långtgående samverkan.

3.3 LEDARSKAP

Ledarskapets betydelse

I de flesta utvärderingar och jämförelser mellan framgångsrika och mindre framgångsrika verksamheter i hälso- och sjukvården landar slutsatsen ofta i den avgörande betydelsen av ledarskapet. Här är primärvården inget undantag.

Ledarskapet utövar sin påverkan på hälso- och sjukvården på olika sätt. I utredningen Effektiv vård konstaterar man att: "Vi har mött åtskilliga exempel på att arbetsplatskulturen är ett starkare styrmedel än styrmedel som "kommer uppifrån". Jag delar helt den uppfattningen.

Ledarens förmåga att påverka kulturen i verksamheten är därför sannolikt en av de viktigaste faktorerna för styrning och ledning i hälso- och sjukvården.

Därför måste den högsta ledningen försäkra sig om att det man lär ut och tränar på i ledarutbildningarna är det innehåll som man vill ha. Ledarutveckling är alltså central för den högsta ledningen och inte enbart en HR-fråga.

Samtliga landsting har naturligtvis utbildningsprogram för chefer i hälso- och sjukvård men inget särskilt för chefer i primärvården. Frågan har uppkommit om det finns omständigheter som är specifika eller på annat sätt utmärker ledarskap i primärvården?

Har vård- och omsorg för många eller för få chefer?

För att bromsa kostnaderna så är det inte ovanligt att man föreslår att ta bort chefer eller chefsnivåer. Det kan också ibland motiveras med att man vill ha en ökad styrförmåga. Det är inte heller ovanligt att man plockar bort chefer för att visa medarbetarna att det inte bara är sjukvårdande tjänster som sparas in.

En i sammanhanget intressant rapport som relaterades i Dagens medicin september 2016 visar att chefer i vården har fler underställda än andra branscher trots att forskning visar att där verksamheten är föränderlig och komplex så bör man ha färre underställda.

Landstingsdirektör

Sjukvården i Sverige anses ha en sjukhustung struktur och en obalans som sannolikt kommer att svara allt sämre mot framtidens vårdbehov. Underförstått menas att resurser i olika former, pengar, kompetens etc. bör balanseras bättre. Den balanseringen gäller enligt min mening även den högsta tjänstemannaledningens fokus. Min uppfattning är att en kraftfullare primärvård kräver ett ökat engagemang av såväl politik som tjänstemannaledning.

Primärvårdsdirektör eller motsvarande

Primärvårdsdirektören måste ha ett uttalat ansvar för att driva utvecklingen av den offentligt drivna primärvårdens verksamhet. Det räcker inte med att uppfylla beställningen. Det betyder i sin tur att denne måste ha kunskap och stöd för det arbetet.

Det finns i dag två forum där primärvårdsdirektören kan hämta stöd för sitt strategiska utvecklingsarbete. Den ena är landstingsdirektörens ledningsgrupp. Där finns en stor konkurrens om tidsutrymmet och i realiteten inte särskilt stort utrymme för att fördjupa sig i de enskilda områdena. Det andra forumet är primärvårdsdirektörens egen ledningsgrupp. Där bör strategiska frågor diskuteras på ett naturligt sätt men direktören har här en särskild roll som beslutande och sammanhållande vilket kan göra förutsättningslösa diskussioner lite svårare.

I ett bolag är det styrelsen som ska utgöra stöd och pådrivare för bland annat utvecklingsfrågor. Någon sådan "styrelsefunktion" finns inte tillgänglig för primärvårdsdirektören.

Ett upplägg som skulle vara intressant att prova är modellen med ett "advisory board". Med detta menas en grupp särskilt utvalda externa personer med sakkunskap och erfarenhet inom önskvärda områden. Det kan t.ex. handla om strategiska medicinska frågor, frågor om hur man leder större förändrings- och implementeringsarbeten, hur man utvecklare varumärken mm. Kompetenserna och därmed sammansättningen kan förmodligen också variera över tid. Syftet med grupperingen skulle vara att ge stöd och coaching till primärvårdsdirektören avseende utvecklingsfrågor.

De erfarenheter som finns av liknande arbete pekar på vikten av att mötena måste vara väl förberedda, att det är centrala frågeställningar som diskuteras och att deltagarna har fått frågorna i förväg.

Verksamhetschefer

Med syftet att fördjupa kunskapen om förutsättningarna för verksamhetschefer i primärvården samlades jag två verksamhetschefer från varje landsting till ett gemensamt möte den 19-20/5. Den bild som framträder är:

- Samstämmighet det vill säga att det verkar vara mer generella frågor och inte så mycket knutet till varje landsting.
- Avsaknad av utvecklingsmål från landstinget.
- Ensamheten och behovet av att träffa andra chefer
- En mångfald olika arbetsuppgifter med allt från praktiska frågor som telefonabonnemang, städning etc. till personalrekrytering, utveckling och strategiska diskussioner.

Jag tror att det är viktigt att organisationen har en klar uppfattning om vilka förväntningar man har på verksamhetscheferna. Om inte det är tydligt definierat så riskerar man att inte nå de effekter man vill ha. Exempelvis vilka förväntningar har man när det gäller utveckling?

Många av verksamhetschefernas synpunkter kan kännas igen från övrig hälso- och sjukvård men den faktor som framför allt utmärker primärvården tycks vara avståndet till och möjligheten att diskutera med kollegor.

Medicinskt ledningsansvar

En ofta återkommande fråga är det till synes frånvarande engagemanget hos primärvårdens läkare när det gäller ledarskap och utveckling. Det finns flera tänkbara förklaringar till detta:

- En relativt vanlig uppfattning bland läkare är att "landstinget inte vill ha läkare som chefer"
- Man har utbildat sig till läkare för att träffa patienter inte för att syssla med administration.
- Att vara chef och ledare innebär att man kan behöva kompromissa med sitt oberoende och sina ideal

En återkommande observation är också att framgångsrika hälsocentraler som regel har ett väl fungerande ledningspar som tillsammans kompletterar varandra på ett bra sätt. En verksamhetschef som leder verksamheten och en läkare med medicinskt ledningsansvar. Däremot så finns det inte någon riktig struktur för utvecklingen av detta delade ledarskap.

Det finns exempel på steg i denna riktning t.ex. i Jämtland där man i samband med beslut om en ny organisation i primärvården hösten 2016 förtydligat det medicinska ledningsansvaret. Man tydliggör att MLA är en arbetsgivareföreträdare som arbetar tillsammans med närvårdsområdeschefen. MLA deltar i planering och prioritering i verksamheten.

I VLL har MLA för landstingets primärvård regelbundna möten både som grupp och tillsammans med verksamhetscheferna.

Läkare är idag som yrkesgrupp underrepresenterade som chefer och ledare framför allt i primärvården. Jag menar att det är viktigt att i större utsträckning kunna engagera läkare i ledarskap och utveckling. Man bör stimulera läkare till att söka uppdrag som verksamhetschefer men också satsa på att utveckla uppdraget som medicinskt ledningsansvarig och det delade ledarskapet.

Grundläggande för ett fungerande delat ledarskap måste vara att rollen som medicinskt ledningsansvarig är tydlig för innehavaren, verksamhetschefen och medarbetarna. Det behöver också sannolikt skapas en utbildning för de medicinskt ledningsansvariga och verksamhetschefer. Kliniska ledare och verksamhetschefer behöver "träna tillsammans för att leda tillsammans"

Det måste också finnas mötesplatser för MLA för att reflektera över och utveckla sin roll.

Förslag:

- Respektive landstingsledning bör försäkra sig om man har den ledarutbildning för sina verksamhetschefer som man vill ha. Finns det intresse av att utveckla gemensamma ledarutvecklingsprogram i regionen? En gemensam ledarskapsakademi?
- Respektive landsting bör undersöka möjligheterna att prova ett så kallat advisory board som stöd och hjälp för primärvårdschefen. Erfarenheterna kan med fördel delas till de andra landstingen.

- Landstingen bör var för sig eller tillsammans på ett betydligt mer systematiskt sätt utveckla MLA-rollen och det delade ledarskapet.
- Verksamhetschefer i primärvården måste förutom primärvårdschefens ledningsgrupp ha regelbundna forum för att utbyta erfarenheter och ge och ta stöd av varandra.
- Flertalet av ovanstående förslag stämmer väl med liknade förslag i Region Östergötland. Möjligheten till samarbete bör övervägas.
- Om landstingen önskar ökat samarbete mellan sina utförarorganisationer kan ges ett uppdrag att inom ramen för NRF formera en Primärvårdschefsgrupp för att hantera praktiska samarbetsfrågor.

3.4 UTVECKLINGSKAPACITET

Förändringstrycket kan sägas vara högt för hela hälso- och sjukvården. Nya undersökningsmetoder, nya behandlingar och till och med nya sjukdomar kräver ständig utveckling. För primärvården tillkommer det dessutom ett förändringstryck som bottnar i medborgarnas mer allmänna åsikter om vad som är sjukt och friskt och mer eller mindre vederhäftig information om vad man bör söka sjukvård för. Detta kan snabbt få genomslag i arbetet på en hälsocentral

Dessutom finns det också en stark koppling mellan arbetsmarknaden och primärvården i form av sjukförsäkringssystemet. Vad kan man vara sjukskriven för, hur länge och vilka intyg krävs? Ett område under ständig och ofta snabb förändring.

Enligt min bedömning så är förändringstrycket för primärvården avsevärt större än i den övriga hälso- och sjukvården. Min slutsats blir därför att primärvården måste ha tillräcklig "utvecklingskapacitet" för att klara detta. Om man inte lyckas så börjar det att skava inne på hälsocentralerna och det kommer att skava gentemot befolkningen när man inte kan leverera det som förväntas.

I begreppet utvecklingskapacitet så innefattar jag;

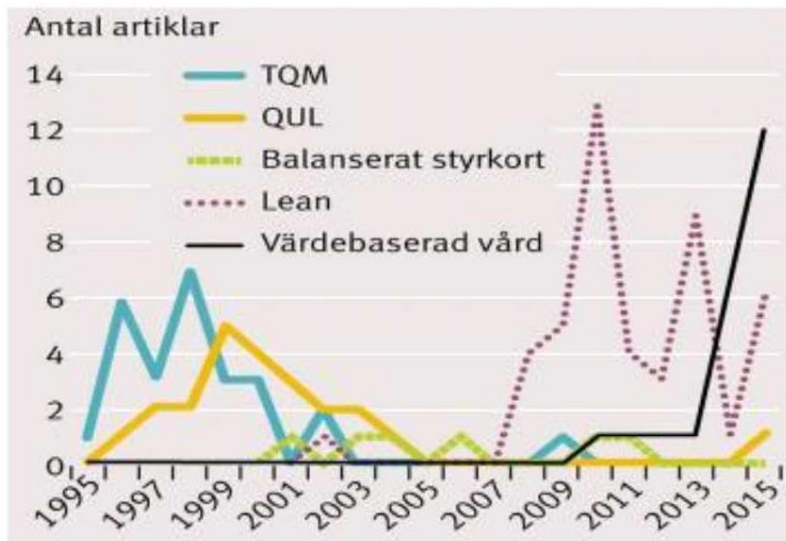
- alla ledningsnivåers insikt i behovet av utveckling,
- alla ledningsnivåers förmåga att utifrån sin nivå driva utvecklingen,
- en gemensam syn på vilken strategi som man ska arbeta efter,
- medarbetarnas insikt och förmåga att bedriva utveckling,
- tid, resurser och en struktur för att genomföra detta.
- att organisationen centralt har metodkunskap för att stötta verksamheterna och en kontinuerlig omvärldsspaning.

Givetvis behöver även den övriga hälso- och sjukvården ha en tillräcklig utvecklingskapacitet. Det vore därför enligt min mening kontraproduktivt att utveckla en egen syn på utvecklingsprinciper i primärvården skiljt från övrig hälso- och sjukvård. Speciellt inte eftersom en hel del av utvecklingen behöver ske gemensamt.

Utvecklingsstrategi

Nedanstående diagram visar antalet publicerade artiklar under en tjugoårsperiod relaterat till olika managementkoncept. Eftersom bilden är något år gammal så kan man lägga till ytterligare koncept t.ex. "patientcentrerad vård". Vid närmare betraktelse är överlappningen mellan dessa koncept stor. T.ex. så har samtliga utgångspunkten i kundens/patientens/brukarens behov och att verksamheten ska utformas utifrån det. De flesta betonar också behovet av en kontinuerlig förbättring och att uppföljningen ska utgå från vilket värde man kan skapa för patienterna. Således kan metoderna sägas vara olika perspektiv på ungefär samma innehåll.

Management-trender

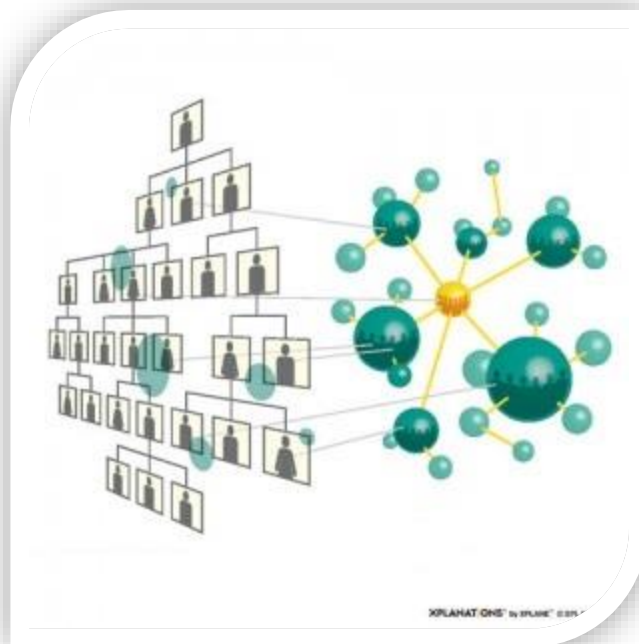


Det finns två problem med att många koncept finns i omlopp. Det ena är att det finns en stark tendens till att lägga energi på att försvara "sitt koncept" som varandes det rätta. Det andra är att otydliga begrepp avsevärt försvårar att formalisera t.ex. insatser vid utbildning av chefer, utformning av uppföljning och andra stödjande insatser.

Vid en genomläsning av de fyra landstingsplanerna eller motsvarande dokument finner jag att vissa ord från ovanstående koncept återkommer på ett osorterat vis och det är svårt att härleda dom till den befintliga "utvecklingskapaciteten."

Centralt kunskapsstöd

I samtliga landsting finns det centrala resurser till stöd för det lokala utvecklingsarbetet. Resursens storlek varierar och därmed möjligheterna att delta i det lokala arbetet. I Västerbotten har man organiserat den centrala utvecklingsresursen i enheten Memeologen medan de övriga landstingen har organiserat forskning, utveckling och innovation i samlade "FoU-enheter". Oavsett organisation verkar alla landsting dela synen att inte bygga upp omfattande centrala resurser utan i stället satsa på en mindre central enhet med uttalat stödjande verksamhet. En viktig funktion för den centrala resursen är också att utgöra ett nätverk för informationsutbyte och stöd mellan olika delar av den hierarkiska organisationen. Det illustreras i nedanstående bild från John P. Kotters bok "Accelerate".



Samtliga centralt stödjande resurser arbetar i dag för hela hälso- och sjukvården inte bara primärvården. Även privata utförare kan ta del av dessa resurser även om mitt intryck är att det inte sker i så stor omfattning. Inom vissa delar av sjukvårdsregionen efterfrågar den landstingsdrivna primärvården ökat centralt stöd.

Förhållandet till forskning och innovation

Det finns betydande överlappningar mellan forskning, utveckling och innovationer. Samtliga områden kan sägas vara olika perspektiv på hur man förbättrar verksamheten. Därför är det viktigt att dessa perspektiv samordnas så långt det är möjligt och under former som är funktionella.

Landstingsdirektör

För att skapa en tillräcklig utvecklingskapacitet visar all erfarenhet och tillgänglig litteratur betydelsen av den högsta ledningens stöd, det vill säga tydliga mål, uppföljning och prioritering av fokus och resurser. En särskilt viktig uppgift är alltså att följa upp och säkerställa att primärvården har en tillräcklig utvecklingskapacitet.

Primärvårdsdirektör eller motsvarande

Primärvårdsdirektören måste ha ett tydligt uppdrag från landstingsdirektören att ansvaret för att utveckla den landstingsdrivna primärvården ligger på denne. Beställarfunktionen har uppdraget att beställa vad primärvården ska utföra men primärvårdsdirektören har ansvaret att utveckla hur det genomförs. Primärvårdsdirektören behöver ha kunskap om hur utvecklingsarbete bedrivs i primärvård och vilka förväntningar man kan ställa. Uppföljning och utvärdering av utvecklingsarbetet måste vara en central del av den samlade uppföljningen av verksamheterna.

Med en ökad tonvikt på utveckling skulle ett advisory board kunna vara en hjälp för primärvårdsdirektören. Se avsnitt om Ledarskap.

Verksamhetschef

För verksamhetschefen måste det vara ett tydligt uttalat ansvar att leda det kontinuerliga utvecklingsarbetet. För att kunna genomföra det behöver man kunskap om hur utvecklingsarbete genomförs och vilka metoder som kan användas. Det behövs också stöd från nästa ledningsnivå för att prioritera dessa aktiviteter. Dessutom behöver man också ha utformat en ordning som passar för den egna enheten. Krävs andra mötesformer? Utvecklingsteam?

Medarbetare

Medarbetarna behöver känna en tydlig förväntan att man ska delta i utvecklingsarbete. Förutom den direkta patientnyttan som en utveckling av verksamheten ska innebära så finns det också andra vinster. Min erfarenhet är att ett lyckat förbättringsprojekt avsevärt ökar medarbetarnas känsla av att kunna påverka sin vardag vilket har stor betydelse för arbetsmiljö, stressnivåer och arbetsglädje.

ST-läkare

Dessa utgör i sammanhanget en speciell grupp eftersom dom är de enda som har ett formellt krav i sin utbildning att tillgodogöra sig förbättringskunskap. Min erfarenhet är att dom i de allra flesta fall är intresserade och skulle vilja delta i och driva sådana arbeten. Här finns alltså en viktig resurs att ta till vara.

Struktur för utvecklingsarbetet

Primärvården innehåller många olika typer av verksamheter med olika logiker. För att på ett systematiskt sätt kunna diskutera och arbeta med utveckling i primärvården behöver man hitta en tillräckligt bra modell att arbeta utifrån. Sjukvårdens traditionella indelningsgrund i diagnoser är inte tillämplig i primärvård utan man måste hitta andra indelningar. En sådan modell kan vara det "ramverk" som beskrivs i avsnittet "Patientflöden i primärvården".

Det övervägande antalet utvecklingsarbeten och förbättringar sker ute i den direkta verksamheten utan någon central samordning av genomförandet. Inriktningen och möjligheterna skapas däremot centralt. Andra delar av utvecklingen kräver att hela genomförandet samordnas från en punkt. Från det centrala perspektivet så kan man alltså driva ett mindre antal men större utvecklingsprojekt. Därutöver ska man skapa rätt förutsättningar för verksamheternas interna utveckling.

Den geografiskt spridda primärvården behöver ett gemensamt forum för kontinuerligt lärande och utbyte av alla de små smarta lösningar som finns på varje enhet. Man behöver också en yta för att träffa centrala utvecklingsaktörer; t.ex. IT, HR, FoU, Folkhälsa så att dessa får en god kännedom om var primärvården befinner sig, vilka förväntningar som verksamheterna har på dem och hur man kan anpassa och optimera det samlade utvecklingsbehovet.

I några av landstingen finns positiva erfarenheter av kontinuerliga s.k. lärande seminarier som är en arena som kan tillgodose ovanstående behov.

Förslag:

- Respektive landstingsdirektör inventerar och avgör om primärvården har en tillräcklig utvecklingskapacitet i förhållande till den ambitionsnivå man vill hålla.
- Det borde finnas en potential i att sjukvårdsregionens utvecklingsenheter bildar en plattform för utökat gemensamt arbete. En god början skulle kunna vara att tillsammans mejsla fram ett gemensamt språk och begreppsgrund över hur man ser på utvecklingsstöd. På det sättet så borde man också få en viss uthållighet och "motståndskraft" mot de trender som kommer och går. Med ett regionalt nätverk för utvecklingsarbete skulle den samlade utvecklingsförmågan förstärkas.
- Med en gemensam begreppsgrund så kunde landstingen med fördel utveckla ett gemensamt utbildningsprogram för i första hand chefer och ST-läkare. "Clinical Quality Academy". (Man kan notera att den framgångsrika hälso- och sjukvårdsorganisationen Virginia Mason kräver att alla som ska bli chefer på någon nivå i deras organisation ska ha arbetat under en period på deras utvecklingsavdelning!)
- Respektive landsting eller landstingen tillsammans borde kunna utveckla uppföljningsmått på utvecklingskapacitet för att säkerställa att den finns i tillräcklig omfattning. Till exempel skulle det kunna vara ett av perspektiven i ett balanserat styrkort.
- För att skapa förutsättningar för ett kontinuerligt lärande och utbyte av idéer i primärvården överväga att använda sig av metoden lärande seminarier.
- Besluta sig för ett "ramverk" för inom vilka områden som primärvården ska utvecklas.

- Under 2017 planera för ett primärvårdsgemensamt möte i hela norra sjukvårdsregionen med syftet att skapa nya kontakter, bjuda på goda idéer. Kan också vara ett tillfälle att signalera "omstart".
- I samband med denna konferens etablera ett årligt kvalitetspris för primärvården i norra regionen.

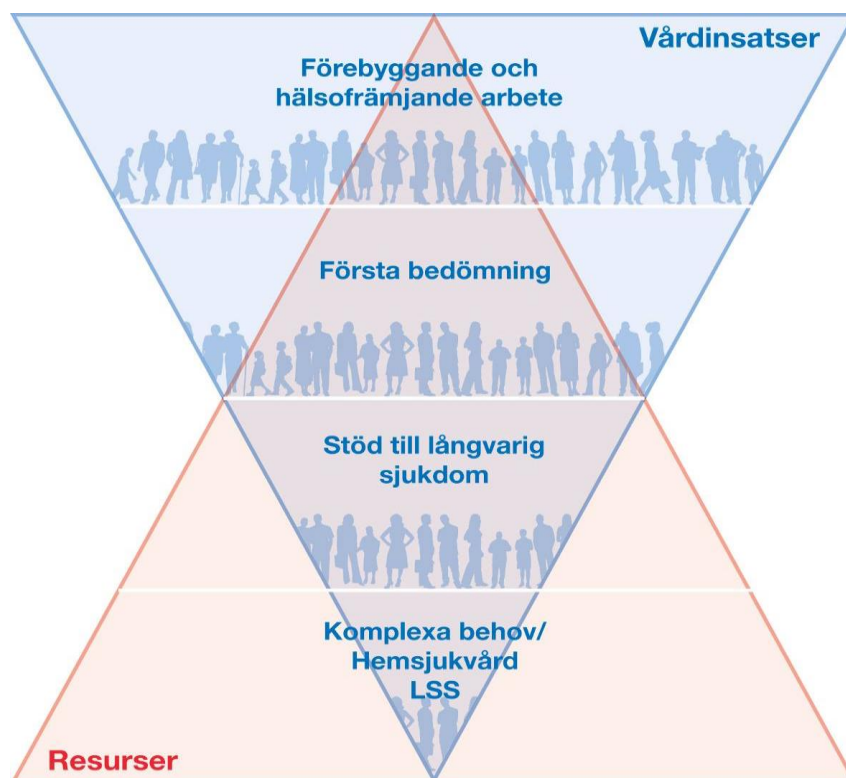
3.5 PATIENTFLÖDEN I PRIMÄRVÅRDEN

Hälso- och sjukvårdens gängse sätt att indela verksamheter utgår oftast från diagnoser. Detta är inte funktionellt på samma sätt i primärvården.

Primärvårdens patientflöden ser dessutom ut på flera olika sätt. Det finns vissa delar av verksamheten där moment upprepas på ett likartat sätt till exempel vid telefonrådgivning. Där kan metoder som algoritmer, beslutsstöd och liknande logiker vara användbara. Andra delar av verksamheten fungerar annorlunda. Exempelvis de mest sjuka äldre kräver ofta att behovet måste mötas med en mer eller mindre skraddarsydd lösning.

Det är bland annat detta som är bakgrunden till att uppföljning av primärvård tenderar att bli mer komplicerad. En hälsocentral kan sägas vara en akutmottagning, en operationsavdelning och en mottagning på samma gång. Det är svårt att hitta enskilda mått som speglar allt detta.

För att systematiskt bedriva utveckling i en sådan komplex miljö krävs det någon form av indelning av patientflödena. Det finns flera sätt att göra indelningar av primärvårdens verksamhet för att göra den mer möjlig att "arbeta med". Nedan finns ett exempel på ett "ramverk" som delar in verksamheten i olika skikt. Därutöver illustrerar bilden resursbehovet för varje behovsgrupp.



Förebyggande och hälsofrämjande arbete

I det översta skiktet möter primärvården medborgare och patienter med behov av förebyggande och hälsoinriktade åtgärder.

Se för övrigt avsnittet om Förebyggande och hälsofrämjande

Första bedömning

Nästa skikt kan sägas vara alla de 2-300 patienter som ringer till en vanlig hälsocentral en måndag morgon. Här krävs en första bedömning som kan resultera i ett lugnande besked, en hänvisning eller en inbokad tid. Ett bra upplägg på detta flöde kan ge stora effektivitetsvinster liksom motsatsen att ett oordnat flöde kan ge betydande merarbete.

Här finns exempel på olika upplägg som jag tagit del av och som borde kunna utvärderas och användas som underlag och inspiration:

- På några hälsocentraler i städer arbetar man med olika varianter av teamronder. Detta innebär att sköterskan i telefonen direkt bokar tider där behovet är möjligt att bedöma. Övriga fall tas upp senare under dagen på teamronden där flertalet yrkeskategorier deltar. Gruppen kan då direkt avgöra vad som är den effektivaste handläggningen och patienten meddelas efteråt.
- På de flesta hälsocentraler gör sjuksköterskor självständiga bedömningar av patienter på mottagningen. Till sin hjälp har man manualer eller viss utbildning t.ex. "avancerad bedömning" 7.5 p. Sköterskeledda infektionsmottagningar (SIM) är ett sådant exempel.
- På några ställen framför allt i glesbygd har man s.k. AKS-sköterskor med en betydligt mer omfattande vidareutbildning för att göra egna bedömningar.
- "Linné-akuten" är en modell som tillämpas på några ställen i NLL. Beroende på enhetens storlek är det någon eller några specialistläkare och ST- eller AT-läkare som tillsammans med en sköterska jobbar med ett gemensamt dagsprogram. Deras erfarenheter är att det är effektivt och uppskattas ur utbildningssynpunkt.
- Möjligheten för sköterskan i telefon att boka tider med kort varsel hos andra kategorier än läkare och sköterska varierar. Något vanligare hos fysioterapeuter, mindre vanligt hos psykologer och kuratorer.

Stöd till långvarig sjukdom

Stöd till kroniska sjukdomar är det område som tydligast går att relatera till olika diagnoser även om överlappningen mellan olika diagnoser är stora. När man följer utfall för mätetalet ”undvikbar slutenvård” så ingår det ett antal kroniska diagnoser varav; diabetes, hjärtsvikt, demens och astma/KOL är dom största. Därför är det av stor betydelse ur såväl patient som systemsynpunkt hur väl man lyckas hjälpa dessa grupper. Alla hälsocentraler som jag har besökt har ett genomtänkt upplägg och en ordning för sina diabetespatienter. Många har ett liknande upplägg för astma och KOL-patienter. Ett flertal hälsocentraler har också ett genomtänkt upplägg för sina demenspatienter men inte alla. Däremot förekommer det nästan inte någon hälsocentral som har ett genomarbetat arbetssätt för hjärtsviktspatienter. Se avsnitt om Särskilda behovsområden.

Komplexa behov/Hemsjukvård LSS

Det understa skiktet i denna bild utgörs av patienter med komplexa behov. Enligt Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre omfattas 17 % av befolkningen över 65 år av antingen omfattande omsorg, omfattande sjukvård eller båda delarna. Det som bilden beskriver är alltså ett litet antal patienter men en mycket vårdkrävande grupp. Det som dessutom är viktigt att konstatera är att gruppen är mycket sjuklig och har en årlig dödlighet på över 50 %. Det är en dödlighet som överstiger de flesta maligna sjukdomar. I denna grupp är det inte möjligt att arbeta utifrån enstaka diagnosbegrepp och insatserna måste bli helt individualiserade. Dessutom ökar komplexiteten av att i de flesta fall är såväl kommunens, sjukhusens och primärvårdens resurser aktiverade. Det är i första hand denna grupp som avses när man talar om riktad primärvård.

Även patienter som faller in under LSS utgör en del av detta patientflöde med ungefär likande behov. Se avsnitt om Särskilda behovsområden.

Förslag:

- Primärvården samlat i sjukvårdsregionen eller i respektive landsting enas om ett ramverk inom vilken utvecklingen ska bedrivas. Fördelen med att regionalt enas om samma ramverk är att det ger bättre möjligheter till utbyte över landstingsgränserna.
- Det är angeläget att hitta bra modeller för den första bedömningen. Det är stora volymer av patienter, har stor betydelse för patientnöjdheten och erbjuder sannolikt stora möjligheter att nyttja ny teknik. Det skapas också stor frustration hos medarbetarna när det inte fungerar.
- Förebyggande och hälsofrämjande se Särskilda behovsområden
- Stöd till långvarig sjukdom se Särskilda behovsområden
Komplexa behov/hemsjukvård LSS se Särskilda behovsområden

4 SÄRSKILDA BEHOVSOMRÅDEN

4.1 DE MEST SJUKA ÄLDRE

”Det finns en särskild utsatt grupp som är liten till antalet individer men betydande med avseende på den totala vård- och omsorgskonsumtionen. Gruppen kan betraktas som utsatt då den utgörs av individer som ofta faller mellan stolarna i dagens vård- och omsorgssystem” (utdrag ur ”Bättre liv för sjuka äldre, en kvalitativ uppföljning”, SKL 2012).

Det är uppenbart att det inte finns någon enskild åtgärd som löser alla behov för denna grupp utan att det behövs ett antal samverkande insatser. Eftersom denna rapport har primärvården i fokus har jag valt att lyfta fram dom åtgärder som görs och skulle kunna göras i primärvård.

Definition av målgruppen

Ett problem i sammanhanget är definitionen av behovsgruppen. Vilka som bor på särskilda boenden och vilka som är inskrivna i hemsjukvård är tydligt. Men de utgör inte hela målgruppen utan därutöver finns det ett inte helt obetydligt antal patienter av alla åldrar som har motsvarande behov. Ofta kan man i efterhand identifiera vilka patienter som har stort vårdbehov såväl i kommun och primärvård som på sjukhus. Däremot har det varit svårare att hitta kriterier som förväg säger vilka patienter som kommer att få stora behov.

Här pågår det dock såväl nationellt som internationellt forsknings- och utvecklingsarbete varför man kan anta att det inom en snar framtid finns mer kunskap om denna behovsgrupp och därmed ännu bättre möjligheter att rikta resurserna rätt.

Riktad och allmän primärvård

I utredningen ”Effektiv vård” ges förslaget att dela primärvården i två delar. Dels en allmän del som innefattas av det fria vårdvalet. Dels en riktad del för patienter i särskilt boende och i hemsjukvård som ligger utanför vårdvalet. Fördelarna skulle vara en ökad kontinuitet, ökad samverkan mellan landsting och kommun och sannolikt även en ökad kompetens. Svagheter med utredningens förslag är att det förutsätter en lagändring, begränsar patienternas valfrihet och är svår att tillämpa på landsbygd och i glesbygd.

”Riktad primärvård” i dag i norra Sverige

Det finns redan i dag ett antal exempel på att primärvården riktad en del av sina resurser speciellt till denna behovsgrupp. Beroendet av stafettläkare verkar ha varit en pådrivande faktor. Det kan till exempel vara så att det är en eller två läkare på hälsocentralen som sköter alla särskilda boenden, ibland även hemsjukvårdspatienterna. I några enstaka fall i städerna har flera hälsocentraler gått ihop och

finansierar en gemensam läkare som ansvarar för hälsocentralernas samtliga särskilda boenden och hemsjukvårdspatienter. Fördelen är en betydligt bättre kontinuitet. Eftersom denna läkare inte har någon planerad mottagning så blir det ofta också en god tillgänglighet. Kommunerna uppger vara mycket nöjda då man vet vem man ska kontakta. Däremot så tummar man här på principen om fritt vårdval och informerar kanske inte alltid patienten om möjligheten att ha kontakt med annan läkare på hälsocentralen.

Den största utmaningen för denna patientgrupp finns i städerna. På landsbygd och i glesbygd råder andra förutsättningar. Där är det faktiska antalet patienter färre, samarbetet mellan primärvård och kommunal sjukvård ofta mer utvecklat och inte sällan har man en bättre kännedom om patienterna som sköter de flesta av sina sjukvårdsbesök på hälsocentralen. I glesbygd är det ungefär samma förhållanden förutom att man dessutom disponerar vårdplatser och har möjligheten att lägga in patienten för kortare behandlingar eller observation.

Mobilt hembesöksteam

Under perioden 2015/16 genomförs i Umeå ett projekt med namnet "Mobilt hembesöksteam". Teamet består av läkare och sjuksköterska och åker till patienter med behov av omgående insatser. Målet är att ge vård på rätt vårdnivå. Ett liknande team, "Mobila närvårdsteamet" är också under uppbyggnad i Östersund. Modellen är hämtad från bland annat Uppsala där man har en permanent sådan verksamhet. Det finns även andra ställen i Sverige som bedriver liknande verksamheter t.ex. i Kungsbacka, Ljungby m.fl. Trenden tycks vara att det växer fram allt fler enheter av liknande slag som ett sätt att möta behovet hos sköra äldre.

Med hittills vunna erfarenheter av riktad läkarvård i hemmet och mobilt hembesöksteam samt erfarenheter av nyttjande av vårdplatser på hälsocentraler i glesbygd skulle följande koncept vara intressanta att prova. Förslagen är i första hand tillämpliga i stadsbygd.

Listningsbar enhet för de mest sjuka äldre...

Detta är en primärvårdsenhet med fasta läkare där patienter i särskilda boenden eller i hemsjukvård erbjuds att lista sig. Man har ingen mottagningsverksamhet utan alla möten sker vid hembesök. Besöken kan vara såväl planerade som akuta.

En viktig utgångspunkt är att detta är en **primärvårdsresurs** eftersom det, åtminstone med nuvarande definition, är ett primärvårdsuppdrag. Däremot är det inte givet att det enbart måste vara allmänläkare som bemannar enheten. Internmedicinare eller geriatriker är andra möjligheter.

På en sådan enhet skulle man också med fördel kunna randutbilda sig som ST-läkare från flera sjukhusspecialiteter.

Om förslaget från utredningen Effektiv vård skulle gå igenom innebär det en lagändring som i och för sig ligger i linje med ovanstående resonemang.

... med tillgång till vårdplatser

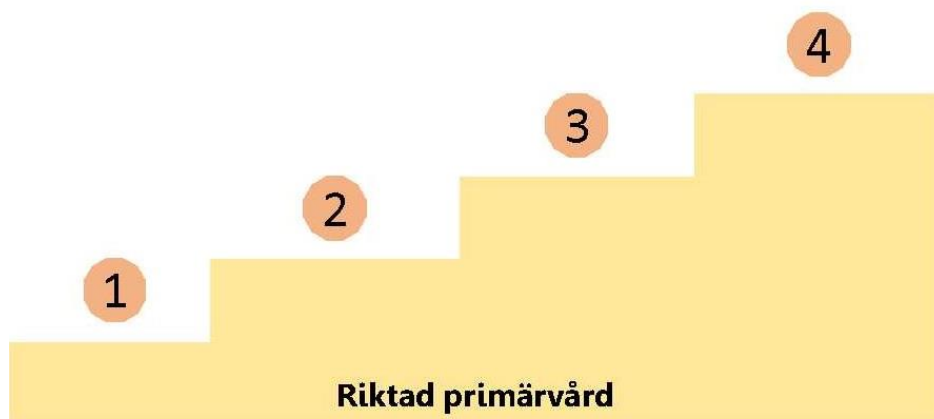
Enheten skulle kunna byggas ut och även få tillgång till vårdplatser. Det är enhetens läkare som ansvarar för inskrivning, ronder och utskrivning från platserna. Modellen liknar glesbygdens primärvårdsplatser och målet är att kunna hantera en kortare vårdtid utan att behöva engagera akutsjukhusets alla resurser.

Antingen kan dessa vårdplatser ägas av landstinget eller kanske ännu hellre som ett samarbete med den kommunala sjukvården.

Trappmodell för riktad primärvård

Riktad primärvård, det vill säga en särskild del av primärvården som i första hand erbjuder insatser till patienter med stort behov av såväl vård som omsorg, har många potentiella fördelar. Bättre förutsättningar för god kontinuitet och kompetensutveckling. Bättre förutsättningar att ge en sammanhållen vård och omsorg.

Som jag ser det så måste den dock utformas på olika sätt beroende på hur geografi och befolkningsmängd ser ut.



- 1) Någon eller några läkare på en hälsocentral tar hand om alla patienter i hemsjukvård och i särskilt boende. Så sker redan i dag på många håll men inte överallt.
- 2) En eller flera läkare tar hand om dessa patienter för flera hälsocentraler. Det finns exempel på detta också redan i dag, ex. Teg, Holmsund, Sävar men är inte så vanligt. Borde kunna tillämpas på fler platser.
- 3) Man skapar en enhet där patienterna med dessa behov erbjuds lista sig. Man har ingen fysisk mottagning utan allt sker med hembesök. Den bemannas med fasta läkare.
- 4) En listningsbar enhet som dessutom disponerar ett antal vårdplatser. Skulle då motsvara sjukstugornas vårdplatser. Detta skulle med fördel kunna göras i samarbete med kommunerna.

Förslag:

- Ledningen för respektive primärvård inventerar i vilken utsträckning hälsocentralerna enligt beskriven trappa har riktat sin vård till patienter i hemsjukvård och på särskilda boenden. Utifrån nuläget samt geografiska och andra förutsättningar därefter öka "riktningen" av vården för denna behovsgrupp.
- Landstingen utreder förutsättningarna att utveckla mobila team som övertar ansvaret för definierade grupper av mest sjuka äldre.
- Något av landstingen utreder förutsättningarna att starta en listningsbar enhet för de mest sjuka äldre. Övriga landsting avvaktar utvärdering.
- Något av landstingen utreder förutsättningarna att låta primärvården prova att disponera vårdplatser. Gärna tillsammans med lämplig kommun. Övriga landsting avvaktar utvärdering.

4.2 PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Lätt till medelsvår psykisk ohälsa används ofta som ett samlingsbegrepp för de tillstånd som kan behandlas inom primärvården- oftast mildare form av depression, ångest och stressrelaterade tillstånd. Vid mer allvarliga och komplicerade tillstånd ansvarar psykiatri för en mer kvalificerad utredning och behandling. Psykisk ohälsa anges ofta finnas med som orsak till en tredjedel av alla besök i primärvården. Cirka 40% av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan består av psykiska diagnoser.

Bland de människor som väljer att söka asyl i Sverige beräknas cirka 30% lida av posttraumatisk stress och ytterligare cirka 30% av lätta till medelsvåra psykiska besvär.

Psykisk ohälsa är alltså inte uteslutande ett ansvar för primärvården men en betydande och ökande andel av primärvårdens patienter lider av psykisk ohälsa.

Nationella aktiviteter

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Under åren 2012-2015 har ca 850 miljoner avsatts inom ramen för det s.k. PRIO-arbetet.

Regeringen har under 2015 initierat en översyn av behov och utmaningar för området psykisk hälsa och avser att fullfölja den satsningen under perioden 2016 – 2020.

Första steget är att skapa förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som respektive län står inför och att identifiera behov och utvecklingsmål samt att förbättra ungas psykiska hälsa. Analysen ska resultera i målsättningar på fem års sikt inom fem fokusområden och lokala/regionala handlingsplaner för att nå målen.

Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete

Fokusområde 2. Tillgängliga tidiga insatser

Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter

Fokusområde 4: Utsatta grupper

Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation.

Varje landsting har under hösten 2016 lämnat in en analys och en handlingsplan för området "Psykisk hälsa 2016". Som framgår riktar sig satsningen till behovsgruppen och inte till en specifik vårdnivå. Det betyder att de handlingsplaner som landstingen lämnat in avser aktiviteter inom såväl specialist som primärvårdsnivå.

I anslutning till satsningen bedriver SKL ett projekt med namnet "Uppdrag Psykisk hälsa". Arbetet bedrivs i nätverksform och syftar till att stödja huvudmännen med kunskap och metodutveckling.

Här följer exempel från handlingsplanerna avseende primärvårdsnivån.

Från handlingsplan VLL :

- Uppbyggnad av "Primärvårdsråd Första Linjen Psykisk Ohälsa". Rådet består av en tvärprofessionell arbetsgrupp som har ett uppdrag att arbeta med frågor som rör området psykisk hälsa t.ex. utveckling av likvärdig riktlinjer kring metoder, handledning, bemanning, ansvarsfördelning, utbildning, utvecklingsfrågor, konsultation.
- Utbildningssatsningar kring 1:a linjen för barn och ungas psykiska ohälsa, temautbildningar unga och nätet, alkohol och droger.
- Deltagande av hela länets primärvård i Psyk e-bas en webbaserad utbildning från SoS inom området psykisk ohälsa.
- Utvecklande av lokala handlingsplaner för psykisk ohälsa på varje hälsocentral

Från handlingsplan RJH :

- Planering för konceptet "Hjortronmyren" som ska vara en länsövergripande gemensam enhet som ska tillhandahålla gruppverksamhet och viss spetskompetens. Här är också tänkt att bedriva KBT på nätet.
- Utbildningssatsningar, breddutbildningar kring suicid, ångestasyll. Steg- 1 utbildningar för några medarbetare på psykosociala enheter
- Samisk hälsa. Funäsdalen
- Ungdomsmottagning i Östersund utökas med filial i Strömsund. Ökad bemanning.

Från handlingsplan NLL :

- Implementering av webbutbildningar för suicidprevention, psykisk ohälsa hos äldre.
- Triagering av psykisk ohälsa enligt modell från Gotland prövas vid två hälsocentraler i glesbygd.
- Gruppbehandling av psykisk ohälsa i ett samarbete mellan primärvård och specialistpsykiatri i Piteå.

Från handlingsplan LVN:

- Enligt handlingsplanen ska flera av de föreslagna åtgärderna inbegripa ett fortsatt analysarbete. Områden som kan beröra primärvården är stöd till barn och ungdomar och arbetsformer och metoder att upptäcka tidig droganvändning.

Primärvårdens eget uppdrag

Min första reflektion när jag möter primärvården är att kompetensen för att arbeta med psykisk ohälsa förefaller ha ökat de senaste 5-6 åren. Dels genom rekrytering av yrkesgrupper som tidigare inte var lika vanligt förekommande och dels genom vidareutbildningar, t.ex. i KBT, hos befintlig personal. Det är glädjande och är ett första steg mot att bättre kunna svara upp mot behovet.

Däremot så finner jag att det varierar avsevärt hur man lagt upp arbetet på olika hälsocentraler. Några tydliga "best practices" om hur man organiserar det tycks ännu inte ha utvecklats. Detta har också uppmärksammats på nationell nivå och är ett av fokusområdena för SKL's arbete med "Psykisk hälsa".

Några av landstingen har gjort särskilda aktiviteter för att öka förutsättningarna för primärvården att ta uppdraget som 1:a linjens barn- och ungdomspsykiatri medan andra inte gjort det.

Det finns alltså ett stort behov av att öka fokus på hur arbetet med psykisk ohälsa kan göras på ett mer effektivt sätt. Här har primärvårdscheferna ansvaret. Ett större utbyte mellan hälsocentralerna avseende kloka arbetssätt borde vara en början.

Primärvårdens samarbete med specialistnivån dvs. Vuxenpsykiatri och Barn- och ungdomspsykiatri.

Som tidigare beskrivits så menar en i stort sett samstämmig primärvård i norra sjukvårdsregionen att samarbetet med specialistpsykiatrin är ett problemområde. Jag har inte intervjuat företrädare för specialistpsykiatrin. Det finns flera orsaker till svårigheterna. Såväl specialistvården som primärvården har fått att hantera ett markant ökat behov av hjälp för olika ångesttillstånd, missbruk, neuropsykiatriska tillstånd och posttraumatiskt stress hos asylsökande som några exempel. Bägge vårdnivåerna är alltså ansträngda och gränsdragningen dem emellan är inte alltid självklar. Vidare noterar jag att det i de flesta landsting saknas regelbundna möten mellan primärvård och psykiatri som är en första förutsättning för att lösa gemensamma frågor. Här har den tjänstemannanivå som har det samlade ansvaret för såväl specialist- som primärvårdsnivå uppgiften att skapa förutsättningarna för samarbete.

Förslag:

- Ansvarig chefsnivå ger uppdrag och följer upp att samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatrin fungerar.

- Primärvårdschefen tar initiativ till en utvecklingsinsats för att hitta mer effektiva arbetsätt för psykisk ohälsa. VLL´s initiativ med ett primärvårdsråd förefaller vara ett sätt att fokusera på området. Här finns också alla möjligheter att aktivt delta i det nationella arbetet på SKL. Möjligheterna att ta del av varandras erfarenheter i sjukvårdsregionen ska heller inte glömmas bort.
- Specialistpsykiatrin är som ovan beskrivits inte alltid en helt stabil samarbetspartner. Ur ett primärvårdsperspektiv men också ur andra perspektiv kanske en regiongemensam genomgång av specialistpsykiatrin kunde vara av värde?

4.3 HJÄRTSVIKT

Som tidigare nämnts är hjärtsvikt vanligt förekommande i primärvården. Det är dessutom en av de tyngsta diagnoserna i underlaget för mätetalet ”undvikbar slutenvård”. Med en väl utvecklad öppenvård, på sjukhus eller i primärvård, kan man i större utsträckning undvika akuta inläggningar på sjukhus. Det är alltså värdefullt ur både patientens perspektiv och ur effektivitetssynpunkt att ha en väl fungerande vård för hjärtsvikt.

Någon tydlig vårdprocess har inte utvecklats i primärvården. Dock har jag tagit del av ett antal utvecklingsprojekt som utgår från sjukhusen bland annat i Piteå, Skellefteå, Umeå och Sundsvall som riktas mot primärvården. Det har inte funnits utrymme att studera dessa närmare.

Förslag:

- Ansvariga för den samlade hälso- och sjukvården i norra sjukvårdsregionen bör ta ett initiativ att samla ihop dessa projekt, jämföra dem, dra slutsatser och försöka hitta modeller som fungerar i de olika primärvårdskontexterna.

4.4 PATIENTER MED BEHOV ENLIGT LSS

Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade ger rätt till hjälp för personer med:

1. Utvecklingsstörning och personer med autism
2. Personer som i vuxen ålder har fått en hjärnskada efter en olycka eller en sjukdom.
3. Personer som har andra funktionshinder som är stora och ger många svårigheter i livet.

I avsnittet Patientflöden så framgår det att detta är ett litet antal patienter ofta med komplexa behov. Flera läkare har vid mina intervjuer spontant tagit upp denna behovsgrupp som en källa till frustration. Man menar att det är svårt att upprätthålla kunskapsnivån för att det är så få patienter, man får lägga ner mycket tid för varje patient och det är ändå inte säkert att det blir ett bra resultat. Denna bild bekräftas också av företrädare för habiliteringsverksamheterna för vuxna. Det har inte funnits utrymme för någon fördjupad analys av området inom ramen för detta projekt men med tanke på målgruppens komplexitet så förefaller risken stor för att detta verkligen är ett problem.

Förslag:

- Respektive landsting inventerar om det gjorts någon genomlysning av hur hälso- och sjukvårdsbehovet tillgodoses för målgruppen. Om det inte gjorts bör man göra det. Något landsting har ambitionen att erbjuda dessa patienter att lista sig vid en hälsocentral med ett särskilt uppdrag. Om genomlysning pekar på förbättringsmöjligheter så kan detta vara en väg att gå.

5 VERKSAMHETSUTVECKLING MED HJÄLP AV ÄNDRAD ARBETSFÖRDELNING

I en värld utan utveckling och förändring skulle en verksamhet snabbt kunna uppnå en effektiv och stabil fördelning av arbetsuppgifterna. Nu stämmer inte detta med verkligheten i hälso- och sjukvården. Det finns alltså ett behov av att hela tiden se över och ompröva hur arbetsfördelningen ska se ut.

I långt drivna professionella organisationer så är det i stor utsträckning yrkesgrupperna själva som definierar sina arbetsuppgifter vilket kan innebära både för- och nackdelar. Ett bekymmer är naturligtvis om upprätthållande av revir får väga tyngre än en rationell arbetsfördelning.

Som tidigare beskrivits och nu senast i rapporten Effektiv vård så finns det mycket få legala hinder för att förflytta arbetsuppgifter mellan yrkeskategorierna. Trots det så framförs det fortfarande som ett vanligt skäl till att bevara den nuvarande arbetsfördelningen. Här skiljer de olika yrkeskategorierna sig inte åt.

När det gäller överflyttande av arbetsuppgifter så kan tandvården tjäna som ett gott exempel. Dom har inte inväntat en spontan omfördelning utan strategiskt arbetat med att hitta rätt arbetsfördelning mellan bland andra tandläkare och tandhygienister.

En förutsättning för att kunna fördela arbetsuppgifter på ett optimalt sätt är också att alla yrkesgrupper i primärvården har en mycket god kännedom om varandras kompetenser. Det är inte säkert att så alltid är fallet.

Eftersom det finns relativt få privata utförare så är det svårt att dra några generella slutsatser om eventuella skillnader mot offentligt drivna verksamheter i detta avseende. Jag tycker mig dock urskilja två typer av förhållningssätt. Dels utförare som har satsat hårt på patienternas önskemål att i så stor utsträckning som möjligt få träffa läkare. Dels utförare som har drivit omfördelningen av arbetsuppgifter längre än någon av de offentligt drivna hälsocentralerna har gjort.

Mitt intryck är att verksamhetschefer hela tiden försöker hitta möjligheter att omfördela arbetsuppgifter. Inte minst mot bakgrund av den osäkra läkarbemanningen som finns på många ställen. Det förefaller också så att de mest radikala lösningarna, ofta dessutom med gott resultat, uppstår där läkarbristen är som störst. Det är intressant men tveksamt om kriser ska vara en bärande princip för att driva utveckling.

5.1 EXEMPEL PÅ OMFÖRDELNING AV ARBETSUPPGIFTER I PRIMÄRVÅRDEN

I samtliga landsting finns det flera exempel på hur man har förflyttat arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier.

- Vanliga exempel är att sjuksköterskor självständigt diagnosticerar och behandlar vissa patientgrupper t.ex. SIM-mottagningar (Sjuksköterskeledd infektionsmottagning)
- På de flesta ställen tar fysioterapeuterna emot och gör en första bedömning av patienter med problem från rörelseorganen.
- Arbetsterapeuter har på flera ställen en framträdande roll i demensutredning.
- PSA-kontroller på patienter med prostatacancer har lagts på undersköterskor.

I RJH har man tillsatt en central resurs som hjälper hälsocentralerna att identifiera och underlätta omfördelning av arbetsuppgifter för hela primärvården. Hon har till exempel avlastat primärvårdens verksamhetschefer i de diskussioner med rtg-avdelningen som krävs för att fysioterapeuterna ska få möjlighet att skriva remisser för rtg-undersökningar.

I NLL pågår ett generellt arbete inom HR-funktionen där man mer systematiskt tillsammans med verksamhetschefer regelbundet går igenom bemanningsmixen inklusive arbetsfördelningen för att hitta rätt sammansättning av kompetenser och arbetsuppgifter.

På sjukhusen pågår sedan några år arbeten med "Vårdnära service" vilket innebär att avlasta vårdutbildad personal de arbetsuppgifter som inte kräver vårdutbildning. Jag har frågat primärvårdens verksamhetschefer om det finns någon motsvarande potential i primärvården men det har man inte kunnat se.

Förslag:

- Det vore rimligt om respektive landsting avsatte en central resurs som likt RJH arbetade med att underlätta omfördelning av arbetsuppgifter. Då skulle man också kunna bygga ett nätverk mellan dessa personer och utbyta idéer och taktiker för genomförandet. Inom detta område borde det finnas möjligheter att använda medel från den s.k. Professionsmiljarden.
- Ett första steg borde vara att göra en mer systematisk inventering i norra sjukvårdsregionen än vad detta projekt har kunnat göra.
- I den mån det inte redan görs idag ska en stående punkt vid varje medarbetarsamtal handla om förslag på nya arbetsuppgifter som man är beredd att ta på sig. Detta för att frågan hela tiden ska vara aktuell och naturlig. Här framstår arbetet som pågår i NLL som en intressant modell.

6 VÅRD OCH OMSORG I GLESBYGD

Primärvård i glest befolkade områden i norra Sverige har sedan länge haft ett bredare uppdrag och en annan utformning än primärvården i mer tätbefolkade områden. Tydligast är att man förutom det traditionella primärvårdsuppdraget även har ett uttalat ansvar för det akuta omhändertagandet. Det innebär att man har utvidgat utbudet till att omfatta ambulansverksamhet, vårdplatser och röntgen. Denna s.k. sjukstugemodell finns framför allt i Norrbotten, Västerbotten och Jämtland/Härjedalen.

Under början av 2000-talet ökade intresset bland annat från VLL för motsvarande modeller och lösningar internationellt. "Rural medicin" visade sig i jämförbara länder vara ett omfattande utvecklingsområde med tydlig akademisk koppling. Detta till skillnad från Sverige där det ur ett landstings- och universitetsperspektiv haft en mer undanskymd plats.

Med en ny syn på vård och omsorg i glesbygd och en tilltagande entusiasm växte framför allt från VLL och NLL fram ett fokus på utvecklingsmöjligheterna inom området. Som exempel kan nämnas att de fyra norrlandstingens tillsammans med Svensk förening för glesbygdsmedicin 2010 tog fram en särskild ST-utbildning i glesbygdsmedicin.

Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) i Storuman bildades 2010 och är sedan 2014 en FoU-enhet inom Västerbottens primärvård.

Samma år enades de fyra norrlandstingen att via NRF ge ett särskilt uppdrag till en utsedd arbetsgrupp från de fyra landstingen att ta fram en gemensam vision och ett policydokument. Visionen lyder:

Norrlands inland, världsledande i utveckling av framtidens vård och omsorg i glesbygd.

Ett sätt att arbeta, ett sätt att leva, ett sätt att vara.

I arbetet presenterades också en sammanställning av pågående projekt/arbetsmodeller liksom regionala samarbeten. I detta dokument redovisades också ett antal prioriterade områden att kunna arbeta vidare med.

En uppföljande redovisning av läget har presenterats för uppdragsgivarna hösten 2016. Aktiviteterna inom ramen för GMC är de mest omfattande men också arbetet i projektet "Flippen" i Övertorneå är under stark utveckling. För en mer utförlig genomgång av pågående projekt hänvisas till rapporten.

6.1 VÄGEN FRAMÅT!

Glesbygdsmedicin i norra Sverige har under senare år fått en ökad nationell positiv uppmärksamhet, ett stort genomslag i media och flera uppmärksammade priser. Det är enligt min uppfattning just nu ett av de få områden inom primärvården som har en tydlig positiv energi.

Därför är det mycket viktigt av flera skäl att landstingen fortsätter att ta sitt ansvar och ökar fokuseringen på att omsätta den kunskap och de modeller som nu finns för vård och omsorg i glesbygd. Självklart ska glesbygdsmedicin vara ett framträdande profilområde såväl sjukvårdsmässigt som akademiskt i norra Sverige. Var skulle det annars skulle vara?

Företrädare för glesbygdsmedicinen påpekar nödvändigheten av att norrlandstingens samarbetar inom detta område för att få tillräcklig utvecklingskraft. Jag delar helt den uppfattningen.

Definition av glesbygdsmedicinska enheter

En arbetsgrupp bör utses som avgör vilka hälsocentraler som avses att ges glesbygdsmedicinskt status. Enligt min mening blir det omöjligt att diskutera resurssättning, utveckling och uppföljning om man inte har definierat vilka enheter man menar. Det finns ingen officiell fastslagen definition utan här får man arbeta fram det som är lämpligt för regionen. Exempel på definitioner finns! Uppskattningsvis rör det sig om ett 20-tal enheter i norra sjukvårdsregionen.

Certifiering av läkare i glesbygd och satsning på avancerade kliniska sjuksköterskor (AKS)

Vidare bör man överväga att införa en "certifiering" av de läkare som kan anses vara glesbygdsmedicinskt kompetenta. Dels finns det inom de närmaste åren att antal läkare som genomgått den särskilda ST-utbildningen för allmänmedicinare som därmed kan certifieras, dels finns de läkare som av erfarenhet har skaffat sig motsvarande kompetens. Även dessa bör certifieras så att det blir tydligt vilken kompetensnivå som området har och hur det utvecklas över tid. Om man har behov av att differentiera lönerna mellan olika geografiska områden så bör en glesbygdsmedicinsk certifiering kunna vara ett logiskt underlag för detta.

Det vore rimligt om en extern part kunde göra bedömningen och dela ut denna certifiering. Där borde Svensk förening för glesbygdsmedicin kunna vara en möjlighet.

Några sjuksköterskor i sjukvårdsregionen har genomgått specialistutbildning till avancerade kliniska sjuksköterskor. Dessa kan ha olika profil men det är inte minst inom den glesbygdsmedicinska verksamheten som behovet är stort. Detta bör prioriteras!

Fortsatt utveckling och forskning inom glesbygdsmedicin

Glesbygdsmedicinskt centrum har en central plats i forskning och utveckling av glesbygdsmedicin men kan sannolikt inte ensam bära den rollen i framtiden. Naturligtvis har man samarbete redan idag såväl inom som mellan landstingens övriga forsknings- och utvecklingsaktörer men för den fortsatta kraftsamlingen inom området bör man överväga en breddning. En tänkbar utveckling skulle kunna vara att ytterligare något eller några landsting bildar varsitt glesbygdsmedicinskt centra som i nätverk samverkar kring utvecklingsfrågor, marknadsföring, projektfinansiering, projekthantering och liknande. En särskild finess är naturligtvis att dessa centra ligger just i glesbygd och inte "centraliseras".

Rekrytering och personalfrågor

Det är inte bara i Sverige eller inom hälso- och sjukvården som det finns stora utmaningar i att rekrytera kvalificerade medarbetare till glest befolkade områden. Det finns internationell forskning på området som pekar på vilka faktorer som kan vara framgångsrika i ett sådant arbete. GMC deltar sedan flera år i ett sådant forskningsprojekt tillsammans med Canada och Australien kallat "Recruit and retain". VLL står nu på tröskeln till ett implementeringsprojekt tillsammans med ett antal kommuner. Här finns det sannolikt viktig kunskap att hämta och från mitt perspektiv så borde landstingens HR-avdelningar följa detta med intresse.

Marknadsföring och kommunikation

Trots att man fått mycket positiv press så är det viktigt att byggandet av varumärket fortsätter. Landstingens kommunikationsavdelningar bör kunna hjälpa till att upprätta kommunikationsplaner och föreslå lämpliga aktiviteter.

Verksamhetsutveckling med hjälp av IT

Vård och omsorg i glesbygd har en stark koppling till utvecklandet av vård på distans. Denna utveckling bör naturligtvis främjas. Redan i dag finns ett stort intresse från industrin och flera av landstingen har pågående eller planerade samarbeten med såväl nationella som internationella företag. Norra Sverige betraktas som ett mycket intressant område som testbädd för företagen och detta bör fortsätta att exploateras. Jag tror att samtliga landsting skulle vinna på att i högre grad samordna sina kontakter med industrin för att bli en starkare och ännu intressantare part i denna utveckling.

Nya arbetsmodeller för vård och omsorg i glesbygd

I den redovisning som arbetsgruppen för "Vård och omsorg i glesbygd" presenterade för uppdragsgivarna hösten 2016 lyfter man fram flera utvecklingsbehov. De flesta av dessa kan sägas ligga inom det som beskrivits ovan. Dessutom breddar man perspektivet ytterligare genom att peka på

intressanta exempel från andra länder där man i samhällen i glesbygd helt har integrerat vård och omsorg. Modellerna från Finland (Eksote) och Alaska (Southwest central) innebär att man har samlat samhällets hela resurs för vård och omsorg i ett system med ett tydligt delägarskap hos befolkningen.

Förslag:

- Ett tydligt samlat uppdrag från de fyra nuvarande landstingen ges till respektive utförarorganisationer avseende den fortsatta utvecklingen av profilmrådet glesbygdsmedicin.
- En gemensam styrgrupp utses för planering och uppföljning förslagsvis bestående av primärvårdscheferna.
- En för de fyra norrlandstingen gemensam arbetsgrupp för glesbygdsmedicin utses och resurssätts med administrativt stöd.
- En gemensam strategi utarbetas dvs. vilka utvecklingsområden ska prioriteras.
- En gemensam utvecklingsplan utformas.
- Avsätta medel i respektive landsting utifrån beslutad ambitionsnivå.
- Om politiskt intresse finns för att undersöka förutsättningarna för ett fördjupat samarbete mellan huvudmännen för hälso- och sjukvård i glesbygd med inspiration av modeller från Finland och Alaska bör en förstudie genomföras.

7 RADIKALT NYTÄNKANDE (DISRUPTIVA INNOVATIONER)

Utformningen av dagens primärvård är i stort sett resultatet av en design från början på 70-talet. Det som var en modell väl anpassad efter dåtidens behov kan i dag ifrågasättas. Dels är det naturligtvis en fråga om storleken på den totala primärvårdsresursen men också en fråga om hur man har anpassat och utvecklat verksamheten efter behoven.

Vi kan konstatera att de senaste 40-50 åren har behoven förändrats avsevärt i primärvården. Ett markant ökat ansvar för äldre och sjukliga patienter såväl i egna som i särskilda boenden. En kraftig ökning av den psykiska ohälsan där var tredje patient i primärvårdens väntrum har någon form av psykisk ohälsa som en del i sin sjukdom.

Därtill kommer de senaste årens förändrade förväntningar från medborgarna i form av krav på ökad tillgänglighet, ökat inflytande och på att kunna använda olika digitala lösningar.

Det kan finnas anledning att fundera över om primärvården är i behov av ett radikalt nytänkande.

Enligt litteraturen så finns det både erfarenheter och forskning som visar att om man vill genomföra radikala förändringar i en verksamhet så är det svårt, för att inte säga omöjligt, att göra inom ramen för det redan existerande. Gamla tankemönster och sedan lång tid inarbetade strukturer har en stark tendens att förhindra allt för stora förändringar. Det finns flera exempel på att man har fått börja om på en helt ny kula utanför det gamla systemet för att kunna åstadkomma detta.

Hur hanterar andra branscher liknande utmaningar? Det verkar som om en hel del företag i det längsta försöker upprätthålla gamla strukturer för att till sist bli utmanade av uppstickare med helt nya modeller.



Andra stora företag förefaller arbeta med bägge perspektiven samtidigt. Ett exempel kan sägas vara Hennes & Mauritz med över 4000 butiker världen över där man håller ett tydligt och gemensamt koncept. Samtidigt har koncernen också två mindre kedjor "COS" och "& other stories" där man provar andra varor och kundsegment. Detta ökar möjligheten att hitta och prova nya koncept för kärnverksamheten.

Om man tror att primärvård skulle behöva genomgå en radikal förändring och att en sådan radikal förändring inte är möjlig inom de existerande sättet att se på verksamhetens så finns det två alternativ. Antingen kan landstingen vänta på att någon annan åstadkommer detta och förr eller senare kommer nog så att ske. Eller också försöker landstingen själva skapa förutsättningar för det.

Ett sådant angreppssätt skulle kunna vara att ett landsting eller ännu hellre alla fyra landstingen tillsammans tar initiativ och startar en gemensam ny kedja av hälsocentraler, till exempel en hälsocentral i varje landsting. Det skulle då bli en intern konkurrent med ett uttalat uppdrag att utveckla någonting radikalt nytt. Hälsocentralerna skulle få ett eget varumärke och en helt egen profil. Med en genomtänkt modell, nya förutsättningar för lokaler och teknik och medarbetare med ett uttalat uppdrag för förnyelse så borde det finnas goda förutsättningar för ett positivt resultat.

Givetvis finns det ett antal problemställningar som behöver belysas och utredas innan en sådan verksamhet vore möjlig att pröva. För att bara nämna några: Hur kan detta hanteras i förhållande till Vårdvalet? Vilken driftsform är lämplig? Finns det aspekter som motiverar ett FoU-projekt? Finns det nationella intressen eller EU-medel att hämta?

En viktig fråga är också att det måste komma rätt i tiden. En uppenbar risk är att den befintliga primärvården skulle kunna uppfatta detta som ett misstroende från den egna ledningen/landstingen och därefter helt tappa utvecklingskraft. Därför kanske det är klokt att avvakta något så att den landstingsdrivna primärvården får en chans att stabilisera sig och kanske till och med kunna svara på ett positivt sätt på en sådan intern konkurrent.

Förslag:

- De fyra landstingen i norra sjukvårdsregionen utreder förutsättningarna för att tillsammans starta en kedja av fyra helt nya hälsocentraler.

8 RAPPORT FRÅN WORKSHOP MED "YNGRE" MEDARBETARE HÖSTEN 2016

I syfte att låta en grupp "yngre" medarbetare få utrymme att fundera över hur primärvården kan se ut i framtiden genomfördes under hösten 2016 en serie workshops. På rekommendation från regionens verksamhetschefer bjöds sammanlagt 22 medarbetare in.

De flesta i primvården förekommande yrkeskategorier fanns med från varje landsting liksom en fördelning från stad, land och glesbygd.

Innan första mötet fick alla deltagare i uppgift att intervjua en verklig patient eller anhörig i en för deras yrkesgrupp relevant kategori. Detta samlades sedan till ett tryckt häfte vilket blev startpunkten för arbetet.



Luleå den 25-26/8 2016

Vid det första mötet redovisades förväntningarna på deltagarna och målbilden; ett antal berättelser som beskriver primärvården ur ett patientperspektiv om tio år.

En av utgångspunkterna var det material som det nationella utvecklingsarbetet Flippen (SKL) tagit fram som beskriver patienters preferenser ur ett delvis nytt perspektiv: Vill alla delta i gruppbehandlingar? Hur stor andel vill sköta det mesta av vården själv? Etc.

Vi gick också igenom vilka hinder som finns för att genomföra förändringar. Många av deltagarna hade erfarenheter av att det var äldre kollegor, oavsett yrkeskategori, som var det största hindret.

Skellefteå 8-9/9 2016

Studiebesök på följande platser:

Citykliniken FTV – Folktandvårdens nya klinik med ett genomarbetat koncept och lokaler för bättre flöden, teamarbete, längre öppettider mm.

Hello Future – ett företag som hjälper organisationer att utveckla sina digitala tjänster och sin digitala strategi. Företaget berättade om sin bransch men även om sin egen resa som kunskapsföretag.

Skellefteå Kraft – ett företag som tidigare arbetat på en helt reglerad marknad men på senare år blivit konkurrensutsatta. Hur arbetar man med kunden i centrum?

Hola i Västernorrland 29-30/9 2016

Arbetsgrupperna börjar skapa sina framtidsberättelser. Till detta möte var företrädare för medborgarna särskilt inbjudna.

Dels deltagare från Medborgarpanelen för VLL´s primärvård, dels två deltagare från Västernorrland, dels från en patientorganisation och dels från en pensionärsorganisation.

Grupperna fick nu möjlighet att presentera sina tankar kring framtidens primärvård och få kommentarer från "medborgarna". Diskussionen var mycket uppskattad av gruppdeltagarna och vidgade perspektiven.

Östersund 13-14/10 2016

Vid det avslutande arbetsmötet sammanställdes berättelserna om framtidens primärvård. Materialet har sedan redigerats och tryckts i häftat format, Patientberättelser del II. Detta utgör då en slags pendang till de berättelser som inledde workshop serien.

Mina reflektioner från denna resa

Det har varit mycket intressant och inspirerande att få arbeta tillsammans med denna grupp. Här finns en stark motivation och önskan att åstadkomma någonting bättre i primärvården. Det har också varit en påminnelse om betydelsen av att avsätta tid för att diskutera innehåll och vägen framåt. Förutom de direkta resultatet av detta arbete har även samtalen gett värdefulla inspel och underlag till hela arbetet med projektet "Primärvården i fokus"

Oavsett yrkeskategori så ser alla en stor potential i omfördelning av arbetsuppgifter. Från arbetsgruppens perspektiv är det långt ifrån optimalt i dag.

Man har en mycket naturligare syn på digitala hjälpmedel än äldre kollegor liksom tilltron till patienternas förmåga att hantera tekniken. I många diskussioner är det förstahands alternativet.

Förebyggande arbete ligger långt upp på listan över arbetssätt i framtidens primärvård. Man vill se det förebyggande arbetet som en mer naturlig del och inte som en sidoaktivitet.

Alla ser behovet av att arbeta personcentrerat men saknar i stor utsträckning användbara verktyg. I våra starkt professionellt orienterade organisationer är det heller inte helt lätt att byta perspektiv.

Diskussioner om vad hälso- och sjukvården kan tillföra patienterna. Tidigare var det i huvudsak faktakunskap och vilka åtgärder som krävs. I tilltagande omfattning skaffar sig nu patienterna fakta via andra kanaler. Det innebär att andra kunskaper hos hälso- och sjukvården sannolikt kommer att värderas upp t.ex. förmåga att lyssna och förklara och kunna lotsa patienterna rätt i systemet. Behövs det kanske till och med helt nya yrkeskategorier?

Förslag:

- Nätverket "överlämnas" till den föreslagna Primärvårdschefsgruppen och bör kunna nyttjas som referensgrupp i olika sammanhang. Ett exempel kan vara den föreslagna regiongemensamma konferensen i primärvård där detta nätverk borde kunna vara värdefullt.

9 LITTERATUR

- Accelerating health care transformation with lean and innovation. The Virginia Mason experience. Paul Plsek.
- A leadership journey in health care. Virginia Mason's story. Charles Kenney.
- The patient will see you now. Eric Topol.
- Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. Vårdanalys 2015.
- Rätt vård- och omsorgsnivå för Anna och Lars. Sjukvården Halland.
- Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Vårdanalys.
- Den svenska allmänmedicinens historia. Läkartidningen. Per G Swartling.
- System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin. Sveriges läkarförbund juni 2014.
- Building the foundations for improvement. The Health Foundation UK.
- Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval. Sveriges läkarförbund. 2014.
- 21 st century management. Mats Lindgren. Kairos future.
- Constructive comfort: accelerating change in the NHS. The health foundation. February 2015.
- Västerbottensprojektet. Läkartidningen 26 Oktober 2016
- Developing collective leadership for health care. The Kings Fund. 2014.
- Accelerate. John P. Kotter.
- Kunskapsstöd för primärvården. Delrapport 2015 SKL.
- Att leda med kunskap. Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin. Regionala cancercentrum i samverkan.2016
- Kartläggning av vård på distans i Västerbottens län landsting. 2016.
- Management's new paradigms. Peter F Drucker.
- The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care 1st Edition. Clayton M. Christensen.
- Cairns konsensusförklaring om glesbygdsmedicin. Glesbygdsmedicinskt centrum
- Redovisning till Norrlandstingens regionförbund avseende pågående och avslutat arbete kring "Vård och omsorg i glesbygd".
- Framtidens bästa primärvård. Slutrapport-projektresultat. 2016. Region Östergötland.
- Effektiv vård. SOU 2016:2.