



Rapport Primärvårdsberedningen

29 april 2015



LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

1 Inledning och sammanfattning.....	3
1.1 Definitioner och begrepp som används i rapporten	3
1.2 Förslag från beredningen	4
2 Bakgrund och nuläge.....	5
2.1 Styrelsens direktiv och uppdrag till primärvårdsberedningen	5
2.2 Ledning och styrning av primärvård, Hälsoval Blekinge	6
2.3 Primärvårdens uppdrag idag.....	7
2.4 Uppföljning	9
2.5 Revisionsrapport avseende Hälsoval Blekinge	10
2.6 Hälsovalsutredningens rekommendationer	11
3 Primärvårdsberedningens prioriterade områden	14
3.1 Säkerställa ett tryggt omhändertagande av äldre	15
3.2 Säkerställa en jämlik vård över länet	16
3.4 Samverkan och uppgifter/processer	19
3.5 Ekonomi	23
3.6 Fokusera på att göra rätt arbetsuppgifter	24
3.7 Fortsatt kompetensförsörjningsarbete.....	26
3.8 Diagnostiskt centrum.....	27
4 Ärenden överlämnade från nämnd/styrelse till primärvårdsberedningen	29
4.1 Verksamhets- och kostnadsanalys av den offentliga primärvården	29
4.2 Utredningen om Aktiv hälsostyrning.....	29
4.3 Motion om medicinsk fotvård	30

1 Inledning och sammanfattning

Primärvårdsberedningens rapport är upplagd efter landstingsstyrelsens uppdrag till primärvårdsberedningen samt utifrån de områden som beredningen valt att fokusera på.

Rapporten redogör för det politiskt beslutade uppdraget för Hälsovalet i Blekinge.

Sedan införandet har Hälsovalet granskats av revisorerna år 2011 och landstingsdirektören har på tjänstemannanivå gett två utredningsuppdrag som redovisats i *Rapport Hälsoval Blekinge 2013* och *Rehabiliteringsutredningen 2012*.

Slutsatser och rekommendationer från revision och rapporter utgör en del av underlaget i denna rapport tillsammans med de resonemang som förts under beredningens möten.

Rapporten beskriver utvecklingen inom de områden beredningen valt att fokusera på och med tyngdpunkt på styrning, ledning och uppföljning. Rapporten avslutas med förslag till utveckling och förändringar inom några områden.

1.1 Definitioner och begrepp som används i rapporten

Socialstyrelsens definition av *primärvård*: ”Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.”

Offentlig primärvård drivs i Landstinget Blekinges egen regi med verksamheter godkända att driva verksamhet i enlighet med Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge

Privat primärvård drivs av privata aktörer med verksamheter godkända att driva verksamhet i enlighet med Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge

Anslagsfinansierad primärvård: primärvårdsverksamhet som inte ingår i Hälsovalet utan drivs av landstinget inom en tilldelad budgetram.

All primärvård i Blekinge finansieras av skattemedel. Inom ramen för Hälsoval Blekinge finns idag 21 vårdenheter, varav 13 vårdenheter i landstingets regi, *offentlig primärvård*, och 8 i *privat regi*.

När Hälsoval Blekinge infördes beslutades att delar av dåvarande primärvård skulle ligga utanför Hälsovalets uppdrag; ungdomsmottagningarna och Sårcentrum. Dessa verksamheter *anslagsfinansieras* och driftas av primärvårdsförvaltningen utifrån beslut i nämnden för primärvård och tandvård.

Hälsoval i Blekinge är ett system för styrning av primärvård enligt Lagen om vårdval.

Hälsovalsenhetens uppdrag är att på uppdrag av landstingsdirektören verkställa Lagen om vårdval och Landstinget Blekinges beslut rörande vårdval och granska avtalsföljsamhet för läkare och sjukgymnaster som verkar enligt nationell taxa. Hälsovalsenheten ska också utveckla, samordna och följa upp barnhälsovården samt utbildning för AT- och ST-läkare i allmänmedicin.
(Källa: Hälsovalets verksamhetsberättelse, 2012)

1.2 Förslag från beredningen

- Från år 2017 föreslås rehabiliteringsuppdraget övergå till att bli en egen anslagsfinansierad verksamhet inom den landstingsdrivna primärvården.
- Landstinget föreslås utveckla och förbättra uppföljning och analys av hälso- och sjukvården utifrån ett patient- och medborgarperspektiv och med fokus på kvalitet och resultat.
- En politisk samverkansgrupp på länsnivå föreslås inrättas för hälso- sjukvårds- och omsorgsfrågor.
- Landstinget Blekinge föreslås arbeta för att ST-utbildningen i allmänmedicin i Blekinge ska innehålla tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet.
- Strukturer för att stärka samarbete och dialog mellan Blekingesjukhuset och primärvården föreslås utvecklas. Medverkan av patientföreträdare bör eftersträvas.
- Vårdprocesserna i Blekinge föreslås utvecklas så att primärvårdens uppdrag blir tydligare.
- Den offentliga primärvården föreslås få uppdraget att på två vårdcentraler kartlägga samtliga arbetsuppgifter och sedan, inom gällande regelverk för hälso- och sjukvårdspersonal, omfördela uppgifterna så att de olika vårdprofessionernas sammanlagda kompetens nyttjas på bästa sätt.
- Förutsättningarna för att etablera utbildningsvårdcentral/-er för AT- och ST läkare föreslås utredas.
- Ett diagnostiskt centrum, med placering i Karlshamn, föreslås etableras. Beslut föreslås senast i juni månad, så att planering av verksamhet kan ske med sikte på igångsättning i början av 2016.

2 Bakgrund och nuläge

2.1 Styrelsens direktiv och uppdrag till primärvårdsberedningen

Bakgrund och uppdrag

Landstingsstyrelsen beslutade 2013-12-13 om att inrätta en tillfällig primärvårdsberedning. Vid landstingsstyrelsens sammanträde i februari 2014 utsågs ledamöter till beredningen och direktiven fastställdes. Landstingsdirektören fick i uppdrag att organisera och utse ett tjänstemannastöd till beredningen.

Uppgiften för den tillfälliga primärvårdsberedningen har varit ”att inhämta kunskap, diskutera och lägga förslag kring den samlade primärvårdens framtida inriktning och uppdrag i Blekinge”, d.v.s. både Hälsovalsuppdraget och den anslagsfinansierade delen.

Kunskap ska delges primärvårdsberedningen främst genom information och fördjupade dialoger utifrån Regelbok Hälsoval Blekinge, omvärldsanalys av primärvårdsverksamhet samt resonemang och erfarenheter redovisade i genomförda utredningar. Beredningen ska i möjligaste mån undvika att göra nya utredningar och istället använda sig av det material som redan finns framtaget och av den kompetens som finns i organisationen.

Beredningen ska särskilt arbeta med:

- Den samlade primärvårdens uppdrag (det vill säga Hälsovalets privata och offentligt drivna enheter samt den verksamhet som drivs av landstinget med stöd av särskilda anslag utanför Hälsovalets ramar).
- Primärvårdens gränssnitt mot Blekingesjukhuset.
- Primärvårdens gränssnitt mot och samverkan med kommunerna.
- Jämförelser med kringliggande landsting av primärvårdens uppdrag.

Primärvårdsberedningen ska, utifrån slutsatser som dras i arbetet, lämna förslag på eventuella förändringar i regelverket för Hälsovalet samt andra förändringar som beredningen anser bör göras.

Primärvårdsberedningens sammansättning

Primärvårdsberedningen har träffats vid sammanlagt åtta tillfällen under perioden 2014-02-19 till 2015-04-30 och följande ledamöter har ingått:

Kalle Sandström, (S),

Ann-Christine Denebo, (S),

Jan Björkman, (S)

Klavs Wix Nielsen, (KD),

Lars Karlsson, (C)

Sara Högelius, (V)

Thomas Nihlén, (MP)

Marianne Olofsson Reuterskiöld, (FP),

Sigrid Johansson, (M),

Åsa Evaldsson (M), (ersatt av Nina Lundin, (M))

Thomas Fredriksson, (SD)

Primärvårdsberedningens ordinarie medverkande tjänstemän i mötena ska enligt direktiven vara landstingsdirektör, planerings- och utvecklingsdirektör, hälsovalschef, administrativ chef samt sakkunnig tjänsteman i samverkansfrågor mellan landsting och kommun. Härutöver skulle sekretärfunktion tillhandahållas och vid behov skulle adjungerande tjänstemän bjudas in. Följande tjänstemän har därmed deltagit i beredningen: Peter Lilja, landstingsdirektör, Gunilla Skoog, pla-

nerings- och utvecklingsdirektör, Cecilia Klüft Fridh, hälsovalschef, Helene Håkansson, administrativ chef och tillika sekreterare i beredningen, Ingrid Hoffmann, sakkunnig i samverkansfrågor mellan landsting och kommun, Christina Holgersson, medicinsk rådgivare Hälsovalsavdelningen samt Annika Mellquist, avdelningschef, planerings- och utvecklingsavdelningen. Därutöver har ett flertal tjänstemän medverkat, bland annat från primärvården.

Tidsramar

Beredningens tidsram styrs av att landstingsfullmäktige skall besluta om förändringar/fastställande av regelbok Hälsoval Blekinge för kommande kalenderår.

Det ursprungliga direktivet har ändrats så att slutrapporten ska levereras till landstingsstyrelsen senast den 1 juni 2015 istället för tidigare beslut om senast den 31 december 2014.

2.2 Ledning och styrning av primärvård, Hälsoval Blekinge

Landstingsplanen ska vara styrande för all verksamhet i landstinget. Primärvårdens uppdrag ska utgå från landstingsplanen. Uppdraget för länets primärvård regleras bland annat i den så kallade Regelboken för Hälsoval Blekinge, men också i form av anslagsfinansierad verksamhet som idag utförs av landstingets offentligt drivna primärvård. Regelboken för Hälsoval ska fr.o.m. 2015 beslutas av landstingsstyrelsen Tidigare har beslut fattats av landstingsfullmäktige. Primärvårdens anslagsfinansierade uppdrag beslutas i samband med landstingsfullmäktiges landstingsplan och budget.

Hälsovalsavdelningen ansvarar för att ta fram förslag till regelbok. Regelboken har till och med 2014 antagits samtidigt som landstingsplanen i juni månad varje år. Detta har inneburit att landstingsplanens mål och mått inte varit styrande för målen i regelboken i tillfredsställande utsträckning. Koordinationen mellan dessa parallella planeringsprocesser har delvis brutit. I planeringsprocessen inför 2016 kommer regelboken att antas av landstingsstyrelsen i september/oktober. Genom denna förändring blir landstingsplanen styrande för regelbokens innehåll.

2.2.1 Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge

”Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge” är det förfrågningsunderlag som ligger till grund för LOV-upphandling inom primärvård. (Lag (2008:962) om valfrihetssystem).

Landstingen har relativt stor frihet att utforma krav och villkor efter egna och enskildas behov, så länge det görs inom ramen för gällande rätt. De grundläggande EU-rättsliga principerna som stadgas i 1 kap. 2 § LOV är av stor betydelse i dessa sammanhang. Principerna om icke-diskriminering, transparens, förutsägbarhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet ska iaktas i samtliga skeden i förfarandet och verka vägledande för hur landstinget som beställare ska agera.

Uppdragsbeskrivningen och regelboken omfattar allmänna avtalsvillkor (generella förutsättningar som reglerar parternas förhållande under avtalstiden) samt specifika krav på tjänsten (tjänstens egenskaper).

I Blekinge ingår samtliga villkor och krav i Uppdragsbeskrivningen och regelboken för att ge en helhetsbild av de krav och villkor som ställs.

Att utforma effektiva och fullständiga avtalsvillkor kräver ett proaktivt arbete. Landstinget har under de senaste åren arbetat för att kontinuerligt förbättra och utveckla förfrågningsunderlaget. Förfrågningsunderlaget har varierat i detaljrikedom mellan olika fokusområden och sakfrågor.

Vid framtagande av underlag för Uppdragbeskrivning och regelbok för 2016 skall fortsatt beaktas den Krav- och villkorsbank som framtagits av landstingen gemensamt med stöd av SKL.

2.2.2 Ansvar för övergripande kvalitets- och utvecklingsarbete

Utvecklingsarbete innebär bland annat omvärldsbevakning, ständiga förbättringar, uppföljning och analys, metodutveckling och kvalitetssäkring – framför allt utifrån ett patient- och medborgarperspektiv.

Hälsovalsreformen förändrade förutsättningarna för att bedriva utvecklingsarbete både inom primärvård och i samarbetet mellan primärvård och andra aktörer, såsom lekings kommuner, Blekingesjukhuset samt psykiatri- och habiliteringsförvaltningen.

I efterhand kan det konstateras att utvecklingsarbetet inom flera områden har tappat mark. Skälen till detta är bl.a. omställningen till ny styr- och driftsform och bemanningssvårigheter i primärvården i kombination med landstingets förändrade administrativa organisation. Det saknas en övergripande samordning av utvecklingen inom primärvårdsverksamheten. Idag finns landstingsövergripande resurser som stöd i det strategiska utvecklingsarbetet, men det saknas en naturlig kommunikationsväg/mötesarena med primärvårdens olika representanter.

I Hälsovalets regelbok står följande ”Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten aktivt samverkar med landstinget avseende forskning och kvalitetsutveckling i primärvården. Vårdgivaren skall medverka i sådant övergripande processinriktat kvalitets- och utvecklingsarbete som bedrivs inom landstinget”.

På övergripande tjänstemannanivå i landstinget har det dock rått oklarheter *om* och i så fall *hur* primärvårdens olika verksamheter skulle inkluderas i det samlade strategiska planerings- och utvecklingsuppdraget för landstingets hälso- och sjukvård. Ett resultat av detta är att det saknats naturliga kommunikationsvägar och en plattform inom landstinget för bedrivande av övergripande utvecklingsarbete på primärvårdsnivå. Detta har bland annat påverkat möjligheterna till en framgångsrik processutveckling inom politiskt prioriterade områden.

2.3 Primärvårdens uppdrag idag

Primärvårdens verksamhet ska vila på gällande lagstiftning, landstingsplanens mål och fokusområden samt gällande nationella, regionala och lokala riktlinjer. En god och säker vårdprocess med patientens behov i hela vårdkedjan ska vara utgångspunkt vid planering av all vård.

Inför planering för genomförande av vårdval/Hälsoval i Blekinge var intentionen:

”Vårdvalet i Blekinge utgår från att primärvården skall vara ett förstahandsval för medborgaren vid behov av vård inom ramen för LEON-principen (Lägsta effektiva omhändertagande nivå). Primärvården skall ge medborgaren God hälso- och sjukvård på lika villkor och särskilt värna om de medborgare som av olika anledning befinner sig i en särskilt utsatt situation. Vårdenheterna inom Vårdvalet skall genom hög tillgänglighet, behovsanpassad vård och god kvalitet ge medborgarna den bästa möjliga hälso- och sjukvården inom de ramar som ställs till förfogande. Respekt och gott bemötande är ledord inom Vårdvalet.”
(Källa: ”Medborgarnas val av vård i Blekinge – en rapport från den politiska styrgruppen” 2009-02-05, beslut i LF 2 mars 2019.)

Mot bakgrund av ovanstående fastställde den politiska styrgruppen 2009 följande grundprinciper, utan inbördes rangordning:

- Medborgare som inte aktivt väljer vårdenhet skall listas passivt enligt nuvarande ordning, det vill säga där patienten har sin geografiska tillhörighet.
- Medborgaren har möjlighet att byta vårdenhet utan begränsning.
- Alla vårdenheter skall ha samma grunduppdrag. Grunduppdraget skall fastställas av landstingsfullmäktige.
- Godkänd vårdenhet som har en särskild överenskommelse med landstinget kan utöver grunduppdraget ha tilläggsuppdrag.
- I grunduppdraget skall det förebyggande arbetet och vikten av samverkan i syfte att skapa fungerande vårdkedjor, särskilt lyftas fram.
- En etablering av vårdenheten skall kräva ackreditering och särskild överenskommelse med landstinget. Krav skall ställas på vårdenheten gällande bland annat:
 - vårdåtagande
 - kvalitet
 - kompetens
 - volym
 - ekonomisk stabilitet
 - miljö
 - teknik, IT
 - gällande kollektivavtal inom området oavsett organisationsform
 - meddelarfrihet för anställda
 - tillgänglighet.
- Specialistläkarkompetens i allmänmedicin skall utgöra basen i vårdenhetens verksamhet.
- Ersättningen till vårdenheten skall vara likvärdig oavsett organisationsform.
- Ersättningen till godkänd vårdenhet skall följa varje patient som valt, eller passivt listas på vårdenheten.
- Ersättningen skall bygga på ersättningssystem enligt ACG där ersättningen utgår från medborgarens vårdbehov, samt en viss andel målrelaterad ersättning för att uppnå fastställda kvalitetsmål. Exempel på kvalitetsmål är tillgänglighet, läkemedelsförskrivning i enlighet med rekommendationer, rapportering till kvalitetsregister.
- Styr- och ersättningsmodellen behöver nogt analyseras med fokus på vilka resultat som skall uppnås med vårdvalet.
- Möjlighet till uppföljning av fastställda mål skall säkerställas.
- Vårdvalet skall innebära fortsatt god kostnads kontroll genom utformningen av hälso- och sjukvårdpengen.
- Landstinget Blekinges IT-strategi och de ambitioner denna anger, skall ligga till grund för de krav som ställs på vårdgivare inom Vårdvalet beträffande IT-tjänster.
- En förändrad primärvårdsorganisation inom landstinget skall medge en producentneutral hantering av samtliga vårdgivare som ingår i Vårdvalet.
- Utgångspunkten skall vara att de administrativa resurserna begränsas till nuvarande.

2.4 Uppföljning

Sveriges Kommuner och Landstings rapport ”Basmodell för uppföljning av primärvård” (2014) utgör grund för Hälsovalsavdelningens uppföljning av vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge.

Uppföljning enligt Basmodellen syftar till att:

- säkerställa att vårdgivarna bedriver en verksamhet i överensstämmelse med de krav Landstinget Blekinge ställer i enlighet med ”Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge” samt Landstingsplanen
- den vård som ges följer kriterierna för vad som anses vara god vård
- fastställda kvalitetskriterier är kända och beaktas
- säkerställa att erforderligt underlagsmaterial rapporteras till uppdragsgivaren på ett korrekt sätt
- skapa en god dialogplattform mellan uppdragsgivare och vårdgivare
- stimulera till utvecklings- och kvalitetsarbete.

Uppföljning sker idag i dialogform. Dialogerna följer upp skall-kraven i uppdraget samt de indikatorer som regelboken anger ska följas upp. Den offentliga primärvården följs dessutom upp inom ramen för den landstingsgemensamma planerings- och uppföljningsprocessen.

Resultat redovisade i vårdenheternas verksamhetsberättelse och delårsbokslut under året, följs upp och diskuteras vid Hälsovalsenhetens verksamhetsbesök och vid dialogmöten med företrädare för vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge. Det är av stor betydelse att verksamheternas resultat återförs och används av vårdenheterna själva som ett led i att förbättra verksamhetens resultat och kvalitet.

Landstinget saknar idag en *samlad* uppföljning och analys av hela primärvården kopplad till målen i landstingsplanen och till övriga hälso- och sjukvården. Det finns dock landstingsövergripande uppföljning inom specifika områden, till exempel levnadsvanor.

Nuvarande uppföljning enligt Basmodell för uppföljning av Hälsoval Blekinge

Landstinget Blekinges Hälsovalsavdelning genomför årligen uppföljningar och revisioner av vårdenheternas verksamheter utifrån den struktur som beskrivs i ”Basmodell för uppföljning av primärvård”, SKL 2014. Basmodellen har framtagits i samarbete med ett flertal landsting, bland annat Landstinget Blekinge.

Utifrån denna struktur täcks olika aspekter på kvalitet inom hälso- och sjukvård: patientupplevd kvalitet, medicinsk kvalitet och organisatorisk kvalitet.

Uppföljning av krav sker på ett strukturerat sätt i form av

- verksamhetsstatistik och nyckeltal
- enkäter till vårdenheter och till kommunens sjuksköterskor
- dialogmöten med vårdenheterna
- verksamhetsbesök vid vårdenheterna.

Vid årets slut görs en sammanställning av verksamhetsstatistik, nyckeltal och uppgifter från enkäter tillsammans med andra för verksamheten betydande faktorer och förutsättningar.

2.5 Revisionsrapport avseende Hälsoval Blekinge

År 2011 genomfördes en granskning av Hälsoval Blekinge av Ernst & Young. Det övergripande syftet var att bedöma vilka effekter införandet av vårdval dittills hade fått. Utgångspunkten för granskningen var de intentioner som landstingsfullmäktige hade med införandet av Hälsoval Blekinge (se avsnitt 2.3).

Utifrån sin granskning gav revisionen sex rekommendationer inom följande områden:

1. *Efterlevnad av vårdprogram*

”Överväg att införa uppföljning av i vilken grad vårdenheterna följer gällande vårdprogram.”

I svaret hänvisas till landstingets utveckling av kunskapsstyrning. Inget specifikt kring Hälsoval Blekinge. I Regelboken för Hälsoval finns krav på att följa beslutade vårdprogram. Uppföljningen av efterlevnaden till vårdprogrammen varierar och det saknas en samlad strategi.

2. *Skillnader i tillgänglighet och kvalitet*

”Överväg att mer generellt analysera skillnader i tillgänglighet, kvalitet etc. som finns mellan de privata och landstingets egna enheter – i syfte att utveckla verksamheten.”

Revisionssvaret hänvisar till att överenskommelser med utförarna måste göras för att privata och offentliga vårdgivares statistik och kvalitetsunderlag ska kunna jämföras.

Behovet av uppföljning och analys har hanterats från fall till fall. Det saknas en övergripande strategi för hur en samlad överblick och analys, utöver det som hälsovalsenheten följer upp, ska kunna genomföras.

3. *Skärpt ekonomistyrning i landstingets primärvård*

”Det är angeläget att ekonomistyrningen inom landstingets egen primärvård skärps i syfte att anpassa kostnaderna till den lägre intäktsnivå som gäller efter Hälsovalet.”

Ekonomistyrningen har skärpts för att anpassa kostnaderna till intäkterna och primärvården arbetar medvetet med sin ekonomi.

Hälso- och sjukvårdsnämnden följde under 2014 den ekonomiska utvecklingen och de åtgärder som krävdes för en budget i balans. Primärvårdsförvaltningen redovisade för 2014 ett positivt utfall och prognosen för 2015 är också positiv.

4. *Medborgarens tillgång till information för att kunna göra övervägda val*

”Medborgarna behöver tillgång till relevant information för att kunna göra väl övervägda val. Landstinget bör därför organisera informationen om vårdvalet på ett lättöverskådligt sätt på sin hemsida. Framför allt gäller detta andra data än patientupplevd kvalitet och tillgänglighet, då sådana data redan går att hitta.”

I svaret hänvisas till 1177.vårdguiden och den information som finns där.

Det som finns tillgängligt för medborgaren är fokuserat på tillgänglighet och patientupplevd kvalitet/bemötande. Det saknas information om andra kvalitetsvariabler som revisionsrapporten efterfrågar.

5. *Revisorernas rätt till insyn,*
”Revisorernas rätt till insyn bör preciseras i nästa version av regelboken.”

I svaret anges att rekommendationen kommer att verkställas 2012 och detta är åtgärdat.

6. *Ersättningsmodell som fångar upp skillnader i vårdbehov,*
”Överväg att tillföra en komponent i ersättningsmodellen som fångar upp skillnader i vårdbehov/vårdkonsumtion.”

Ersättningsmodellen bygger i dag på både ACG och CNI, vilket innebär att vårdbehov beaktas vid fördelning av hälsovalspengen.

2.6 Hälsovalsutredningens rekommendationer

Syftet med ”Rapport Hälsoval Blekinge – En utvärdering med förslag till förändring” var att ur ett befolkningsperspektiv utvärdera om dåvarande uppdrag och regelverk för Hälsoval Blekinge gav Blekinges befolkning den primärvård som de hade behov av. Utvärderingen skulle omfatta hela primärvården i Blekinge och ha särskild uppmärksamhet på tillgång till rehabilitering och vård vid psykisk ohälsa. Utvärderingen skulle granska huruvida uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge var det styrsystem som främjade en utveckling av primärvården enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser och landstingets mål för primärvården. Utredningen skulle också belysa nuvarande regelverks möjlighet att styra primärvården mot de mål som angivits av landstinget.

Slutligen skulle utvärderingen beskriva för- och nackdelar med nuvarande regler och ersättningsystem samt ge förslag på nödvändiga förändringar.

Rehabiliteringsutredningen redovisas mer utförligt under punkt 2.6. Slutsatserna från Rehabiliteringsutredningen har vävts in i Hälsovalsutredningens rekommendationer.

Utredaren ger följande rekommendationer:

- *Ersättningsystem*
Förändring av ersättningssystemet så att det baseras på en kombination av faktorer som ålder, sjukdomsburda (ACG) och socioekonomisk bakgrund (CNI).
- *Rehabilitering*
Sätt in åtgärder för att minska de skillnader som identifierats avseende likvärdig och jämlik rehabilitering i länet.

Den långsiktiga utvecklingen av rehabiliteringsarbetet kräver tydlighet i uppdraget och en samordnad styrning från landstinget.

Sätt in insatser så att det processorienterade arbetssättet på Blekingesjukhusets rehabiliteringsklinik får en naturlig övergång till det fortsatta rehabiliteringsarbetet i primärvården. Nuvarande arbetssätt överensstämmer inte med landstingets ambitioner om ett fokus på processer för att förbättra arbetsflöden.

- *Läkarmedverkan i hemsjukvård*
Hemsjukvårdens övergång till kommunalt ansvar ställer stora krav på betryggande relation till primärvårdens läkare. Utvärderingen har visat att tillgängligheten för patienter vid

primärvårdens mottagningar har prioriterats. Denna utveckling, i kombination med ökad arbetsbelastning och svårigheter med läkarbemanning, kan utgöra risker för att den kommunala hemsjukvården kan få problem med läkarmedverkan. Med syfte att följa utvecklingen av läkarbemanningen i hemsjukvården föreslås, att det bildas en grupp bestående av tjänstemän från landstinget, kommunerna och företrädare för de olika vårdgivarna i primärvård för att följa utvecklingen i hemsjukvården med särskild fokus på läkarmedverkan.

- *Behandling av psykisk ohälsa*

Regelverket för hälsovalet tydliggör vårdenheternas ansvar för att möta psykisk ohälsa. Samtliga vårdgivare i primärvård kan idag, direkt eller indirekt, erbjuda sådan behandling för sina listade patienter.

För framtiden är det nödvändigt med förtroendefull samverkan mellan psykiatri och primärvård. Många patienter befinner sig i gråzonen mellan dessa verksamheter. Erfarenheterna från projektet "Psykiater i primärvård" ska tas tillvara för att höja kvalitén i mötet för personer med psykisk ohälsa.

- *Primärvårdens ledning*

Utvärderingen påtalar otydligheter i ledarskapet av primärvården. Det gäller både det politiska och det administrativa ledarskapet. Ledarskapet för landstingets primärvård, i förhållande till den övergripande ledningen av hela hälso- och sjukvården, framstår som både otydlig och felaktig.

Målet bör vara att skapa större tydlighet i ledarskapet och att man utvecklar nuvarande primärvårdsförvaltning till "landstingsföretag", med eller utan direkt politisk styrning. Det bör också tydliggöras vilken funktion inom landstingsledningen som ansvarar för övergripande primärvårdsfrågor. Funktionen ska inte vara en del av landstingets primärvårdsförvaltning.

2.6.1 Rehabiliteringsutredningens rekommendationer

Den viktigaste utgångspunkten för den genomförda kartläggningen av rehabiliteringsinsatserna i länet var frågan om de som är i behov av rehabilitering har tillgång till en likvärdig och jämlik vård oberoende av organisationstillhörighet (var man är listad) och bostadsort.

Kartläggningen visade en splittrad bild av rehabilitering i Blekinge. Framst otydligheter i rehabiliteringsuppdragets innehåll, olikheter i befintliga verksamheter och bristande samverkan mellan vårdgivare.

Kartläggningen lyfte ett antal problem och frågeställningar, bland annat följande:

- Det saknas definitioner av vad som är rehabilitering i primärvård.
- Rehabilitering har ett svagt stöd i landstingsledningen vad gäller utvecklingsfrågor.
- Den privata primärvården har behov av att köpa tjänster från landstingets primärvård.
- Oklarhet huruvida landstingets enheter får sälja rehabiliteringstjänster till privata vårdgivare.
- Arbetsterapeuternas yrkesroll inom primärvården i Blekinge är otydlig och tolkas olika inom länet.
- Landstingets primärvårdsrehabilitering behöver samordnas i olika centra i länet.

- Den processororienterade organisationen och arbetssättet på Blekingesjukhusets Rehabiliteringsklinik överensstämmer inte med primärvårdens arbetssätt. ”Processtänket” stannar vid klinikgränsen och har ingen naturlig övergång i det fortsatta rehabiliteringsarbetet i primärvården. Detta överensstämmer inte med landstingets ambitioner att, med fokus på processerna, förbättra arbetsflöden.

Ovanstående brister gör att det är svårt att säkerställa en likvärdig och jämlik rehabilitering i länet. Den långsiktiga utvecklingen av rehabiliteringsarbetet kräver tydlighet i uppdraget och en samordnad styrning från landstinget. Utredaren anser också att de rekommendationer till förändringar som föreslås ska ligga i linje med den utveckling som hälso- och sjukvården förväntas genomgå. En viktig utgångspunkt är att primärvården kommer att stärkas och få allt fler uppdrag. Rehabilitering ska vara en viktig och odelbar verksamhet inom primärvården.

Utredaren gav följande rekommendationer:

- Tydliga rehabiliteringsuppdrag i regelboken för Hälsoval.
- Rehabiliteringskompetens till stöd för Hälsovalets ledning.
- Gemensamma rehabiliteringsriktlinjer i Blekinge.
- Samordnande tjänsteman för rehabiliteringsfrågor i landstingsledningen.
- Fastställande av arbetsterapeuters yrkesroll i primärvårdens rehabilitering.
- Inrättande av rehabiliteringsmottagningar i landstingets primärvård.
- Ökat samarbete mellan privat och offentlig primärvård.
- Närmare samarbete mellan primärvård och psykiatri inom områdena sjukgymnastik och arbetsterapi.

Den sammantagna slutsatsen av *hur* rehabiliteringsuppdraget genomförs, var att det både är olikartat till sitt innehåll och till sitt utövande. Det krävs därför att både rehabiliteringsuppdraget och rollerna tydliggörs.

3 Primärvårdsberedningens prioriterade områden

Under primärvårdsberedningens möten har ett stort antal frågor lyfts och redovisats. Under arbets gång har åtta prioriterade områden, utan inbördes rangordning, utkristalliserats som belyses i denna rapport:

1. Säkerställa ett tryggt omhändertagande av äldre.
2. Säkerställa en jämlik vård över länet.
3. Uppföljning utifrån uppdrag och kvalitet
4. Samverkan och uppgifter/processer
5. Ekonomi
6. Fokusera på att göra rätt arbetsuppgifter
7. Kompetensförsörjningsarbete
8. Diagnostiskt centrum

En förutsättning för att dessa områden ska kunna utvecklas tillfredsställande är att ledning och styrning av länets samlade primärvård är väl synkroniserad med den övriga hälso- och sjukvården. I nedanstående stycke förtydligas några centrala beslut och utvecklingsinriktningar som är avgörande inom området ledning och styrning.

Landstingsplanen är styrande för all hälso- och sjukvård. I planen redovisas landstingets strategiska utvecklingsområden. Strategiskt övergripande utveckling av primärvård i relation till övrig hälso- och sjukvård liksom uppföljning på koncernnivå kräver tillgång till medicinsk kompetens, omvårdnadskompetens och rehabiliteringskompetens på övergripande nivå.

Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge ska stå i överensstämmelse med landstingsplanens mål och mått. Från och med planeringsprocessen inför år 2016 fastställs landstingsplanen av fullmäktige i juni månad och Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval beslutas därefter av landstingsstyrelsen i september/oktober 2015.

Medborgare och patienter ska i större utsträckning kunna ta del av uppföljning av resultat och kvalitet i vården, bland annat som underlag för val av vårdenhet. Nationellt pågår arbete med att utveckla befintliga uppföljningssystem såsom Öppna jämförelser, Vårdbarometern och kvalitetsregister för att ge möjlighet till information som kan användas i medborgarnas val av vård.

Den landstingsövergripande uppföljningen av primärvård i sin helhet, samanalyserad med den övriga hälso- och sjukvården, ska ske enligt de av landstingsledningen fastställda direktiven för årsbokslut, delårsbokslut och månadsrapportering.

Hälsovalsavdelningens uppdrag är att säkerställa att skall-kraven i uppdragsbeskrivningen uppfylls.

Om uppföljning sker på detta sätt säkerställs att primärvården arbetar i beslutad riktning.

3.1 Säkerställa ett tryggt omhändertagande av äldre

Primärvårdens ansvar inom hemsjukvård utgörs av läkarinsatser. Sedan kommunaliseringen har kontakterna mellan läkarna och distriktssköterskor i hemsjukvården blivit sämre. Läkarna uttrycker att de förlorat sina distriktssköterskor, samtidigt som kommunens distriktssköterskor säger sig ha svårt att få kontakt med läkarna för stöd i vården av den äldre. Antalet hemsjukvårdsbesök av läkare i ordinärt boende minskar stadigt samtidigt som antalet äldre ökar.

Andelen äldre som söker sig till akuten utan att det leder till inskrivning ökar. 2014 var det 58 % av alla i åldern 65 år och äldre som efter besök på akuten hänvisades åter till hemmet. Detta kan tolkas som ett uttryck för patientens bristande tillit till primärvårdens förmåga att möta den enskildes behov i det akuta skedet.

EY har på uppdrag av landstingets revisorer granskat vården av multisjuka äldre. Granskningen hade som syfte att belysa hur Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att vårdkedjan för multisjuka äldre är ändamålsenlig.

Granskningen visade att det sker undvikbara inläggningar av personer som är 65 år och äldre och därmed även av multisjuka. Tillgängligheten till primärvård, kommunernas resurser på boenden och sjuksköterskornas organisering är faktorer som enligt de intervjuade kan leda till att patienter läggs in på sjukhus istället för att få vård hemma. Vidare konstaterades att det finns brister i vissa moment i övergångarna mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Flera parter påpekade brister i deltagande i vårdplaneringen och i efterlevnaden av riktlinjerna för genomgång av läkemedelslistor.

Dessa problem har under flera år stått i fokus för utvecklingsarbetet *Sammanhållen vård och omsorg av de mest sjuka äldre*, som bedrivits gemensamt av länets kommuner och Landstinget Blekinge.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2014-12-18 att *SAMSPEL - samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en samordnad individuell planeringsprocess/vård och omsorgskedja i Blekinge* ska utgöra grunden i det fortsatta utvecklingsarbetet för att förbättra vården om de mesta sjuka äldre. SAMSPEL är en gemensam samverkansmodell innehållande samordnad individuell plan (SIP), beslutsstöd för vård på rätt vårdnivå samt säker utskrivning. Det centrala är att skapa säkra och bra vårdplaneringsprocesser där den äldre och närstående kan känna trygghet.

Den statliga utredningen ”Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård” (SOU 2015:20) föreslår att nuvarande ”Betalningsansvarslag” ersätts av ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna sjukhuset på ett tryggt sätt. Målgruppen är patienter som efter utskrivning har behov av insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården. En god samverkan med patientens behov i fokus krävs mellan sjukhus, primärvård och kommun. ”SAMSPEL” är en bra grund att stå på om lagförslaget blir verklighet. I utredningen föreslås också att primärvården får ta ett betydligt större ansvar i patientens utskrivningsprocess avseende initiering av samordnad individuell plan i anslutning till utskrivningen.

Från 2010 finns en bestämmelse om fast vårdkontakt i 29 a §, Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagen ska verksamhetschefen se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen ska utse en fast vårdkontakt för patienten om det är nödvändigt, eller om en patient själv begär det. Den fasta vårdkontakten ersätter tidigare krav på patientansvarig läkare.

Den lagstadgade fasta vårdkontakten på vårdcentralen utgör basen för en fungerande vård och samverkan kring de mest sjuka äldre.

Behovet av ökade resurser för att kunna utveckla och säkerställa funktionen är tydlig. Från 2015 har landstinget utökat ramen för hälsovalspengen med 25,1 miljoner kronor, där 15,1 miljoner kronor bland annat är avsedda för ett bättre omhändertagande av äldre i linje med intentionerna ovan. Utökningen öppnar upp för utveckling av vårdcentralens roll inom vården av multisjuka äldre. Satsningen ska säkerställa vårdcentralens och läkarens roll i den äldres vård genom en ökad samverkan med den kommunala hemsjukvården och ett aktivt deltagande i SAMSPEL:s olika delar.

Process och effekter av ramökningen kommer att följas upp i samband med landstingets delårsbokslut och årsbokslut.

Det pågår ett kontinuerligt arbete med att implementera riktlinjerna för läkemedelsgenomgångar i Landstinget Blekinge. Under 2014 blev rutiner för läkemedelsgenomgångar i eget boende klara och under 2015 kommer arbetet med att implementera dem att fortsätta. I särskilt boende finns fungerande rutiner sedan tidigare. Under 2015 är ett mål i Hälsovalsuppdraget att ta fram lokala rutiner på vårdcentralerna för hur man arbetar med läkemedelsgenomgångar enligt rutinerna. Landstingsstyrelsen har för 2015 avsatt 1 miljon kronor för en säkrare och bättre läkemedelsförskrivning och här kommer det fortsatta arbetet med läkemedelsgenomgångar att ha en central roll.

3.2 Säkerställa en jämlik vård över länet

Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att vård ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Landstinget Blekinge ska säkerställa detta för all offentligt finansierad primärvård i Blekinge. Uppföljning av den vård som erbjuds, av vårdkonsumtion och av resultat är nödvändig för att säkerställa att vården är jämlik över länet.

Uppföljning av resultat utifrån kvalitetsregister är en möjlighet under förutsättning att landstingets verksamheter rapporterar till registren. Landstinget bör på övergripande ledningsnivå kontinuerligt följa utvecklingen av vården, för att säkerställa att den sker på lika villkor över hela länet.

I Landstinget Blekinge pågår ett utvecklingsarbete för att i större utsträckning använda resultat från kvalitetsregister som underlag för förbättringar i vården. Primärvårdens enheter rapporterar i varierande grad till kvalitetsregistren. Ett exempel kan utläsas från det Nationella diabetesregistret, av den rapportering som är gjord, att diabetesvården varierar över länet. Materialet bör analyseras och resultatet användas för att säkerställa en jämlik diabetesvård i länet.

Uppföljning av rehabiliteringen i primärvården visar att tillgången till rehabilitering inte är lika över länet. En redovisning av detta har skett på primärvårdsberedningen. Av redovisningen framgår dessutom att det är svårt att följa vårdkonsumtionen, då vårdenheter har möjlighet att använda underleverantörer som dokumenterar först i efterhand i landstingets och primärvårdens gemensamma journalsystem.

3.2.1 Rehabilitering

Erfarenhet och genomförda utredningar visar på otydligheter i rehabiliteringsuppdragets innehåll, olikheter i verksamheterna och bristande samverkan mellan vårdgivarna. Detta leder till svårigheter att säkerställa en likvärdig och jämlik rehabilitering i länet. Den långsiktiga utvecklingen av

rehabiliteringsarbetet kräver ökad tydlighet i uppdraget och en samordnad styrning från landstinget.

Det område där ojämlikheten blir mest tydlig är antalet patienter som erhållit behandling av arbetsterapeut, som skiljer sig väsentligt mellan östra och västra Blekinge. Arbetsterapibehandling erbjuds av vårdcentralerna i västra Blekinge tidigare i stort sett endast vid Valjevårshuset. Genom en gemensam anställning av 50 % arbetsterapeut hos de offentligt drivna vårdcentralerna, har en viss ökning skett under 2014. Trots detta skiljer det sig markant mellan östra och västra Blekinge. Beräknat som antal behandlade individer per tusen invånare varierar det från 1 individ i Olofström till 45 individer i Ronneby.

Motsvarande jämförelse för sjukgymnastik/fysioterapi visar inte på några avvikelser avseende antal behandlade patienter.

För kuratorer/psykologer är det svårare att mäta och göra jämförelser, eftersom flera vårdcentraler också har psykiatri- och sjukvårdsköterskor som, förutom samtalsbehandling, även utför andra arbetsuppgifter.

Tillgång tillsjukgymnaster, arbetsterapeuter och samtalsterapeuter

Primärvården har ett brett ansvarsområde där krav ställs på tillgång till flera olika professioner. Det kan vara svårt för en enskild vårdcentral att uppfylla regelbokens krav.

Den offentligt drivna primärvården i Karlskrona och Ronneby har därför samlat sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer i en gemensam rehabiliteringsenhet i respektive kommun. De samverkande vårdcentralerna får därmed tillgång till ett bredare kunskapsunderlag för att kunna erbjuda patienterna bästa möjliga vård och uppfylla regelbokens uppdrag att arbeta enligt nationella riktlinjer och vårdprogram.

Jämförelser med andra landsting

I angränsande landsting har olika organisatoriska lösningar valts för att säkra en god rehabilitering. Kronoberg har en samlad organisation för all rehabilitering (primärvård och specialistvård), med egen ledning och en verksamhetschef som ingår i centrumledningen (motsvarande förvaltningsnivå). Deltagande i centrumledningsgruppen bedömer företrädare för Kronoberg vara en framgångsfaktor för fortsatt utveckling och kvalitetssäkring av rehabilitering på alla nivåer.

Region Skåne liknar till stor del Blekinges organisation med några större rehabiliteringscenter, såväl privat som offentligt drivna, parallellt med mindre enheter med enstaka utförare. I kontakt med ansvariga för primärvården i Skåne bekräftas att också i Skåne är tillgången till rehabilitering ojämnt fördelad.

I Kalmar ligger rehabiliteringsuppdraget utanför vårdvalet. I syfte att säkerställa kompetens och utveckling samt på bästa sätt kunna möta patienternas skilda behov är all rehabilitering samlad i en och samma organisationsstruktur inom den specialiserade vården och under ledning av en egen verksamhetschef.

Förslag till organisationslösningar i Blekinge

Landstingets rehabiliteringsuppdrag växer efterhand som allt fler nationella riktlinjer och vårdprogram betonar behovet av rehabilitering, multiprofessionalitet och teamsamverkan. Cancerplanen för Södra sjukvårdsregionen år 2015-2018 "Delar i en helhet", beskriver behovet av rehabiliteringsinsatser tidigt i vårdprocessen.

Det ökade behovet av rehabilitering kräver effektivitet och god samverkan inom hela landstinget och också över huvudmannagränser. Landstingets rehabiliteringsorganisation behöver möta dessa krav och organisera rehabiliteringen därefter.

Landstingets rehabiliteringsutredning framhåller att rehabiliteringen utvecklas bäst genom nära samverkan mellan vårdgivare och olika vårdnivåer i hälso-och sjukvårdssystemet.

I primärvårdens samlade rehabiliteringscentra ingår idag sjukgymnaster arbetsterapeuter och psykolog/kurator. I framtidens primärvård behövs med stor säkerhet fler kompetenser, t.ex. dietister. Ur ett medarbetarperspektiv skapar man i en samlad rehabiliteringsenhet möjlighet även för ”mindre” yrkesgrupper att, genom kollegialt stöd och ökat patientunderlag, stimulera till utveckling och därmed bättre möjligheter att möta olika patientgruppers behov.

Utifrån erfarenheter av en egen och samlad organisation för rehabilitering i såväl Landstinget Kalmar som i Region Kronoberg bör ledningsfunktionen för rehabiliteringsverksamheten ses över i vårt landsting. Landstinget Blekinges offentliga primärvård saknar idag rehabiliteringsföreträdare i sin ledningsgrupp. Ett eget verksamhetsområde med en verksamhetschef i ledningsgruppen skulle väsentligt stärka rehabiliteringens ställning i hela organisationen.

Primärvårdsberedningens bedömning är att, utifrån det växande rehabiliteringsuppdraget och kravet på multiprofessionalitet, förordas en samlad rehabiliteringsorganisation. Detta kan åstadkommas på två olika sätt; inom Hälsovalet eller genom en anslagsfinansierad enhet inom landstingets primärvård.

Alternativ 1: Rehabilitering som ett uppdrag inom Hälsovalet

Rehabilitering föreslås fortsatt ingå i grunduppdraget i Hälsovalet. För att erbjuda medborgaren bästa möjliga rehabilitering behöver den samlande rehabiliteringsprocessen i Blekinge utvecklas så att uppdraget till primärvården blir tydligare.

Med stöd av de positiva erfarenheterna av samlade rehabiliteringsresurser föreslås att primärvården ska fortsätta utveckla detta arbetssätt. Landstinget ska stimulera och underlätta samverkan mellan flera enheter, oaktat driftsform. En del i detta är att öppna möjligheten för Hälsovalets vårdenheter att sälja/köpa tjänster i båda riktningar (privat till offentlig och vice versa).

För den offentliga primärvården föreslås därför att nämnden för primärvård och tandvård ger primärvården i uppdrag att fortsatt organisera rehabiliteringen i två till fyra enheter inom länet, att utveckla sin verksamhet så att den uppfyller kraven i nationella riktlinjer och vårdprogram samt att utveckla former för samverkan med privata vårdgivare i syfte att säkerställa en jämlikt fördelad vård och rehabilitering i länet.

Alternativ 2: Rehabiliteringsuppdraget som anslagsfinansierad verksamhet.

Rehabilitering föreslås utgå ur hälsovalsuppdraget för att istället ingå i den offentliga primärvårdens anslagsfinansierade uppdrag.

En anslagsfinansierad rehabilitering ger landstinget en mer direkt möjlighet att anpassa rehabiliteringsuppdraget till ny evidens och nya krav, t.ex. utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram, samt kan smidigare lösa behovet av ny kompetens.

Ett ytterligare steg för landstinget är att samla all rehabiliteringsverksamhet, både på primärvårdsnivå och på specialistvårdsnivå, i en gemensam enhet. Detta medför bland annat ökad kunskap

om hela rehabiliteringsprocessen från specialistvård till kommunal vård. En samlad verksamhet ger möjligt till ökad kunskap om varandras kompetens och arbetsområden, såväl mellan professioner som mellan vårdnivåer. En sådan organisation leder till ett bättre utnyttjande av både resurser och kompetenser.

En viktig komponent för att kunna övergå till en anslagsfinansierad rehabiliteringsverksamhet är att beräkna hur stor andel av den tilldelade hälsovalspengen som motsvarar rehabiliteringsuppdraget.

Primärvårdsberedningens förslag

Från år 2017 föreslås rehabiliteringsuppdraget övergå till att bli en egen anslagsfinansierad verksamhet inom den landstingsdrivna primärvården .

3.3 Uppföljning utifrån uppdrag och kvalitet

I dagsläget saknas en landstingsövergripande sammanhållen uppföljning av den samlade hälso- och sjukvårdens målområden, inklusive all primärvårdsverksamhet som är offentligt finansierad, utifrån landstingsplanens målområden.

Den offentliga primärvården har fram till 2015 följts upp i hälso- och sjukvårdsnämnden och från 2015 ligger det ansvaret på nämnden för primärvård och tandvård.

Hälsovalsavdelningen följer upp utifrån de skall-krav och indikatorer som enheterna ska uppfylla enligt uppdragsbeskrivning och regelbok beslutade av landstingsstyrelse och landstingsfullmäktige.

Däremot sker ingen sammanvävning av primärvårdens måluppfyllelse, roll och uppdrag i relation till Blekingesjukhusets, Psykiatri/Habiliteringens och/eller Folktandvårdens måluppfyllelse, roll och uppdrag.

Landstinget arbetar med att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvården så att den i större utsträckning ska beskriva vårdens kvalitet och uppnådda resultat/effekter för patienter och medborgare. Nationella riktlinjer och vårdprogram som bygger på aktuell forskning och evidens finns framtagna för allt fler diagnoser. Uppföljning av vårdenheternas följsamhet till riktlinjer och vårdprogram är ett sätt att säkerställa en bra kvalitet. Vid uppföljning av genomförda åtgärder är de nationella kvalitetsregistren en källa om inte uppgifterna är sökbara i vårddokumentationen.

Primärvårdsberedningens förslag

Landstinget föreslås utveckla och förbättra uppföljning och analys av hälso- och sjukvården utifrån ett patient- och medborgarperspektiv och med fokus på kvalitet och resultat.

3.4 Samverkan och uppgifter/processer

Inom landstinget krävs god samverkan mellan samtliga förvaltningar för att effekten av

landstingets insatser ska bli de bästa möjliga för patienterna. Landstinget behöver också samverka med andra huvudmän. Samverkan med länets kommuner är oerhört viktigt för att hälso- och sjukvården ska fungera i hela kedjan, både avseende äldre patienter och patienter med psykisk ohälsa. För bland annat detta syfte finns i Blekinge samverkansorganet LSVO – Lednings-samverkan vård och omsorg, som arbetar med samverkan inom äldre, funktionshindrade, psykiatri samt individ- och familjeomsorg. Till LSVO har två fasta utskott knutits, Samrådsgrupp informationsöverföring samt Verksamhetsgruppen, där man inledningsvis koncentrerat sig på de nya gränssnitt och samverkansytor som kommunaliseringen av hemsjukvården inneburit.

Behovet av en politisk nivå för samverkan har lyfts men något konkret förslag har ännu inte kunnat presenteras.

Under 2014 beslutade landstingsfullmäktige och samtliga kommuners fullmäktige om en gemensam folkhälsopolicy som ska resultera i ett gemensamt folkhälsoarbete utifrån huvudmännens uppdrag. Även denna överenskommelse ställer ökade krav på väl fungerande samverkan på länsnivå.

Primärvårdsberedningens förslag

En politisk samverkansgrupp på länsnivå föreslås inrättas för hälso- sjukvårds- och omsorgsfrågor.

3.4.1 Samverkan mellan primärvård och psykiatri/habilitering

Mellan primärvård och psykiatri har sedan lång tid tillbaka funnits ett nära samarbete. En viktig grund för samarbetet har varit gemensamma utvecklingsprojekt. Den tydliga decentraliserade och sektoriserade organisationen inom psykiatrin har också främjat samarbetet på kliniknivå. Det är svårare i dag att upprätthålla en kontinuerlig och trygg relation till primärvården (Källa: *Rapport Hälsoval*).

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem i Sverige idag. Allt fler patienter söker vård av denna anledning och trycket ökar på både primärvård och psykiatri. Den allt större andelen äldre i befolkningen innebär också fler besök kring demens, ångest och depressioner för denna åldersgrupp. Landstinget Blekinges politiker har tagit beslut om särskilda primärvårdsmedel till både gruppen äldre och gruppen med psykisk ohälsa.

I den offentliga primärvården har en psykiater anställts för projektmedel. Syftet är att på olika sätt stärka primärvårdens förmåga att behandla patienter med psykisk ohälsa och sjukdom.

Primärvårdsförvaltningen och psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har under flera år arbetat för att vidareutveckla sin samverkan, bl.a. genom de samverkansavtal som finns antagna för vuxna (år 2008) och för barn och unga (år 2013). Dessa avtal har sedan vävts in i Regelboken för Hälsoval.

Dokumenterna ska inte användas som regler för handläggning utan som riktlinjer/tumregler för vilka kärnuppgifter som hör till primärvårdens specialiserade allmänmedicin respektive till psykiatrin.

Båda samverkansavtalen bygger på olika omhändertagandenivåer. I avtalen definieras också

vilken instans, primärvård eller psykiatri, som ska hantera vilken nivå och exempel ges på olika patientgrupper och diagnoser, d.v.s. var man som patient/förälder/familj/ungdom bör kunna vända sig för en första kontakt.

I samverkansavtalet för barn och unga står ”Det är viktigt att få till stånd ett kontinuerligt samarbete som präglas av tillit, lättillgänglighet, helhetstänkande samt kunskaps- och erfarenhetsöverföring för att kunna sätta in tidiga insatser och se tidiga tecken på psykisk sjukdom.” Samma gäller självklart också de vuxna patienterna. Förvaltningschefernas uppfattning är att detta ännu inte realiserats i den utsträckning som avsetts och som skulle behövas och därför försöker man nu göra ett omtag kring detta.

Förvaltningscheferna trycker också på vikten av att möta patienten utifrån dess behov och önskemål vilket ibland kräver tolkning av avtalen utifrån det enskilda fallet.

Samverkanssatsningar har bland annat skett genom psykiatri och habiliteringsförvaltningens satsningar på Liv i Livet, Liv i Livet Ung, dans och konst med mera som finansierades av förvaltningens positiva ekonomiska resultat 2013.

Ett annat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande projekt drivs idag i Ronneby i samverkan mellan BUP, primärvården, och kommunen, där barn med behov tas om hand av psykolog i Primärvården. Man har redan kunnat se att besöken till BUP har minskat.

Faktorer som har försvårat samverkan utifrån avtalens intentioner är bland annat att:

- samverkansavtalen tolkas på olika sätt i olika delar av länet
- primärvården inte alltid har tillräckliga resurser och/eller kunskaper för att fullfölja sin del av avtalen/sitt uppdrag
- tillgången till specialister i allmänmedicin är begränsad
- ST-utbildningen för allmänläkare inte längre innehåller en obligatorisk psykiatridel.

Primärvårdsberedningens förslag

Landstinget Blekinge förelås arbeta för att ST-utbildningen i allmänmedicin i Blekinge ska innehålla tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet.

3.4.2 Primärvårdens samverkan med Blekingesjukhuset

I *Rapport Hälsoval Blekinge* kan bl.a. följande beskrivningar läsas kring hur samverkan mellan primärvård och Blekingesjukhuset upplevs:

”Ledningen för sjukhusets större kliniker anser att samarbetet med primärvården har försämrats sedan hälsovalets införande. Idag är det svårt att finna samsarbetskanaler framför allt till de privata vårdgivarna. Vårdprogram och riktlinjer är svåra att förmedla till primärvården. Det finns inget gemensamt samsarbetsforum.”

”Många av de upplevda problemen har funnits sedan flera år tillbaka men de har förvärrats till följd av den idag mycket splittrade organisationen. Hemsjukvårdens övergång till kommunalt huvudmannaskap har gjort förhållandena ännu mera komplicerade.”

Inom arbetet med ”Framtidens hälso- och sjukvård” i Blekinge är arbets- och rollfördelningen mellan Blekingesjukhuset och primärvården ett utvecklingsområde som behöver belysas.

Utifrån den upplevda bristen på dialog mellan sjukhus och primärvård och utifrån behovet av att utveckla förvaltningsövergripande vårdprocesser, krävs ett strukturerat arbetssätt, där patientföreträdare involveras, för att stärka samarbetet mellan BLS och primärvården på samtliga ledningsnivåer. Vården av diabetespatienter skulle kunna vara ett pilotområde för att prova en mer strukturerad samverkan.

Primärvårdsberedningens förslag

Strukturer för att stärka samarbete och dialog mellan Blekingesjukhuset och primärvården föreslås utvecklas. Medverkan av patientföreträdare bör eftersträvas.

3.4.3 Primärvårdens samverkan med länets kommuner

Sedan 1 januari 2013 är länets kommuner huvudmän för hemsjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården har inte egna läkare utan är beroende av en betryggande och garanterad läkarmedverkan från primärvården.

Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården regleras genom ett ramavtal från 2013-01-01 med Landstinget Blekinge och kommunerna som parter. I Regelboken för hälsovalet ingår läkarmedverkan i hemsjukvård som en del av grunduppdraget.

Det har skett en minskning av antalet hembesök av läkare i hemsjukvård de senaste åren. Antalet hemsjukvårdsbesök i ordinärt boende var åren innan Hälsovalets införande 706 besök år 2007, 642 besök år 2008 och 930 besök år 2009. Vilket ska jämföras med 386 besök i ordinärt boende år 2014.

En beskrivning av hur samarbetet mellan kommunerna och primärvården utvecklats avseende äldre finns under avsnitt 3.1

Primärvården har också en roll i de samverkansavtal avseende barn och unga samt vuxna med psykisk ohälsa och sjukdom som finns mellan kommunerna och psykiatri- och habiliteringsförvaltningen.

Primärvården har dessutom en viktig roll i länets folkhälsoarbete. I Regelboken för Hälsoval krävs att primärvårdens verksamhetsföreträdare ska finnas representerade i kommunernas eventuella folkhälsoråd. Likaså är primärvården en viktig samarbetspart i relation till barnomsorg och skola, socialomsorg och äldreomsorg inom kommunerna. Folkhälsoarbetet förstärks successivt som en följd av den överenskomna läns gemensamma folkhälsopolicyn och samarbete och samverkan blir allt viktigare för att nå framgång.

En politisk nivå för samverkan har lyfts och primärvårdsberedningen har tidigare i detta dokument lagt fram ett förslag om att inrätta en sådan.

3.4.4 Samverkan och fortsatt processutveckling

För att medborgarna ska få en trygg och sammanhållen vård, oavsett vilken enhet inom landstinget som är utförare, och för att säkerställa en effektiv användning av landstingets resurser krävs det ett arbete med att utveckla vårdprocesserna.

För att få samsyn kring primärvårdens rehabiliteringsuppdrag behöver landstinget, som ett led i processarbetet, arbeta med och fastställa rehabiliteringsprocessen

Landstingsfullmäktige har i den gällande landstingsplanen beslutat att vården ska vara processinriktad. Trots detta beslut finns idag inga tydliga incitament, varken för förvaltningarna eller för nämnderna, att avsätta resurser till att arbeta med gränsöverskridande vårdprocesser. Ett tydligt exempel på detta är rehabiliteringsklinikkens tre huvudprocesser; stroke, smärta och allmänrehabilitering som inte har någon naturlig fortsättning inom primärvården.

Det finns vårdprocesser som fungerar bra inom en enhet, klinik eller avdelning, i vissa fall inom en förvaltning, men utvecklingen av vårdprocesser som följer patienten genom hela vårdkedjan har hittills varit svår att få till stånd.

För att komma vidare i detta arbete behövs en förvaltningsövergripande inventering avseende vilka hinder och möjligheter som finns för att få till stånd ett processutvecklingsarbete i landstinget samt ett uttalat uppdrag och stöd från den övergripande ledningen.

Primärvårdsberedningens förslag

Vårdprocesserna i Blekinge föreslås utvecklas så att primärvårdens uppdrag blir tydligare.

3.5 Ekonomi

3.5.1 Ersättningsmodellen inom Hälsoval Blekinge

Vårdgivare inom Hälsoval Blekinge får månadsvis ersättning från Landstinget Blekinge i form av en hälso- och sjukvårdspeng för att bedriva verksamhet vid sin vårdenhet. Vårdenheten får utifrån hälso- och sjukvårdspengen ta ett kostnadsansvar för all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå till de medborgare som valt vårdenheten i enlighet med grunduppdraget. De eventuella tilläggsuppdrag som vårdgivaren åtar sig utöver grunduppdraget ersätts i särskild ordning.

Nuvarande ersättningsmodell

Hälso- och sjukvårdspengen beräknas från och med 2014 utifrån en åldersrelaterad ersättning och en ersättning för ohälsa, baserad på socioekonomiska faktorer (CNI-ersättning) för de förtecknade personerna. Därutöver ersätts vårdenheterna med en särskild barnhälsovårdsersättning (BHV-peng) för åldersgruppen 0 – 5 år.

Den totala ersättningen för åldersrelaterad ersättning motsvarar 95 % av hälso- och sjukvårdspengen. Den åldersrelaterade ersättningen beräknas en gång per år, genom att vårddata för samtliga medborgare i Blekinge grupperas med hjälp av ACG (Adjusted Clinical Groups). Åldersgrupperna är indelade i femårsintervaller. De åldersrelaterade ersättningen beräknas alltså utifrån den genomsnittliga vårdtyngden för åldersgruppen i Blekinge.

Den totala ersättningen för ohälsa, baserad på socioekonomiska faktorer (CNI-ersättning), motsvarar 5 % av hälso- och sjukvårdspengen. Beräkningen av värdet per CNI-vikt utgår från det totala antalet CNI-vikter i länet i förhållande till hela anslaget för ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer.

Varje vårdenhet ersätts utifrån den CNI-vikt som vårdenhetens förtecknade genererar som grupp.

Vårdenheterna erhåller från och med 2014 extra Barnhälsovårdsersättning (BHV-peng) för förtecknade barn mellan 0 till 5 år. Detta för att värdesäkra ersättningen gällande denna åldersgrupp när den åldersrelaterade ersättningen nu baserar sig på ACG-vikt för åldersgruppen.

Sammanfattningsvis har arbetet med den ekonomiska ersättningsmodellen utvecklats i positiv riktning för att motsvara de listades behov.

3.5.2 Ersättning till övrig primärvård.

Landstingets ungdomsmottagningar och Sårsmottagningen, som ligger utanför Hälsovalet, är anslagsfinansierade och erhåller budget från landstingsfullmäktige.

Sammanfattningsvis anser primärvårdsberedningen att arbetet med den ekonomiska ersättningsmodellen har utvecklats i positiv riktning mot en tydligare ekonomistyrning i Hälsovalet. Förändringar i uppdrag och uppföljning enligt förslag i denna rapport kan komma att kräva justeringar i den ekonomiska styrningen framgent.

3.6 Fokusera på att göra rätt arbetsuppgifter

Inom hälso- och sjukvården pågår generellt en utveckling för att fokusera på att göra rätt arbetsuppgifter, vilket definieras som att arbetet ska vara värdeskapande för patienten.

Inom hälso- och sjukvården tillämpas LEON-principen, d.v.s. lägsta effektiva omhändertagandegrad. Ett motsvarande resonemang kan föras avseende arbetsuppgifter som ska utföras. Vilken yrkeskategori är det som utför en arbetsuppgift mest effektivt? Denna filosofi kan också kopplas till landstingets generella arbete för ett mer hållbart samhälle, där det gäller att använda landstingets resurser på smartast och mest effektiva sätt.

Hälso- och sjukvårdens arbete styrs av legitimationskrav inom flertalet områden. En genomgång av lagar och föreskrifter inom området visar ändå att förhållandevis stort antal arbetsuppgifter kan omfördelas.

Hälso- och sjukvården i Sverige kan idag inte tillsätta alla befattningar med krav på legitimation. Läkare och sjuksköterskor får hyras av bemanningsföretag och det kommer att dröja innan det blir balans mellan behov och tillgång till bland annat läkare och sjuksköterskor.

Landstinget planerar under 2015 sätta igång ett utvecklingsarbete för att gemensamt med medarbetarna på en pilotklinik på Blekingesjukhuset och två vårdcentraler inom primärvården kartlägga bland annat den vårdnära administrationen och därefter ta fram förslag till omfördelning av dessa arbetsuppgifter.

En utvidgning av uppdraget inom primärvården borde vara att kartlägga samtliga arbetsuppgifter på en vårdcentral och sedan lämna förslag till hur arbetsuppgifterna kan fördelas så att

kompetensen i de olika vårdprofessionerna utnyttjas på bästa sätt. En sådan arbetsomfördelning kan, när den stabiliserats, leda till en annan personalstruktur.

Ett långsiktigt resultat av arbetsomfördelningen är också att varje medarbetare ska få möjlighet att arbeta på ”toppen” av sin kompetens.

Primärvårdsberedningens förslag

Uppdra åt den offentliga primärvården att på två vårdcentraler kartlägga samtliga arbetsuppgifter och sedan inom gällande regelverk för hälso- och sjukvårdspersonal omfördela uppgifterna så att de olika vårdprofessionernas sammanlagda kompetens nyttjas på bästa sätt.

3.7 Fortsatt kompetensförsörjningsarbete

Kompetensförsörjning är en process i organisationen som omfattar delarna identifiera, attrahera, rekrytera, utveckla, behålla och avsluta. Landstinget arbetar efter SIS-standard för kompetensförsörjning. Centralt i arbetet är kompetensförsörjningsplanerna som ska upprättas på de olika nivåerna i organisationen.

Kompetensförsörjningsplanerna beskriver vilken kompetens som behöver rekryteras och utvecklas utifrån verksamhetens planerade utveckling och avgångar. Genom arbetet med kompetensförsörjningsplanerna identifieras gapet mellan nuvarande och önskad kompetens och vilka aktiviteter som behöver göras för att överbrygga detta. För att kunna verkställa planerna behöver organisationen ha tillräckligt god förmåga att identifiera, attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare.

I avsnitt 3.6 beskrivs ett utvecklingsarbete som ska resultera i att rätt man gör rätt uppgift utifrån att samtliga professioners sammanlagda kompetens ska tas tillvara på bästa och mest effektiva sätt. Detta utvecklingsarbete kommer troligen att påverka den framtida personalstrukturen i landstinget.

Bristen på framförallt läkare inom primärvården påverkar tydligt, bland annat genom att kontinuiteten försämras. Den offentliga drivna primärvården har fler vakanser på läkarsidan än den privat drivna.

Primärvårdsförvaltningen har arbetat aktivt med att försöka rekrytera specialister i allmän medicin. Konkurrenten om specialister är hård. Primärvårdsförvaltningen har därför under ett antal år ökat antalet ST-läkartjänster i allmän medicin, med sikte på att dessa så småningom ska arbeta som specialister i Blekinge. Då det är svårt att rekrytera färdiga specialistläkare har strategin att satsa på ST-läkare visat sig vara framgångsrik, eftersom en stor andel av dessa stannar i Landstinget Blekinge efter avslutad utbildning. Finansiering av ST-läkare sker med centrala medel och dessa kan användas av både den offentligt och den privat drivna primärvården. En utmaning i detta är att kunna erbjuda handledning till ST-läkarna. Antalet handledare samt hur handledningen idag är organiserad medför att primärvården idag har svårt att ta emot fler ST-läkare.

Lika viktigt som att rekrytera personal är att kunna behålla och kompetensutveckla de medarbetare som är anställda, erbjuda en bra arbetsmiljö och möjligheter till utveckling i sitt arbete.

I landstingsfullmäktiges satsning på primärvården om 20 miljoner kronor ska en del av medlen satsas på kompetensutveckling av läkarna i primärvården. 0,9 miljoner kronor ska användas för detta ändamål och resurser finns idag avsatta för att planera och genomföra denna satsning.

Landstingsfullmäktige har också beslutat att av de 20 miljoner kronorna ska 2 miljoner användas för intensifiering av rekryteringsbefrämjande åtgärder inom de delar av primärvården som har störst behov av detta. Rekryteringsbefrämjande åtgärder kan innefatta ett stort antal olika typer av aktiviteter vad gäller marknadsföring, utbildning, arbetsmiljö, utveckling etcetera.

Primärvårdsförvaltningen har arbetat på ett förslag som innebär att AT- och ST- läkare koncentreras till en utbildningsvårdcentral med kontinuerlig tillgång till handledning. Det innebär att intresserade allmänläkare får som huvuduppgift att handleda utbildningsläkarna under deras tjänstgöring. En sådan lösning skulle kunna finansieras inom ramen för de 2 miljoner kronor som fullmäktige avsatt för detta ändamål.

Primärvårdsberedningens förslag

Landstinget Blekinge föreslås arbeta för att ST-utbildningen i allmänmedicin i Blekinge ska innehålla tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet.

3.8 Diagnostiskt centrum

Diagnostiskt centrum är till för patienter över 18 år som söker hjälp i primärvården med symtom på allvarlig sjukdom, där läkaren efter en grundläggande utredning inte finner någon diagnos. I ett Diagnostiskt centrum samlas medicinsk specialistkompetens kring patienten för snabb diagnostik. Idén till Diagnostiska centrum är hämtad från Danmark. Diagnostiskt centrum infördes som en del i arbetet med ”Pakkeförløb” i Sverige, vilket motsvarar standardiserade vårdförlopp. Sveriges första diagnostiska centrum (DC) för tidig upptäckt av cancer etablerades i oktober 2012, som ett samarbete mellan Regionalt Cancercentrum Syd och Region Skåne. Verksamheten är förlagd till Centralsjukhuset Kristianstad och efter att en pilot genomförts har verksamheten förlängts.

3.8.1 En exempelbeskrivning av Diagnostiskt centrum i Region Skåne

DC erbjuder utredning med kortare väntetider för patienter med misstanke om allvarig sjukdom, t.ex. cancer, utan organspecifika symtom. Patienterna remitteras från primärvården efter en basal utredning i primärvården.

Syfte och mål för ett diagnostiskt centrum är:

- kortare tid från symtom till diagnos
- tidig upptäckt av cancer
- ökat samarbete mellan primärvård och sjukhusvård.

Ett Diagnostiskt centrum bör resultera i vinster för patienter, sjukvård och samhälle, t.ex. i form av:

- tidigare upptäckt av cancer eller annan sjukdom och därigenom tidigare behandling
- minskad oro och minskat missnöje hos patienter tack vare en strukturerad, systematisk och effektiv utredning
- effektivare vårdprocesser med kortare ledtider i alla steg i utredningen
- mått på ledtider, kartläggning av ledtider i den inledande delen av processen, vilket väl överensstämmer med satsningen på kortare ledtider inom cancervården
- ett nytt samarbetsätt mellan primärvård och sjukhusets specialiserade vård som kanske också kan användas för andra diagnosgrupper
- minskade samhälls- och sjukvårdskostnader
- förbättrad kunskap om tidig diagnostik av cancer.

Målgrupp

Målgruppen för verksamheten på tidigare etablerade diagnostiska centrum (Danmark och Skåne) är patienter över 18 år som söker på vårdcentralen med diffusa symtom såsom:

- nytillkommen uttalad oförklarlig trötthet
- ofrivillig viktnedgång på kort tid, 5 kg eller mer
- nytillkomna oförklarliga smärtor/ledsmärtor
- oklar långdragen feber
- misstänkt metastas med okänd primärtumör
- och/eller patologiska (sjukliga) värden utan förklaring, sänka, leverprov, kalkvärde och oförklarlig blodbrist.

För att uppnå syftet med ett Diagnostiskt centrum krävs snabb handläggning av de aktuella patienterna både i primärvården, på bild- och funktionsenheten samt på Diagnostiskt centrum. Beslutade rutiner ska genomföras i hela kedjan på kortast möjliga tid. Region Skåne har utarbetat tydliga rutiner och ledtider för dessa patienter som kan användas som exempel.

Erfarenheter från Danmark och Skåne visar att ett Diagnostiskt centrum med fördel kan etableras vid en medicinklinik som har tätt samarbete med bilddiagnostik. Ett Diagnostiskt centrum i Blekinge föreslås inrättas på Blekingssjukhuset i Karlshamn. Bemanningen utifrån erfarenheter i Skåne bör vara en koordinator (sjuksköterska 100 %), en medicinsk sekreterare (100 %) samt en specialist i allmänmedicin eller allmän internmedicin (50 %). Det kan också behövas förstärkning inom bild- och funktionsdiagnostik.

Utvärdering av verksamheten bör ske efter att verksamheten varit i gång under 12 månader. Utvärderingen bör bland annat omfatta patientfrekvens, diagnoser och ledtider enligt samma modell som Diagnostiskt Centrum i Skåne, d.v.s. från första kontakt i primärvården till beslut om remiss till Diagnostiskt Centrum (steg 1) samt från erhållen remiss på Diagnostiskt Centrum till att patienten får information om sin diagnos (steg 2). Mål för ledtider bör fastställas.

Beslut om etablering, organisationstillhörighet och resurser för ett Diagnostiskt Centrum (personal, lokalbehov, m.m.) bör tas innan sommaren 2015 så att planering, rekrytering och information om verksamheten kan ske under hösten 2015 och verksamheten kan starta under första halvåret 2016.

Primärvårdsberedningens förslag

Ett diagnostiskt centrum, med placering i Karlshamn, föreslås etableras. Beslut föreslås senast i juni månad, så att planering av verksamhet kan ske med sikte på igångsättning i början av 2016.

4 Ärenden överlämnade från nämnd/styrelse till primärvårdsberedningen

4.1 Verksamhets- och kostnadsanalys av den offentliga primärvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslöt 2014-02-20 (15 §) att överlämna uppdraget om att genomföra en verksamhets- och kostnadsanalys av den offentliga primärvården till primärvårdsberedningen. Inom uppdraget ryms frågan om nuvarande och framtida patientunderlag, medarbetarkompetens, bemötande och tillgänglighet. Några av dessa frågeställningar har belysts i denna rapport såsom ekonomi och medarbetarkompetens.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har haft som mål att öka den offentliga primärvårdens andel av patientunderlaget i länet. Bemötande och tillgänglighet mäts i nationella mätningar och visar att den offentliga primärvårdens resultat ligger ungefär i nivå med riket. Den offentliga primärvården redovisar sina resultat i dessa frågor i sin verksamhetsberättelse.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har haft som mål att öka den offentliga primärvårdens andel av patientunderlaget. Den offentliga primärvårdens andel av patientunderlaget har varit sjunkande sedan Hälsovalet infördes. Avsikten med att införa ett vårdval i Sverige var att det skulle finnas alternativ till den offentliga primärvården och när denna etablering sker så omfördelas patientunderlaget.

Den offentliga primärvården har en lite annan situation då de alltid har ett sistahandsansvar för primärvård, om privata vårdenheter upphör utan att ersättas med nya enheter.

Hälso- sjukvårdsnämnden har också gett primärvården i uppdrag att öppna filialmottagningar/ distriktssköterskemottagningar utanför de större tätorterna inom ramen för hälsovalsningen.

Den offentliga primärvården är bunden till att bedriva verksamhet i landstingets lokaler samt att köpa de tjänster man behöver av landstinget. Den offentliga primärvården, har som en konsekvens av detta ibland haft svårt att påverka sin egen kostnadsmassa. Ett nytt system är under införande för landstingets interna köp- och säljtjänster och planeras införas 2016. Detta kan ge bättre möjlighet för vårdenheterna att påverka sina kostnader.

4.2 Utredningen om Aktiv hälsostyrning

Landstingsstyrelsen beslutade, efter förslag från hälso- och sjukvårdsnämnden att överlämna utredningen avseende "Aktiv Hälsostyrning" (2014-03-10) till primärvårdsberedningen som ett underlag för att definiera primärvårdens framtida uppdrag.

Målet med aktiv hälsostyrning är att förbättra livskvalitet, delaktighet och trygghet för patienter med stort vårdbehov samt att öka kunskapen om vad som driver oplanerade vårdkontakter.

Den största andelen patienter med stora vårdbehov är äldre personer. Inom ramen för den nationella äldresatsningen har landstinget aktivt arbetat med att förbättra vården för de äldre. Arbetet redovisas under avsnitt 3.1. Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat att *SAMSPEL - samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en samordnad individuell planeringsprocess/ vård och omsorgskedja i Blekinge* ska utgöra grunden i det fortsatta utvecklingsarbetet för att förbättra vården om de mesta sjuka äldre.

Sedan 2010 finns en bestämmelse om fast vårdkontakt i Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt lagen ska verksamhetschefen se till att vården tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Den lagstadgade fasta vårdkontakten på vårdcentralen utgör basen för en fungerande vård och samverkan kring de mest sjuka äldre. Särskilda individuella vårdplaner (SIP) ska upprättas för patienter som har behov av en sådan.

Äldresatsningen har pågått under flera år och börjar nu ge resultat. Inom den offentliga primärvården har en äldremottagning etablerats på Brunnsgårdens vårdcentral som ett medel att öka tryggheten och därmed undvika icke värdeskapande besök eller slutenvårdsvistelser för patienterna.

Aktiv hälsostyrning bör ske inom ordinarie strukturer. Primärvården ska vara basen i landstingets hälso- och sjukvård och med hjälp av den utökade ramen för ”hälsovalspengen” har bättre förutsättningar skapats för att både ta ansvar för patienter med stort vårdbehov och att lotsa dem genom sjukvårdssystemet.

Utifrån ovanstående redovisning anser beredningen att underlaget och målen för ”Aktiv hälsostyrning” redan nu har fått påverkan på primärvårdens uppdrag.

4.3 Motion om medicinsk fotvård

Den överlämnade motionen om medicinsk fotvård föreslår att fotvård ska vara en del av Hälsovalet. Det innebär att enheter som utför medicinsk fotvård skulle anslutas till Hälsovalet genom ackreditering. En ackreditering innebär att alla vårdenheter som uppfyller kraven kan ansluta sig till Hälsovalet.

Det finns en uppenbar risk att den idag samlade medicinska fotvården splittras upp i mindre enheter istället för att som idag koncentreras till Blekingesjukhusets medicinklinik i Karlshamn och Karlskrona. Den största patientgruppen är patienter med diabetes och genom denna organisation har fotvårdsterapeuterna möjlighet att samlat ta del av den utveckling av diabetesvården som bland annat sker i samband med att nya nationella riktlinjer och vårdprogram tas fram och tillämpas i vården av patienter med diabetes.

Primärvårdsberedningen föreslår därmed att motionen avslås.