

Regionstyrelsen
Annika Jonsson
Tfn:
E-post:

2015-09-08

Förändra strukturen för primärvården - paket 6 i långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning (från LS/1758/2012) (RS/968/2015)

Ärendebeskrivning

I *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* (LUP ekonomi) ingick ett uppdrag att utreda och komma med förslag till förändringar av den regiondrivna primärvårdens struktur, med syftet att verksamheten kan bedrivas utan underskott. Primärvården uppvisade ett underskott 2014 på 32,9 mkr. Med struktur avses: *verksamheternas arbetssätt, utveckling genom ny teknik, definition av primärvårdens uppdrag och verksamheternas lokaliseringar*. I utredningsarbetet ska beslut om utveckling inom glesbygdsmedicin beaktas.

Utredningen lämnar inga förslag på sammanslagningar av hälsocentraler eller andra förändringar av verksamhetens lokalisering. Skälet är att en sammanslagning kräver investeringar som leder till ökade kostnader. De funktioner som en större sammanslagen hälsocentral kan samnyttja, såsom reception och lab t ex, bemannas inte av så många tjänster att en eventuell minskning med några personer, skulle leda till större kostnadsminskningar. För att en sammanslagning ska kunna leda till väsentligt lägre kostnader, krävs både en minskning av antalet medborgare som söker vård och en minskning av antalet anställda.

Utredningen föreslår följande förändringar:

Primärvården ska utforma standardiserade vårdflöden för stora symtomgrupper. Ett standardiserat vårdflöde beskrivs i ett flödesschema och visar i vilken ordning olika yrkeskategorier träffar patienten, samt vilka åtgärder som vidtas i varje steg. Det beskriver också när patienten ska remitteras till specialistvården, om så blir nödvändigt. Sjukgymnastiken bör i största möjliga mån bli första vårdnivå för rörelseapparaten och detsamma gäller personal från den psykosociala enheten på hälsocentralen, ifråga om en första bedömning inom området psykisk ohälsa. Standardisering bör sedan göras även inom andra områden. Flödesscheman ska användas redan då patienten första gången kommer i kontakt med vården. Syftet är att styra vården till andra yrkesgrupper för att avlasta läkarna och nå en vård som bedrivs på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Med en avlastning av läkarna blir arbetsmiljön bättre, regionen en mer attraktiv arbetsgivare och möjligheterna att rekrytera och behålla läkare inom primärvården ökar. Antalet stafetter kan också minskas, om läkarnas tid används endast till sådant som ovillkorligen kräver läkarkompetens. Andra yrkeskategorier kan behöva ytterligare utbildning, om de tar hand om vissa uppgifter från läkarna. Specialistutbildning i glesbygdsmedicin är en utbildning som kan bli aktuell för distriktssköterskor.

Minst en fullskalig hälsocentral ska finnas i varje kommun. På de orter runt om i regionen, där någon form av primärvård bedrivs, ska verksamheten utformas så att tillgången till tider hos olika yrkeskategorier anpassas efter befolkningens behov, upprättade flödesscheman, samt produktions- och kapacitetsplanering. Detta kan leda till en något annorlunda personalsammansättning än idag. Ingen personal förutses dock bli övertalig.

En hälsocentral i Östersund föreslås bli kompetenscentrum, med särskild kompetens i bemötande av personer med funktionsnedsättning. En hälsocentral föreslås få en inriktning mot utbildning, utveckling och forskning.

För att förbättra tillgängligheten, minska dubbelarbete och öppna nya vägar för kontakt med primärvården, föreslås flera åtgärder:

- Ett nummer in till primärvården för allmänheten, i första hand gäller det patienter listade vid hälsocentralerna i Östersundsområdet. Personal på kommunens särskilda boenden m fl, samt personer med behov av långvarig kontakt med vården, får direktnummer till sina kontaktpersoner.
- Minst en öppen distriktssköterskemottagning ska finnas i Östersundsområdet.
- Allmänheten ska kunna boka och avboka tider till sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykosocial enhet m fl via *Mina Vårdkontakter* på internet. Patienter med behov av återkommande besök kan också ges möjlighet att boka läkarbesök via *Mina Vårdkontakter*. Även andra kontaktvägar - via mobil/dator (e-post, chattar m m) - ska utvecklas och nyttjas i den takt det kan ske med garanterad patientsekretess.

Detta förväntas leda till bättre telefontillgänglighet för medborgarna och till bättre arbetsmiljö för personalen på hälsocentralerna. En annan konsekvens är mindre dubbelarbete.

Öppen distriktssköterskemottagning och bokning via internet förväntas leda till mindre arbetstid för bokningar och därmed till mer tid för patientbesök eller rådgivning.

Primärvården föreslås starta ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, där primärvården får vara styrande i vården, d v s primärvården "håller i plånboken" och blir beställare av vård från specialistvården, när det är aktuellt. En uppföljning planeras ske vid sidan om ordinarie redovisning, för att kunna utvärdera projektet. Syftet med att låta primärvården bli styrande i vården, är att ge incitament till att mer av vården utförs i primärvården, mer förebyggande/hälsofrämjande vård, samt att höja statusen för primärvården och allmänläkarspecialiteten, något som kan underlätta rekrytering av läkare till primärvården.

Primärvården föreslås börja använda distansoberoende teknik i större utsträckning, för att exempelvis distriktssköterskor ska kunna utföra mer vård i hemmet eller särskilda boenden, med möjlighet till konsultation med distriktsläkare eller annan specialist. Uppkoppling kan även ske i primärvården mot specialistvården. Primärvården kan ta hjälp av det nystartade kreativa teamet inom regionen, vars uppgift bl a är att stötta införandet av ny distansoberoende teknik.

Vidare bör primärvården göra en satsning på att rekrytera distriktsläkare, baserat på forskning och erfarenheter från andra håll i landet. En god arbetsmiljö underlättar rekrytering. En faktor som bidrar till dålig arbetsmiljö är s k illegitima arbetsuppgifter. Det är sådant som läkare utför, som inte kräver läkarkompetens. En inventering bör göras av distriktsläkarnas arbetsuppgifter för att hitta arbetsuppgifter som andra än läkarna kan utföra.

Vid utformningen av standardiserade vårdflöden kan hänsyn tas till jämställdhetsaspekter. Förslagen i bifogade rapport förväntas leda till en mer jämlik vård för patienterna och därmed även för barnen, som en följd av förbättrad tillgänglighet och fler standardiserade vårdflöden. En strävan mot mer vård i hemmet och på särskilda boenden, med hjälp av distansoberoende teknik, medför färre sjukresor, vilket minskar miljöbelastningen. Den regionala utvecklingen förutses inte påverkas negativt eftersom verksamhet kommer att bedrivas på de platser där primärvård idag finns. Med välfungerande distansvård behöver kronisk sjukdom inte upplevas som hinder för att bosätta sig på landsbygden.

De ekonomiska konsekvenserna av förslagen i rapporten, kan i detta skede inte exakt beräknas. Däremot kan uppskattningar göras av potentiella kostnadsminskningar, baserat på antaganden. (Beräkningarna baseras på 2014 års bokslut). De kostnader som förutses kunna minskas är stafettläkarkostnader, kostnader för dubbelarbete och sjukreskostnader. När det gäller sjukreskostnaderna rör det framför allt sjukresor till specialistvård, som i så fall resulterar i minskade kostnader hos specialistvården. Vid en beräkning av hur mycket kostnaderna skulle kunna minskas, görs följande antaganden: Läkarna kan avlastas från viss vård som andra yrkesgrupper kan utföra, i samband med införande av standardiserade vårdflöden. Dessutom kan illegitima arbetsuppgifter utföras av andra. Tillsammans med införandet av gemensam telefonfunktion, öppen distriktssköterskemottagning, bokning/kontakt via *Mina vårdkontakter* mm, samt möjligheter till kompetensutveckling, kan en god arbetsmiljö åstadkommas. Då kan målet uppnås, om att ha stafettläkare på max 10 procent av nuvarande utförd läkartid. Av övriga 90 procent av utförd läkartid, antas 70 procent ersättas av fast anställda läkare och 20 procent av andra yrkeskategorier. Det skulle leda till kostnadsminskningar på 18 miljoner kronor.

En väg in via telefon, öppna distriktssköterskemottagningar och bokningar/avbokningar via *Mina Vårdkontakter* tar bort tid för bokningar och minskar dubbelarbete. Om hälften av arbetade timmar med telefonsamtal och bokningar försvinner, leder det till minskade kostnader på 11 miljoner kronor.

Färre sjukresor, t ex 10 procent, med hjälp av nyttjande av distansoberoende teknik, leder till kostnadsminskningar på ca 4 miljoner kronor. Totalt uppgår potentiella kostnadsminskningar till ca 33 miljoner kronor med dessa antaganden/mål.

Beslutsunderlag

Rapport *Struktur för primärvården – Paket 6 Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* RS/968/2015

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

1. Minst en fullskalig hälsocentral ska finnas i varje kommun. På de orter runt om i regionen, där någon form av primärvård bedrivs, ska verksamheten utformas så att tillgången till tider hos olika yrkeskategorier anpassas efter befolkningens behov, upprättade flödesscheman, samt produktions- och kapacitetsplanering.
2. Bland förslagen i bilagda rapport, ska utvecklingen av flera alternativa vägar för patienter att ta kontakt med vården prioriteras.
3. I syfte att förbättra tillgängligheten till primärvården i Östersund och bidra till färre besök på akutmottagningen, ska varje vardag en hälsocentral i Östersundsområdet ha öppet från kl 7.00 på morgonen och en hälsocentral ha öppet till kl 19.00 på kvällen.
4. En hälsocentral i Östersundsområdet ska vara ett kompetenscentrum för primärvården ifråga om anpassat bemötande av personer med funktionsnedsättningar.
5. Minst en hälsocentral i regionen ska ha ett särskilt uppdrag med ansvar för utbildning, utveckling och forskning.
6. På försök, som ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, föreslås primärvården bli styrande i vården. Projektet ska sedan utvärderas, innan beslut kan fattas om införande i hela hälso- och sjukvården.
7. I enlighet med förslagen i bilagda rapport, får regionstyrelsen i uppdrag att genomföra förändringar av arbetssätt, vidta åtgärder för att åstadkomma en bättre arbetsmiljö och underlätta rekryteringar, samt att anpassa primärvården i enlighet med vad som anges i punkterna 1 till 6 ovan.
8. Regionstyrelsen får uppdrag att till i mars 2016 ta fram förslag på hur uppföljning ska ske, av att beslutade åtgärder för att förändra primärvårdens struktur ger resultat .

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Anna Granevärn
Chef Centrum för primärvård

Utdrag till

Primärvårdschef
Projektledare LUP - ekonomi



**Struktur för primärvården - Paket 6 Långsiktig
utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning
RS/968/2015**

Version: 1

Beslutsinstans:



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING OCH BAKGRUND.....	6
1.1	Rapportens struktur.....	7
1.2	Perspektiv.....	8
2	SAMMANFATTNING.....	9
3	PATIENTENS BEHOV.....	10
4	FASTSTÄLLA GEMENSAMMA VÅRDFÖRLOPP.....	11
4.1	Utforma standardiserade flödesscheman.....	11
4.2	Exempel från cancervården – standardiserade vårdförlopp.....	12
4.3	Exempel från landstinget Västernorrland.....	12
4.4	Möjliga större grupper som flödesscheman bör utformas för.....	13
4.5	Arbetet med att utforma flödesscheman.....	13
4.6	Patientavgifternas styrning mot besök hos olika yrkeskategorier.....	14
4.7	Konsekvens- och riskanalys.....	15
4.7.1	Fördelar.....	15
4.7.2	Nackdelar och möjlig hantering.....	15
5	VÅRDKONTAKTER - ALTERNATIV.....	15
5.1	En väg in via telefon – ring ett hälsocentralsgemensamt nummer (<i>Kontakt primärvård</i>) till primärvården i Östersundsområdet.....	16
5.1.1	1177 Vårdguiden intakt.....	17
5.2	Öppen distriktssköterskemottagning.....	17
5.3	Internetbokning via "Mina vårdkontakter".....	17
5.4	Andra huvudmän använder kontaktnummer.....	18
5.5	Konsekvens- och riskanalys.....	18
5.5.1	Fördelar.....	18
5.5.2	Nackdelar och möjlig hantering.....	19
6	PATIENTEN I VÅRDEN.....	20
6.1	Vården bör ske nära patienten.....	20
6.2	Nyttjande av distansoberoende teknik.....	20
6.3	De mest sjuka äldre.....	21
6.3.1	Synpunkter från pensionärsföreningar.....	21
6.3.2	Geriatriskt stöd.....	22
6.4	Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20.....	22

6.4.1	Läge/konsekvenser för primärvården	23
6.5	Jämlik och jämställd vård	23
6.5.1	Läge/konsekvenser för primärvården	25
6.6	Uppföljning av patienten efter behandling i specialistvården	25
7	PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG	26
7.1	Primärvården som styrande i vården	26
7.1.1	Pilotprojekt	27
7.2	Flödesscheman ett sätt att tydliggöra primärvårdsuppdraget	27
7.3	Konsekvens- och riskanalys	27
7.3.1	Fördelar	27
7.3.2	Nackdelar och möjlig hantering	28
8	PRIMÄRVÅRDENS ORGANISATION	28
8.1	Yttre struktur	29
8.1.1	Befolkning	29
8.1.2	Geografi	31
8.2	Inre struktur	33
8.2.1	Storlek på hälsocentraler	33
8.2.2	Organisatorisk indelning	33
8.2.3	Ny funktion <i>Kontakt primärvård</i> för "en väg in via telefon"	34
8.2.4	Särskilt anpassad hälsocentral i Östersund för personer med funktionsnedsättning	35
8.2.5	Lättakut/snabbspår	36
8.2.6	Slutenvårdsplatser i primärvården	37
9	LEDNINGSSTRUKTUR OCH RESURSFÖRDELNING	37
9.1	Ledningsstruktur	37
9.2	Resursfördelning	38
10	PRODUKTIONS- OCH KAPACITETSPLANERING	38
11	BEMANNING	39
11.1	Attraktiv arbetsgivare	39
11.2	Arbetsmiljö	39
11.2.1	Projektet <i>Den goda arbetsplatsen</i>	39
11.2.2	Rapport från Skånes universitetssjukhus	40
11.2.3	Så tycker ST-läkarna i primärvården i regionen	40
11.3	Rekrytering	41
11.3.1	Satsa på utbildningsläkare	41

11.3.2	Illegitima arbetsuppgifter	41
11.4	Kompetensutveckling	43
11.4.1	Strukturerad internutbildning	43
11.4.2	Yrkesutvecklare som deluppdrag	43
11.5	Ledarskap	43
11.6	Jämställdhet bland medarbetare	45
11.6.1	Genusskillnader	45
11.6.2	Diskriminering	47
12	VÄRDEGRUND.....	47
13	SAMMANFATTNING AV KONSEKVENSER UR OLIKA PERSPEKTIV	47
13.1	Jämlikhet, jämställdhet och barns rättigheter	47
13.2	Miljö	48
13.3	Regional utveckling.....	48
13.4	Ekonomi.....	48
14	GENOMFÖRANDE.....	49
15	BILAGA 1 – FÖRTECKNINGAR ÖVER FÖRENINGAR SOM LÄMNAT	
	SYNPUNKTER	50

1 INLEDNING OCH BAKGRUND

Denna rapport innehåller förslag till förändringar av primärvårdens struktur. Rapporten handlar om den *regiondrivna* primärvården. De privata hälsocentralerna berörs därför inte.

Förslagen har tagits fram i enlighet med uppdraget i Paket 6 i *Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning* (LUP ekonomi). I denna plan sägs följande: **”Med struktur avses: verksamheternas arbetssätt, utveckling genom ny teknik, definition av primärvårdens uppdrag och verksamheternas lokaliseringar. I utredningsarbetet ska beslut om utveckling inom glesbygdsmedicin beaktas.”**

Hösten 2014 presenterades en första delrapport om primärvården som försökte ge en bild av skillnader och likheter mellan primärvården i olika delar av länet när det gäller patientunderlag, bemanning m m. Vidare fanns i rapporten en redogörelse för tidigare utredningar om primärvården. En slutsats som drogs var att vissa tidigare politiskt beslutade principer för primärvården fortfarande borde gälla. Det rörde sig om:

Närhetsprincipen: Patienten ska vara i fokus och vården ska ges så nära hemmet som möjligt

Samordningsprincipen: Mellan primärvård, kommun och specialistvård med fokus på patientens behov.

Ekologisk hållbar. Patientens miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt.

Folkhälsofrämjande

Anpassningsbar verksamhet. Primärvården ska anpassas efter förändringar i befolkningsunderlag, medicinska behov eller ekonomiska förutsättningar.

Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet.

Rapporten innehöll även en ekonomisk analys som visade att det framför allt var utvecklingen av stafettläkarkostnaderna som låg bakom en stor del (ca 80 procent) av primärvårdens underskott. Under 2014 uppgick stafettläkarkostnaderna i primärvården till 41,3 miljoner kronor. Hela denna kostnad skulle inte vara möjlig att ta bort, eftersom primärvården får kostnader för lön mm om man lyckas anställa läkare istället för att anlita stafettläkare eller om man genom ett förändrat arbetssätt kan använda andra yrkesgrupper än läkare. Med hjälp av förslagen i den här rapporten bör stafettläkarkostnaderna dock kunna minskas avsevärt, samtidigt som kostnaderna för annan personal ökar. Exakta beräkningar är inte möjliga att göra, men med diverse antagande kan minskningen av nettokostnaden vid mindre nyttjande av stafettläkare uppskattas till 18 miljoner kronor. Andra åtgärder i rapporten uppskattas kunna bidra med ytterligare 11 till 15 miljoner kronor i kostnadsminskningar, d v s till totalt ca 29-33 miljoner kronor. Andra åtgärder *kan* leda till kostnadsminskningar för den totala hälso- och sjukvården, men uppskattningar av effekterna är svårare att göra på grund av de komplexa sambanden.

Arbetet med att ta tillvara på idéer och synpunkter från medarbetare i primärvården har skett på flera sätt. Diskussioner med medarbetarna fördes vid primärvårdsdagarna senhösten 2014. Därutöver har två dialogaftnar anordnats med olika grupper av medarbetare. Primärvårdsstrukturen har också diskuterats flera gånger på träffar med primärvårdens ledningsgrupp. Frågor kring primärvårdsstruktur har även diskuterats på utvecklingsdagar för personal och chefer inom primärvården under de första månaderna 2015.

För att få in synpunkter från medborgare, framför allt de grupper som ofta har kontakt med primärvården, har brev skickats ut till olika brukarföreningar. Inkomna synpunkter har beaktats i arbetet. (Se bilaga 1).

En mindre arbetsgrupp har sammanställt materialet, vilket resulterat i denna rapport.

Arbetsgruppen hade följande sammansättning:

Robert Brandt, chef för närvårdsområde Strömsund, uppdragsledare för utredningen (numera anställd vid Östersunds kommun)

Helena Dahlin, chef för närvårdsområde Krokom, arbetar för närvarande vid primärvårdsstaben

Ingela Eckerdal, chef för Sjukvårdsrådgivningen, 1177 vårdguiden och leancoach

Annika Jonsson, projektledare/utredare för LUP ekonomi, planerings- och beställarstaben på Centrum för lednings- och verksamhetsstöd.

1.1 Rapportens struktur

I arbetet med att ta fram ett förslag till framtida struktur för primärvården har arbetsgruppen följt den modell som återges i bilden nedan. I basen finns en grov skiss på den *vårdprocess* som en patient genomgår. En målsättning är att primärvårdens struktur ska stötta en effektiv vårdprocess med patientens behov i fokus. Ordet ”vård” i rutan syftar på råd, bedömning, provtagning, diagnosställning, kontroller, behandling och likande, d v s allt som sker när medborgaren blir patient och oavsett inom vilken organisatorisk enhet i vården detta sker. Det innebär att gränsdragningen mellan primärvårdens uppdrag och specialistvårdens ingår i denna del av processen. Behovet av samverkan mellan dessa parter och även kommunen och eventuella andra huvudmän ingår också under *vård*. Målet för vården är ett förbättrat hälsotillstånd eller när det inte är möjligt, t ex vid livets slut – symtomlindring.

Bild 1.1 Primärvårdens struktur



Primärvårdens *struktur* byggs upp av ett antal byggstenar som måste komma på plats i tur och ordning. Primärvårdens uppdrag måste definieras, dvs vilka delar av vården ska ges inom primärvården. Organisation, ledning och resursfördelning utformas sedan för att klara uppdraget. Nästa steg är att försöka förutse hur mycket av olika slags vård som ska ges för att möta patientens behov och vilken kapacitet som krävs i form av personal, lokaler, utrustning, materiel m m. Produktions- och kapacitetsplaneringen lägger sedan grunden för hur bemanningen bör se ut på olika hälsocentraler, hälsomottagningar och distriktssköterskemottagningar. Om alla dessa steg genomförs på ett systematiskt sätt och resultatet blir en välfungerande verksamhet, utan ständig stress, brandkårsutryckningar m m, kan primärvården bli en *attraktiv arbetsgivare*. Viktiga faktorer för en få till stånd en god arbetsmiljö diskuteras i avsnitt 11.1 om attraktiv arbetsgivare. Hela verksamheten genomsyras av *värdegrunden*. I denna rapport poängteras vikten av att patienten hela tiden är i fokus i verksamheten.

1.2 Perspektiv

Utgångspunkten i det här arbetet är framför allt tre perspektiv:

- **Patientperspektivet** – patienter har olika behov och det är viktigt att primärvårdens sätt att organisera verksamheten samt arbetssätt och rutiner anpassas till de olika behoven. I detta sammanhang har hänsyn tagits till *jämställdhets-* och *jämlikhetsperspektivet*, vari barnperspektivet ingår. Även *närhetsprincipen*, dvs målsättningen att vården ska ske så nära patienten som möjligt, är en del av detta perspektiv.
- **Medarbetarperspektivet** – ett av primärvårdens största problem under ett antal år har varit både att rekrytera och behålla personal. I synnerhet gäller det läkarna, men tendensen kan ses även när det gäller distriktssköterskor samt medicinska sekreterare. Ett stort beroende av stafettläkare är till nackdel både för kontinuiteten och regionens ekonomi.
- **Effektivitetsperspektivet** – en styrning av vården mot *lägsta effektiva omhändertagandenivå* (LEON-principen) medför ett mer effektivt nyttjande av regionens resurser. Det innebär att en patient många gånger kan hantera ett hälsoproblem med hjälp av någon annan yrkeskategori än läkarna eller genom egenvård. Om vården sker enligt LEON-principen uppnås flera resultat. Vårdkostnaderna blir lägre och vården blir mer *jämlik* i så måtto att den begränsade resurs som läkartider är, används till de patienter som bäst behöver den.

För övrigt har förslagen i rapporten bedömts med hänsyn till eventuella effekter på:

- Regional utveckling
- Miljö

Ett problem när man ska ta hänsyn till många perspektiv samtidigt, är att de ibland kan stå i motsats till varandra. I nuvarande situation, när Region Jämtland Härjedalen prognostiserar ett ekonomiskt underskott på 265 miljoner kronor för år 2015, har sådana åtgärder prioriterats, som bedöms kunna förbättra primärvårdens ekonomi.

2 SAMMANFATTNING

Utredningen lämnar inga förslag på sammanslagningar av hälsocentraler eller andra förändringar av verksamhetens lokalisering. Skälet är att en sammanslagning kräver investeringar som leder till ökade kostnader. De funktioner som en större sammanslagning hälsocentral kan samnyttja, såsom reception och lab t ex, bemannas inte av så många tjänster att en eventuell minskning med några personer, skulle leda till större kostnadsminskningar. För att en sammanslagning ska kunna leda till väsentligt lägre kostnader, krävs både en minskning av antalet medborgare som söker vård och en större minskning av antalet anställda.

Förslagen om strukturåtgärder för att åstadkomma en primärvård som drivs inom tilldelad budget består av följande större förändringar som, för att nå maximal effekt, behöver kombineras:

För att styra vården mot lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) ska standardiserade vårdflöden utformas. De visar i vilken ordning olika yrkeskategorier träffar patienten, om och när teamarbete är aktuellt och när hen ska remitteras till specialistvården, om så blir nödvändigt. För vissa ohälsoproblem kan andra yrkesgrupper avlasta läkarna. Det kan kräva mer utbildning i vissa fall, t ex specialistutbildning i glesbygdsmedicin för distriktssköterskor.

Arbetsuppgifter som inte ovillkorligen kräver läkarkompetens kan övertas av andra. Med en bättre arbetsmiljö som följd, kan regionen bli en mer attraktiv arbetsgivare, vilket ökar möjligheten att rekrytera fler fast anställda läkare i primärvården.

Minst en fullskalig hälsocentral ska finnas i varje kommun. På de orter runt om i regionen, där någon form av primärvård bedrivs, ska verksamheten utformas så att tillgången till tider hos olika yrkeskategorier anpassas efter befolkningens behov, upprättade flödesscheman, samt produktions- och kapacitetsplanering. Detta kan leda till en något annorlunda personalsammansättning än idag. Ingen personal förutses dock bli övertalig.

En hälsocentral i Östersund föreslås bli kompetenscentrum i bemötande av personer med funktionsnedsättning. En hälsocentral föreslås få en inriktning mot utbildning, utveckling och forskning.

För att förbättra tillgängligheten, minska dubbelarbete och öppna nya vägar för kontakt med primärvården, föreslås flera åtgärder:

- Ett nummer in till primärvården för allmänheten i Östersundsområdet. Direktnummer till kontaktpersoner för hemtjänstpersonal m fl och patienter med långvariga kontaktbehov.
- Minst en öppen distriktssköterskemottagning ska finnas i Östersundsområdet.
- Möjlighet att boka och avboka tider till sjukgymnaster, distriktssköterskor, psykosocial enhet m fl via *Mina Vårdkontakter* på internet. Patienter med långvariga kontaktbehov kan också boka läkarbesök. Även mobil/dator (e-post, chattar m m) - ska utvecklas och nyttjas i den takt det kan ske med garanterad patientsekretess.

Primärvården föreslås starta ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, där primärvården får vara styrande i vården, d v s primärvården "håller i plånboken" och blir beställare av vård från specialistvården, när det är aktuellt. En uppföljning planeras ske vid sidan om ordinarie redovisning, för att kunna utvärdera projektet. Syftet med att låta primärvården bli styrande i

vården, är att ge incitament till att mer av vården utförs i primärvården, mer förebyggande/hälsofrämjande vård, samt att höja statusen för primärvården och allmänläkarspecialiteten, något som kan underlätta rekrytering av läkare till primärvården.

Primärvården föreslås börja använda distansoberoende teknik i större utsträckning, för att exempelvis distriktssköterskor ska kunna utföra mer vård i hemmet eller särskilda boenden, med möjlighet till konsultation med distriktsläkare eller annan specialist. Uppkoppling kan även ske i primärvården mot specialistvården. Primärvården kan ta hjälp av det nystartade kreativa teamet inom regionen, vars uppgift bl a är att stötta införandet av ny distansoberoende teknik.

Standardiserade vårdflöden leder till en mer jämlik vård (även för barnen) och jämställdhetsaspekter kan beaktas vid utformningen av dem. Mer vård i hemmet och på särskilda boenden, med hjälp av distansoberoende teknik, medför färre sjukresor och minskande miljöbelastning. Den regionala utvecklingen förutses inte påverkas negativt eftersom verksamhet kommer att bedrivas där primärvård idag finns. Med välfungerande distansvård behöver inte kronisk sjukdom upplevas som hinder för att bosätta sig på landsbygden.

I detta skede kan de ekonomiska konsekvenserna i form av lägre kostnader för stafettläkare, dubbelarbete mm endast uppskattas. En sådan grov uppskattning visar på potentiella kostnadsminskningar på ca 29-33 miljoner kronor. Effekt förutses successivt inträda under 2016.

3 PATIENTENS BEHOV

Primärvården bör organiseras så att den mest kostnadseffektivt och patientsäkert möter patientens behov, oavsett vem hen är. Detta beskrivs i nedanstående principer:

Jämställdhet – enligt en definition¹ kvinnors, mäns, flickors, pojkar, samt queera² personers lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla områden. Det övergripande målet för jämställdhetspolitiken är att ”kvinnor och män skall ha samma makt att forma samhället och sina egna liv”.

Jämlikhet – ”Alla människors lika värde - oavsett vem du är¹.”

Bland patienterna kan urskiljas grupper med särskilda behov:

- Människor med **funktionsnedsättningar** kan behöva ett anpassat bemötande.
- För personer som har **kroniska sjukdomar eller mer långvariga kontakter med vården** är behovet av kontinuitet större, d v s dessa patienter behöver i största möjliga utsträckning få träffa samma personer vid olika besök i vården.
- **Mest sjuka äldre** är en grupp som erhåller bättre vård om de kan få tillgång till vård i sitt hem eller särskilda boende.
- Människor med annan språklig och kulturell bakgrund .

¹ Policy om jämställdhet och jämlikhet som utvecklingskraft LS/1101/2013.

² RFSL definierar *queer* som "Ett brett begrepp som kan betyda flera olika saker men i grunden är ett ifrågasättande av heteronormen. Många ser sin könsidentitet och/eller sin sexualitet som queer. Queer kan innebära en önskan att inkludera alla kön och sexualiteter eller att inte behöva identifiera/definiera sig."

4 FASTSTÄLLA GEMENSAMMA VÅRDFÖRLOPP

4.1 Utforma standardiserade flödesscheman

Nedanstående förslag utgör grunden för flera andra åtgärder som föreslås i den här rapporten:

För de flesta vanliga symtom och diagnoser ska primärvården utforma gemensamma standardiserade vårdförlopp. De ska beskrivas i flödesscheman.

För vanliga symtom och diagnoser kan gemensamma *standardiserade vårdförlopp* utformas. Ett vårdförlopp motsvaras av patientens väg genom vården, dvs i vilken tidsordning patienten träffar olika yrkeskategorier och vilka aktiviteter som sker i form av provtagning och behandling m m, om och när det är aktuellt med teamarbete, samt vilka kriterier som avgör när patienten remitteras till specialistvården. I beskrivningen bör även ingå samverkan med andra huvudmän, i de fall detta blir aktuellt.

Vårdförloppet kan förändras genom att aktiviteter och yrkesgrupper byts ut eller ändrar ordning. Den beskrivning som visar det nya arbetssätt som verksamheten vill arbeta efter beskrivs i ett s k *flödesschema*. Detta ska även visa i vilket skede som specialistvården ska ta över. Redan befintliga s k Zamsynsöverenskommelser³ ska kopplas ihop med detta arbete. Det är medicinskt ansvariga läkare och andra yrkesgrupper i primärvården som utformar flödesscheman i samarbete med specialistvården.

Det finns flera syften, delvis överlappande, med att utforma standardiserade vårdförlopp. Ett är att tillförsäkra att vården utförs i enlighet med nationella riktlinjer eller om sådana saknas, baserat på vetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet. Ett annat syfte är att kunna styra vården mot ett utförande på *lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON-principen)*. Vård enligt LEON-principen leder till bättre tillgänglighet för patienten. Dessutom medför den lägre kostnader för regionen, eftersom kostnaderna för ett läkarbesök är mer än dubbelt så höga som för ett besök till annan yrkeskategori.

Ett flödesschema kan t ex föreskriva att patienten, för ett visst symtom/diagnos, i första steget ska träffa en sjukgymnast och inte en läkare. Den distriktssköterska (eller person med annat yrke) som bokar in sjukgymnastbesöket får då stöd i sitt beslut, av flödesschemat över det standardiserade vårdförloppet.

Om samma flödesschema följs för samma symtom/diagnos, oavsett vilken hälsocentral en patient tillhör, blir vården också mer jämlik.

*Effektivitets*perspektivet och *patient*perspektivet går ofta hand i hand. Det innebär att effektivare vårdflöden också brukar blir bättre för patienten. Ett exempel på motsatsen är när remisshantering sker utan att patienten är i fokus. Specialistvården skickar ibland tillbaka remisser till primärvården, som de anser ska till någon annan klinik på sjukhuset, istället för att själva

³ Överenskommelser mellan primärvården och specialistvården om var vård ska ges för olika hälsoproblem.

skicka den direkt vidare till rätt klinik. Förutom extraarbetet i primärvården för att skicka remissen ännu en gång, medför det många gånger extra telefonsamtal från patienter som väntar på att få en kallelse från specialistvården. Vården för patienten försenas därmed.

4.2 Exempel från cancervården – standardiserade vårdförlopp

Inom specialistvården pågår redan ett stort landsomfattande arbete med att införa standardiserade vårdförlopp för ett antal cancerdiagnoser. Det beskrivs som ”att vården för en viss diagnos utformas enligt en standardiserad modell.” Standardiserade vårdförlopp bygger på idén att onödiga väntetider ska tas bort. Varje del i vårdkedjan är tydligt definierad och har sin utmätta tidsåtgång. Från så kallad välgrundad misstanke om cancer till start av behandling är en totaltid beräknad. Den ska vara den samma inom de utpekade diagnoserna oavsett var i Sverige patienten bor.

Förebilden för detta nationella arbete är den danska modellen – pakkeforløb - standardiserade vårdförlopp, som visar på mycket goda resultat. Enligt Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland fick 84 procent av patienterna i Danmark behandling inom utsatt tid. Det nya arbetssättet har tydligen även bidragit till att förbättra samarbetet mellan olika avdelningar och till att patienter och medarbetare blivit nöjdare. Mycket talar för att standardiserade vårdförlopp kommer att tas fram för fler diagnoser framöver.

Primärvården är direkt berörd av detta arbete eftersom distriktsläkaren oftast blir den som ska identifiera ”välgrundad misstanke” enligt vårdförloppets specificerade mall. Utredning och behandling ska ske inom ett förutbestämt antal dagar och patienten ska informeras om alla delar i vårdförloppet.

Det betonas att det är viktigt att få till stånd ”samarbete mellan enheterna kring patientens väg genom vården” i arbetet kring de standardiserade vårdförloppen⁴.

4.3 Exempel från landstinget Västernorrland

Det är inte bara inom specialistvården som arbete med att ta fram standardiserade vårdförlopp pågår. Även inom primärvården på andra landsting sker detta. Landstinget Västernorrland arbetar med BEON (bästa effektiva omhändertagandenivå) när det gäller en första bedömning av alla patienter med muskuloskeletala⁵ besvär. Man har utformat ett flödesschema för sådana patienter som innebär att de, istället för att träffa en läkare, gör ett första besök hos en sjukgymnast. Resultatet blir färre vårdkontakter för patienten, kortare behandlingstider, mindre kostnader och tidsbesparing.

⁴<http://skl.se/tjanster/press/debattartiklar/debattartiklar2015/nuskalandstingengoracancervardenmerjamlik.5458.html>

⁵ Rörelseapparaten bestående av brosk, bindvävshinnor, ligament, muskler, skelett, senor.

4.4 Möjliga större grupper som flödesscheman bör utformas för

Sjukgymnastiken och de psykosociala enheterna hanterar stora patientgrupper. Sjukgymnastiken har med sina *artrosskolor* redan visat vilka goda resultat det kan ge, att styra delar av vården mot andra yrkesgrupper. I det exemplet har man dessutom använt sig av en gruppverksamhet, vilket är ytterligare en dimension att på ett kostnadseffektivt sätt utbilda patienter i att hantera sina hälsoproblem. Diabetespatienter är ett annat exempel på en patientgrupp som kan utbildas i kost, motion, symtom m m.

4.5 Arbetet med att utforma flödesscheman

Artrosskolorna erbjuds på alla hälsocentraler i regionen. Men det finns troligen också annorlunda utformade vårdförlopp, som enbart tillämpas på enskilda hälsocentraler i Region Jämtland Härjedalen. Primärvården bör därför börja med att göra en inventering bland regionens hälsocentraler för att hitta nya bra sätt att hantera olika hälsoproblem. Samtidigt bör även en undersökning göras av hur man arbetar med detta inom primärvården på andra håll i landet. I norrlandstingen har exempelvis mycket arbete bedrivits kring detta.

De analyser som ligger till grund för utformningen av flödesscheman, kan också användas för att hitta grupper, som hälsofrämjande och förebyggande insatser skulle kunna få en positiv effekt för. Ett exempel som används i Angered är en *Hälsoskola på andra språk* för att lära patienter egenvård och när de bör kontakta vården. Hälsoskola drivs också på Strömsunds hälsocentral.

*Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*⁶ bör beaktas i samband med utformning av standardiserade vårdflöden.

Lämpligen bör en vårdutvecklare i primärvården ges i uppdrag att samordna arbetet med ta fram standardiserade flödesscheman. Därigenom kan flödesscheman skapas på ett enhetligt sätt, även om innehållet skiljer sig åt. Det är också en fördel om det finns en person som kan koordinera arbetet och få ett samlat grepp över alla flödesscheman.

Medicinskt ansvarig och vårdutvecklare bör tillsammans med respektive yrkeskategori själva arbeta fram flödesscheman. Överhuvudtaget bör utvecklingsintresserade distriktsläkare ges möjlighet att delta i detta arbete.

Sjukgymnastiken bör i största möjliga mån bli första vårdnivå för rörelseapparaten. Flödesscheman bör utarbetas och tas fram av representanter från fysioterapeuterna i regionen tillsammans med läkare med medicinskt ledningsuppdrag, MLU och vårdutvecklare.

Flödesscheman för problem inom området psykisk ohälsa bör utformas så att en första bedömning i största möjliga mån görs av personal från den psykosociala enheten på hälsocentralen. Distriktsläkaren kan då inta en mer konsultativ roll i medicinska frågor. Flödesscheman bör tas fram av representanter från psykosociala enheten tillsammans med MLU och vårdutvecklare.

⁶ Riktlinjerna innehåller åtgärder på tre nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande för att stödja förändring av levnadsvanorna tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Standardisering bör även göras inom andra områden, men kräver då djupare analyser. Flödesscheman ska användas redan då patienten första gången kommer i kontakt med vården.

Flödesscheman måste innehålla tydliga beskrivningar av vilken yrkeskategori som är ansvarig för vad i vårdflödet, samt vilken som har det övergripande ansvaret för patienten.

Flödesscheman, som ett sätt att strukturera och standardisera arbetet i vården, kan leda till att en annan bemanningssammansättning krävs, vilket är ett senare steg i *trappstegsmodellen för primärvården*, som visades i avsnitt 1.1. Genom att exempelvis anställa flera sjukgymnaster kan läkargruppen avlastas, primärvården göras mindre beroende av stafettläkare och vården effektiviseras.

Det är viktigt i det här sammanhanget att ta med alla yrkeskategorier i analyserna. Det finns även arbetsuppgifter som distriktssköterskor kan lämna över till undersköterskor. Medicinska sekreterare t ex är en annan resurs vars arbetsuppgifter kan utvecklas.

I uppgiften att komma fram till vilka yrkeskategorier som ska ta hand om vilka symtom/diagnoser/patientgrupper och i vilken ordning, ingår också att fastställa behovet av utbildning för att olika individer ska kunna hantera nya uppdrag.

4.6 Patientavgifternas styrning mot besök hos olika yrkeskategorier

Det hävdas ibland att regionen behöver ha lägre patientavgifter⁷ för besök till andra yrkeskategorier än läkarna, annars vill inte patienterna besöka andra än läkarna. Det finns dock ingen forskning som stöder att lägre patientavgifter skulle styra patienterna mot andra yrkeskategorier än läkarna. I dagsläget, då avgifterna för besök hos distriktssköterska och sjukgymnast redan är lägre än för besök hos läkare, vill de flesta patienter ändå besöka läkare. Därför är styrningen en upplysningsfråga, både medarbetare och medborgare måste komma till insikt om att regionens begränsade resurser måste användas så effektivt som möjligt. Det innebär att endast patienter som av distriktssköterska bedöms ha ett medicinskt behov av att träffa läkare, också ska göra det.

Olika patientavgifter för besök till olika yrkeskategorier kan få märkliga konsekvenser. Det förekommer både inom Region Jämtland Härjedalen och inom andra landsting att arbetsuppgifter flyttas från läkare till sjuksköterskor, som fått specialutbildning för de nya arbetsuppgifterna. Med en lägre avgift för ett besök till sjuksköterskor, blir då en viss medicinsk åtgärd helt plötsligt billigare för patienten, trots att samma vård ges.

Utredningens slutsats är därför att samma nivå på patientavgifterna för besök till olika yrkeskategorier inte är ett hinder för att styra vården mot lägsta effektiva omhändertagandenivå.

⁷ Vår-sommar 2015 pågår en utredning av Region Jämtland Härjedalens patientavgifter, utifrån målsättningen att införa enhetliga patientavgifter oberoende av vilken slags besök i vården som avses.

4.7 Konsekvens- och riskanalys

4.7.1 Fördelar

Läkarna kan avlastas om vissa patienter med lindrigare symtom omhändertas av andra. Det blir då mer tid över för exempelvis kompetensutveckling.

Om mer av vården ges av andra yrkesgrupper än läkare, kan det leda till **viss minskning av kostnaderna för läkemedel**, då hälsoproblemen hanteras med andra medicinska behandlingar, åtminstone i ett första steg.

Den **samlade kompetensen på hälsocentralen eller hälsofilialen ökar**⁸.

4.7.2 Nackdelar och möjlig hantering

Det finns risk för att det kan bli svårt att enas om hur det standardiserade vårdförloppet ska se ut. Olika personer med skilda erfarenheter av hur arbetet kan organiseras, kan ha olika uppfattningar.

En annan svårighet är att **flödesscheman kan bli lite ”fyrkantiga”**. Det finns alltid fall som kan vara svåra att passa in. Det professionella omdömet kommer dock till hjälp vid sådana tillfällen. En standardisering av flertalet fall leder mot en mer jämlik vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Patienter kan bli missnöjda om de inte får träffa läkare, i ett första steg. En vanlig inställning hos många människor är att de måste träffa en läkare om de känner sig sjuka, har smärta eller upplever någon annan form av ohälsa. Att de många gånger kan få hjälp genom att träffa någon annan yrkeskategori inom vården är därför ett faktum som både befolkningen och personalen behöver komma till insikt om. Rådande attityder behöver förändras. Framtagande av standardiserade vårdförlopp sätter fokus på att samarbetet mellan olika yrkesgrupper behöver utökas och att nytänkande på arbetsplatsnivå bör uppmuntras.

5 VÅRDKONTAKTER - ALTERNATIV

När det gäller utformningen av struktur för primärvården kan de olika perspektiven – *patient-, medarbetar- och effektivitetsperspektivet* ibland krocka. I det förslag som presenteras i detta avsnitt - om hur patienternas kontakt med vården ska organiseras - kan det finnas en viss inneboende motsättning mellan effektivitetsprincipen och medarbetarprincipen. Bedömningen är dock att de eftersträlvade positiva effekterna med förslaget överväger de nackdelar som vissa medarbetare kan uppleva, samt att dessa nackdelar till viss del kan hanteras.

⁸ *Allmänläkarens uppdrag – och andras... om uppdragsväxling, kompetens och kompetensutnyttjande i primärvården*, Svenska Distriktsläkarförbundet

5.1 En väg in via telefon – ring ett hälsocentralsgemensamt nummer (*Kontakt primärvård*) till primärvården i Östersundsområdet

I den nya primärvårdsstrukturen föreslås att

Alla telefonkontakter mellan människor med behov av vård i primärvården i Östersundsområdet och ska ske via ett hälsocentralsgemensamt telefonnummer.

Målsättningen är att en sådan kontakt ska ske på följande sätt:

En person som befinner sig i Östersundsområdet och upplever behov av vård ringer till vården via ett hälsocentralsgemensamt nummer. Personen får då kontakt med personal som avsatt tid särskilt för detta ändamål, tills vidare kallas denna personal i rapporten för ”*Kontakt primärvård*”.

Kontakt primärvård avgör tillsammans med patienten, om hen behöver besöka vården eller om patienten kan hantera hälsoproblemet med egenvård.

Om bedömningen blir att patienten behöver besöka primärvården, avgör *Kontakt primärvård* vilken yrkeskategori som patienten bör träffa. Bedömningen utgår från det beskrivna hälsoproblemet och baseras på det standardiserade flödesschema som enligt förslaget i denna rapport ska utformas för olika hälsoproblem.

Det här är ett viktigt tillfälle, då det är möjligt att styra vården till lägsta effektiva omhändertagandenivå. *Kontakt primärvård* får därför boka in patienter på alla yrkeskategorier på hälsocentralerna. Som beskrevs i avsnitt 4.4 ovan, kan många hälsoproblem hanteras av andra än läkare. Det gäller t ex sömnproblem, vissa typer av smärta och psykisk ohälsa, sårbehandlingar m m. Enligt detta förslag är det bara *Kontakt primärvård* som bokar in läkartider, när en patient ringer det gemensamma numret. Hälsocentralerna behåller dock även tider för egen bokning, för att t ex kunna kalla patienter på regelbundna kontroller m m.

För att nå största möjliga effektivisering kan *Kontakt primärvård* hänvisa patienten till egen internetbokning via mina vårdkontakter. Detta kräver en teknisk lösning så att varje patient enbart kan boka in besök hos den yrkeskategori som överenskommits med personalen på *Kontakt primärvård*.

I första hand ska *Kontakt primärvård* boka in patienten på den hälsocentral som patienten är listad på. Vid *tillfälliga*⁹ extrabelastningar på någon hälsocentral, finns möjligheten att patienten kan bokas in på någon annan hälsocentral, som har mindre belastning. Detta bör undvikas för sådana patienter som behöver kontinuitet¹⁰ i vården, t e x patienter med kroniska sjukdomar. Dessa personer kan dock ges ett direktnummer eller internet/mobilkontakt till sin vårdkontakt och behöver då inte gå vägen via *Kontakt primärvård*.

⁹ Om det inte rör sig om tillfälliga överbelastningar, kan det vara en signal om att bemanningen är feldimensionerad på en sådan hälsocentral. Då bör bemanningen ses över.

¹⁰ Nuvarande mål är att patienter som besökt läkare tre gånger eller mer ska få träffa samma läkare i minst 65% av besöken.

5.1.1 1177 Vårdguiden intakt

Sjukvårdsrådgivningens tjänst 1177 är en nationell tjänst som ger medborgarna tillgänglighet till vården dygnet runt. Om en förbättrad tillgänglighet till primärvård medför färre samtal till 1177 på dagtid, kan det leda till behov av lägre bemanning på 1177.

5.2 Öppen distriktssköterskemottagning

En målsättning är att

Minst en *öppen* distriktssköterskemottagning ska finnas i Östersundsområdet, dvs en mottagning, som patienter kan besöka utan att ha bokat tid i förväg.

Om rutinerna för vårdkontakter kan förbättras, kommer det att bli mer utrymme för att ha öppna distriktssköterskemottagningar. Om en patient har genomgått ett ingrepp på sjukhuset, kan personalen där säga till patienten att ”om x veckor kan du gå till distriktssköterskemottagningen på din hälsocentral för att få stygnen borttagna”. Patienten behöver då inte ringa och boka tid, vilket sparar tid för både patienten och vården.

Det är viktigt att de standardiserade flödesschemana används även i den öppna distriktssköterskemottagningen.

5.3 Internetbokning via ”Mina vårdkontakter”

Det finns människor som av olika skäl har svårt att kommunicera via telefon. Det kan t ex röra sig om personer med funktionsnedsättningar. För att förbättra tillgängligheten för dessa, samt andra som föredrar att kontakta vården på annat sätt än via telefon, bör möjligheten att boka in vårdtider via internet utvecklas. Detta bör ske via *Mina vårdkontakter* på Region Jämtland Härjedalens hemsida. Denna möjlighet finns redan hos vissa landsting i landet.

Patienter ska kunna boka in besökstider via internet hos alla yrkeskategorier, men de läkartider som släpps, ska begränsas till den grupp patienter som regelbundet eller då och då behöver besöka sin läkare för kontroller.

Om patienter med behov av mer frekventa kontroller av sin sjukdom får möjlighet att själva boka in återbesök förväntas resultatet bli att de tar större ansvar för både sin sjukdom och sina återbesök.

Läkartiderna, bör dock inte släppas helt fria för bokning av medborgarna, av flera skäl. Läkartider är en trång resurs och de patienter som har störst behov av att träffa en läkare bör prioriteras vid bokning av läkartider. Den medicinska bedömningen kan inte en enskild patient göra, utan den måste ske av någon som är utbildad för att göra sådana bedömningar och det kommer personalen som arbetar i funktionen *Kontakt primärvård* vara. Dessutom måste en medveten styrning ske av patientbesöken för att åstadkomma en vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå. För att

göra det möjligt för patienterna att boka besökstider med viss frekvens, måste en teknisk lösning med hjälp av bokningskoder eller på annat sätt, tas fram.

För övrigt bör det förstås gå att avboka tider via internet.

Utöver bokningsmöjligheter via *Mina vårdkontakter*, bör andra kontaktvägar – via mobil/dator (e-post, chattar mm) utvecklas och nyttjas i den takt det kan ske med garanterad patientsekretess.

5.4 Andra huvudmän använder kontaktnummer

Det kan tilläggas att ovanstående kontaktvägar med vården gäller allmänheten. När det gäller exempelvis kommunens distriktssköterskor på särskilda boenden ska de även i fortsättningen kunna få direktkontakt med sina kontaktpersoner i primärvården genom att ha direktnummer till dessa. Detta gäller även patienter med långvariga behov av sjukvård.

5.5 Konsekvens- och riskanalys

5.5.1 Fördelar

De **fördelar** som förutses med de beskrivna vägarna att få kontakt med vården är följande:

Bättre tillgänglighet till vården. Allmänheten har tidvis stora problem med att komma fram på telefonen till många hälsocentraler i regionen¹¹. Nuvarande system innebär att mycket tid läggs på telefonsamtal och uppringningar både från patientens sida och från de distriktssköterskor på respektive hälsocentral som har telefontider. Vissa hälsocentraler har telefontider, d v s det går inte att ringa till hälsocentralen hela dagen. Bland de synpunkter som kommit in från olika brukarföreningar, finns önskemål om att ska gå att ringa till hälsocentralen hela dagen.

Dubbelarbete försvinner. Nu förekommer många gånger att en patient först ringer upp Sjukvårdsrådgivningen, som gör en medicinsk bedömning och som i vissa fall rekommenderar patienten att ringa sin hälsocentral för tidsbokning. På hälsocentralen görs sedan ytterligare en medicinsk bedömning av den som tar emot patientens samtal där. I den utsträckning, efter införande av en väg in i vården genom *Kontakt primärvård*, som människor fortfarande ringer det nationella numret 1177 för sjukvårdsrådgivning och personalen bedömer att personen behöver besöka en hälsocentral, kan det fortfarande bli dubbelarbete. För att undvika dubbelarbete är det viktigt att tillräckligt många arbetar för *Kontakt primärvård*, i synnerhet under de tider i veckan som belastningen är som störst.

Nuvarande organisation innebär att bedömningar och arbetssätt skiljer sig åt mellan olika närvårdsområden i primärvården. Vården i regionen blir **mer jämlik** om den medicinska bedömningen sker på ett standardiserat sätt i varje enskild patientkontakt, oavsett var i länet patienten ringer från. Om merparten av kontakterna med vården går via *Kontakt primärvård* ökar möjligheterna att göra mer likartade bedömningar.

¹¹ Samverkan mellan nio landsting kring Sjukvårdsrådgivning (SVR) 1177 ledde till att SVR i Jämtland Härjedalen förbättrade sin telefontillgänglighet till 100 procent.

Med en samlad funktion, som tar emot alla samtal från allmänheten, blir varje enskild hälsocentral **mindre sårbar vid sjukfrånvaro** och liknande, då patientbokningar kan ske ändå.

Det är lättare för en samlad funktion att kunna **upprätthålla specialkompetens** än för varje enskild hälsocentral. Det kan t ex röra sig om språkkunskaper, något som kommer att få allt större betydelse i takt med att regionen både tar emot allt fler asylsökande och turister från andra länder.

Det **underlättar en styrning mot en vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå**, vilket minskar risken att läkartid tas i anspråk för sådana hälsoproblem som någon annan yrkeskategori lika gärna hade kunnat ta hand om. Personalen på en hälsocentral kan ibland känna sig pressade att boka in läkarbesök, även när det inte är medicinskt motiverat, därför att de känner patienten. Med telefonsamtal som hanteras av en intern funktion för hela primärvården, minskar den risken.

I den utsträckning som patienten själv via internet bokar in besök, **medför det en avlastning för den personal** som bokar in besök och skickar ut kallelser för återbesök. Om patienter själva får boka in återbesök minskar dessutom troligen risken för att de glömmer bort besöken. Uteblivna besök förekommer i region Jämtland Härjedalen och medför kostnader för ineffektivt utnyttjande av sjukvårdspersonalens tid. Denna bokningsmöjlighet förutses, åtminstone till en början, vara mest aktuellt för personer med kroniska sjukdomar eller mer långvariga hälsotillstånd, som behöver besöka vården mera regelbundet för kontroller och provtagningar.

För personer med **psykisk ohälsa, neuropsykiatriska funktionshinder och liknande**, samt för personer som inte kan svenska, kan **bokning via internet framstå som ett mindre hinder för kontakt**, än telefonsamtal. Detta gäller även de öppna distriktssköterskemottagningarna, som ökar tillgängligheten för de som varken har goda kunskaper i det svenska språket eller i IT.

5.5.2 Nackdelar och möjlig hantering

En svårighet som följer med möjligheten att boka in tider på internet, är att **efterfrågan på tider är större än tillgängliga tider**. Det kan innebära att de **patienter som har god internet- och datavana får en bättre tillgång till vården än övriga patienter**. Detta kan motverkas genom att man i tidsplaneringen noga överväger hur många tider som släpps för tidsbokning via internet och hur många som reserveras för bokning via *Kontakt primärvård*. En uppföljning över tiden måste göras för att justera detta.

En central tidsbokning kan upplevas som **en inskränkning i den flexibilitet som läkarna i primärvården framhåller** som en av de faktorer som kännetecknar en bra arbetsmiljö och **attraktiv arbetsplats** (se avsnitt 11.2). Avsikten är dock att distriktsläkarna aktivt ska delta i planeringen av arbetet och ha stort inflytande över hur många tider de behöver för patienter med stort behov av kontinuitet, respektive hur många tider de kan släppa för central tidsbokning.

6 PATIENTEN I VÅRDEN

6.1 Vården bör ske nära patienten

En målsättning i det här arbetet har varit att komma fram till hur primärvården ska kunna utformas i enlighet med *Närhetsprincipen* – en vård så nära hemmet som möjligt. Olika principer och perspektiv är ibland motstridiga. Detta kan till exempel gälla närhetsprincipen och målet att åstadkomma en kostnadseffektiv vård. Ett stort antal människor skulle kanske allra helst vilja få hembesök av läkare, vilket överensstämmer med närhetsprincipen. Eftersom läkartiden då skulle räcka till ett betydligt färre antal besök¹² blir det mindre kostnadseffektivt. Om man utgår från **patientens behov** kommer man fram till att vissa patientgrupper bör prioriteras när det gäller att ge vård i hemmet eller det särskilda boendet. Det gäller framför allt de mest sjuka äldre.

Näst närmast – efter hemmet – är förstås att vården ges på närmaste hälsocentral, hälsomottagning eller distriktssköterskemottagning.

6.2 Nyttjande av distansoberoende teknik

Med rådande teknikutveckling kan förmodligen en hel del av regelbundna kontroller och prover för patienter med kroniska sjukdomar ske i hemmet i framtiden. I viss utsträckning görs detta redan nu för exempelvis vissa diabetespatienter. Överföring av information om provvården sker sedan till primärvården eller specialistvården. Fysiska besök i vården blir många gånger nödvändiga endast vid avvikande provvården. I framtiden förväntas behovet av fysiska besök på hälsocentralen minska. Det nyligen invigda *virtuella hälsorummet* i Gällö är ett första steg på vägen mot detta.

Många fysiska besök hos specialist på sjukhuset skulle också kunna ersättas med besök på den egna hälsocentralen, där patienten och dennes vårdgivare är uppkopplade mot specialisten på sjukhuset. Det skulle både spara restid för patienten och minska sjukresekostnaderna för regionen. Liknande kan ske om exempelvis sjukgymnast via videolänk hjälper patienten i hemmet med instruktion eller uppföljning vid till exempel rehabiliteringsträning. En av satsningarna i LUP Ekonomi avser distansoberoende teknik. För det ändamålet har 2 miljoner kronor per år avsatts och ett *kreativt team* har utsetts som tar vara på förslag från verksamheten om att börja arbeta på nytt sätt med hjälp av distansoberoende teknik. Primärvården i region Jämtland Härjedalen har stora möjligheter att ligga i framkanten av detta område, då situationen med en hög andel äldre som kan bli hjälpta av användning av distansoberoende teknik, i framtiden kommer att vara vanlig i hela västvärlden. Ett försök som kreativa teamet startat innebär att en distriktssköterska tillsammans med en patient kan koppla upp sig på videolänk för att få råd från dietist på sjukhuset. Därigenom slipper patienten åka in till sjukhuset och både patient och distriktssköterska får samma information, vilket minskar risken för missförstånd.

För att kunna göra bedömningar och viss behandling på distans i det dagliga arbetet eftersträvas enkla digitala lösningar. Exempelvis bör det finnas möjlighet att kommunicera via Skype eller

¹² När Socialstyrelsen räknar fram kostnad per vårdkontakt brukar de räkna med att ett hembesök motsvarar 2 mottagningsbesök. *Kostnad per vårdkontakt i primärvård*, Socialstyrelsen.

liknande teknik på både särskilda boenden och distriktssköterskeenheter i kommunal regi, samt nyttja mobil för att ta bilder på exempelvis sårskador, rodnader etc. Olika slags appar¹³ för primärvården bör också börja tas i bruk. Många appar används redan inom vården. Det rör sig bl a om information om olika sjukdomar och läkemedel. Ipads och liknande bör kunna användas för kommunikation och chattar.

Primärvården ska undersöka vilka möjligheter som finns att i större utsträckning börja använda distansberoende teknik

6.3 De mest sjuka äldre

6.3.1 Synpunkter från pensionärsföreningar

Synpunkter som kommit in från pensionärsorganisationer i länet är att man efterlyser ökad kompetens om åldrandets sjukdomar. ”Med en åldrande befolkning vet vi att fler kommer att drabbas av att bli ”multisjuka” och ha behov av en sjukvård som kan se ”hela patienten”. Samma person kan vara i behov av kompetens inom t ex såväl hjärt- och kärlsjukdomar, demens som rörelseorganens sjukdomar. Vi vill att det satsas på ökad kompetens inom åldrandets sjukdomar både bland sjuksköterskor och läkare.”

Vidare säger man att ”Vi vill se att primärvården i framtiden har ökad tillgång till olika stödfunktioner. Vi tror t ex att telemedicin kan innebära fördelar för patienten i form av minskat antal resor och bättre vårdkvalitet.” ”Specialistteam, som t ex Storsjögläntan för kvalificerad vård i livets slutskede, är en annan stödfunktion som är oerhört viktig för de som önskar vårdas i hemmet. Varför inte skapa en liknande verksamhet med specialistteam i geriatrik?”

En annan förening har liknande åsikter som uttrycks så här: ” Den stora gruppen 40-talister gör sig nu påmind och kräver uppmärksamhet, både råd, stöd och hjälp, då många av dem finns i ensamhushåll. Gerontologi och geriatrik är två områden som försumrats i Sverige och kanske speciellt i vår region, varför vi efterlyser ett gerontologiskt centrum som också har möjlighet att ge råd och stöd i frågor rörande olika demenssjukdomar. Dessa ”anhörigsjukdomar” som har överförts till primärkommunernas vård- och omsorgsverksamhet måste ges prioritet i ett gerontologiskt centrum och inom psykiatrin.”

”Den allt mer avancerade sjukvård som görs i hemmen behöver stöd och direkta insatser från de vårdgivare som finns hos länssjukvården, varför vi efterlyser ett tydligt samarbete mellan primärkommunal vård och länssjukvård, både med personal och pengar. Den skatteväxling som senast gjordes är inte anpassad till den ”avancerade” hemsjukvård som idag görs. Vidare ser vi gärna att det blir möjligt att få hembesök av allmänläkare.

Den tekniska utvecklingen lovar mycket, men den måste göras i samarbete och samråd med vårdtagarna. Därför bör den tekniska utvecklingen ske i samarbete med primärkommunernas vård- och omsorgsverksamhet.”

¹³ Appar. Med appar menas vanligen ett litet tillämpningsprogram som användaren enkelt kan ladda ned och installera själv på en nyare mobiltelefon (en smartphone) eller på en surfplatta.

En av övriga synpunkter gäller bättre tillgänglighet. Med hjälp av förslagen i avsnitt 5 i denna rapport är målet att förbättra tillgängligheten.

Vidare vill man att hälsocentralerna bemannas med fast anställda läkare och sjuksköterskor. När det gäller denna synpunkt överensstämmer den med primärvårdens målsättning. Det stora beroendet av stafettläkare är helt och hållet en konsekvens av svårigheten att rekrytera fast anställda läkare till många hälsocentraler.

Utredningens synpunkt är att, från ett primärvårdsperspektiv bör eventuella kompetenscentrum för vissa specialiteter inte byggas upp inom primärvården. Om ett kompetenscentrum behövs bör det finnas inom specialistvården.

6.3.2 Geriatriskt stöd

Genom inrättande av ett *geriatriskt stöd*, har redan en kompetenshöjning inom geriatrik för personal i både Region Jämtland Härjedalen och regionens kommuner startats. Projektet samfinansieras av Region Jämtland Härjedalen och de åtta kommunerna i Jämtlands län. Syftet är att forma och utveckla länets geriatriska stöd. Geriatriskt stöd syftar i sin tur till att öka trygghet och självbestämmande för gruppen mest sjuka äldre och ökat stöd för personal som vårdar de mest sjuka äldre, vilket leder till mindre onödig sjukhusvård för målgruppen. Geriatriskt stöd verkar genom att finnas som ett lättillgängligt konsultativt stöd, genom att fungera som ett kompetenscentrum och genom att jobba med att förbättra samverkan mellan olika instanser som vårdar de mest sjuka äldre. Det geriatriska teamet som ger konsultativt stöd består av en läkare med dubbelkompetens inom allmänmedicin och geriatrik, specialistsjuksköterska inom vård för äldre, en dietist, samt en apotekare på 20 procent. Projektet är tidsbegränsat och det är viktigt att funktionen på något sätt finns i Region Jämtland Härjedalen även i framtiden.

6.4 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård SOU 2015:20

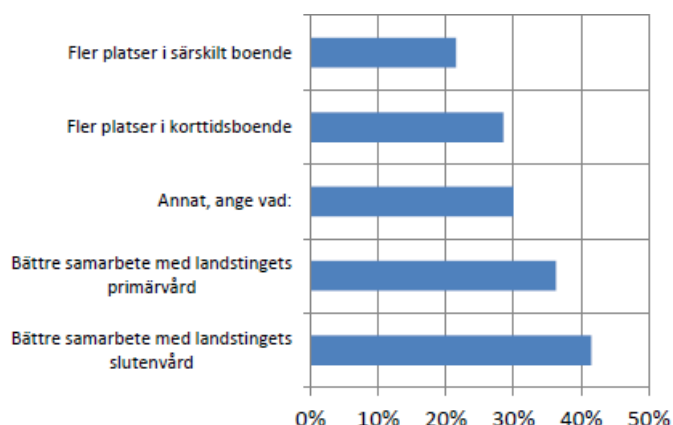
Nyligen har utredningen SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* presenterats. Utredningsförslagen kommer att få konsekvenser för öppenvården, framför allt inom specialistvården, men även i viss mån för primärvården. I utredningen sägs att "det samlade intrycket är att läkarmedverkan i patienternas vård utanför sjukhuset alltför ofta fungerar bristfälligt. Den kommunala hälso- och sjukvården och/eller hemtjänsten kan behöva snabb tillgång till läarkonsultation av läkare i primärvård eller annan öppenvård för att kunna göra adekvata bedömningar i en viss situation. När sådan konsultation inte lätt kan komma tillstånd, framförallt för väldigt sköra patienter kan kommunens personal bedöma att det är säkrare för patienten att vara kvar i slutenvården. Alternativt att patienten ska läggas in på nytt i slutenvård. Problemet har sannolikt stor effekt för risken för oplanerade återinläggningar."

I samband med utredningen av betalningsansvarslagen, genomförde Socialstyrelsen en enkätstudie bland landets alla kommuner som presenteras i betänkandet SOU2015:20. En av enkätfrågorna handlade om vad kommunerna uppfattade att man behövde för stöd/ändrade

förutsättningar för att tidigare än idag kunna ta emot utskrivningsklara patienter. Över 35 procent¹⁴ av de tillfrågade nämnde ett bättre samarbete med landstingets primärvård.

Bild 6.1 Svar på enkät i SOU 2015:20

Diagram 6.1 Vad behövs för att snabbare än idag kunna ta emot patienter som är bedömda som utskrivningsklara?



I utredningen lyfts brister fram som att ”primärvården har svårt att klara uppdraget som första linjens vård, det råder brist på allmänläkare, öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg – många patienter söker sig till akuten istället. Primärvården erbjuder i jämförelse med andra länder en låg grad av kontinuitet för patienten.”

En konsekvens av utredningen är att primärvårdens/öppenvårdens övertagande av det medicinska ansvaret för sköra patienter måste säkras. ”När patienterna lämnar slutenvården övergår det medicinska ansvaret för patienten till annan enhet, läkare vid vårdcentral eller läkare i öppenvård.” Den nya lagen planeras träda ikraft den 1 juni 2016.

6.4.1 Läge/konsekvenser för primärvården

Arbete pågår nu inom Region Jämtland Härjedalen med att ta fram rutiner för hur samverkan och överlämnande av ansvaret från slutenvården ska ske.

6.5 Jämlik och jämställd vård

Vid analyser av om vården är jämlik, brukar sju definierade *diskrimineringsgrunder* användas:

- Kön
- Sexuell läggning
- Könsidentitet eller könsuttryck
- Etnisk tillhörighet
- Religion
- Funktionsnedsättning

¹⁴ De fem svar som fått högst procentandelar har här klippts ut från det ursprungliga diagrammet i SOU 2015:20 sid 150.

- Ålder

Även socioekonomisk status brukar ingå som en analysfaktor i arbete med att åstadkomma en mer jämlik vård.

Jämställdhet är en del av *jämlikhet*. Eftersom genusperspektivet skär genom alla de övriga diskrimineringsgrunderna, brukar särskilt fokus läggas på jämställdhet.

Forskning visar att patienter ofta och konsekvent behandlas olika, trots att vårdpersonal själva inte upplever att de ger olika behandling. Lågutbildade får t ex många gånger inte tillgång till det bästa läkemedlet. Myndigheten för vårdanalys menar i en studie¹⁵ att skillnader i olika befolkningsgruppers vård oftast beror vad som händer i själva vårdmötet. I studien definierades tre faktorer i vårdmötet som kan medföra *omotiverade*¹⁶ skillnader i vård mellan befolkningsgrupper:

- Anpassningar efter patienters skilda egenskaper och förutsättningar görs inte eller är otillräckliga
- Beslut om enskilda patienter fattas utifrån information som gäller på gruppnivå (generaliseringar)
- Omedvetet beteende med grund i normer och värderingar.

Åtta uppmätta skillnader¹⁷ studerades i Myndigheten för vårdanalys rapport:

- Geografiska skillnader i väntetid från remissdatum till specialistklinik till beslut om behandling mot lungcancer
- Geografiska skillnader i andel personer med alkoholdiagnos som gjort uttag av läkemedel mot alkoholberoende
- Män får oftare än kvinnor behandling med RAAS-hämmare efter hjärtsvikt
- Fler män än kvinnor anger att sjukvårdspersonal har berättat om biverkningar av deras läkemedel som de ska uppmärksamma
- Strokepatienter som är födda i Sverige får warfarin i högre utsträckning än patienter födda utanför EU
- Lågutbildade får warfarin vid stroke i mindre utsträckning än högutbildade
- Lågutbildade schizofrenipatienter får i större utsträckning än högutbildade två eller flera antipsykotiska läkemedel
- Psykiskt sjuka patienter med akut hjärtinfarkt behandlas inte med ballongutvidgning (PCI) i samma utsträckning som övriga patienter.

En viktig slutsats från Vårdanalys studie är att det är viktigt att utveckla vårdmötet så att vårdpersonalen i mötet med patienten anpassar samtalet efter patientens egenskaper och förutsättningar. Samtidigt är det viktigt att inte göra generaliseringar utifrån eventuella tidigare erfarenheter av befolkningsgruppen eller förväntningar om hur en person från en viss befolkningsgrupp är.

Anpassningar till patienten innebär ofta en anpassning av kommunikationen och att vårdpersonalen börjar tillämpa s k *normkritiskt tänkande*.

¹⁵ Rapport 2014:7 *En mer jämlik vård är möjlig*

¹⁶ *Omotiverade*, d v s skillnader som inte kan förklaras av medicinska eller behovsmässiga avvägningar.

¹⁷ Flera av dem hade tidigare visats i en rapport från Socialstyrelsen 2011, *Ojämna villkor för hälsa och vård*.

Mycket i samhället har utformats efter en norm, d v s efter hur människor förväntas fungera. Problemet är att förväntningarna grundar sig på en norm, som många inte passar in i. Ett normkritiskt förhållningssätt handlar om att reflektera över hur den egna positionen påverkar en i mötet med andra, och vilken norm man utgår från.

För att kunna arbeta mer normkritiskt behöver man granska sin egen verksamhet, vända på begreppen och inte förutsätta att det är den som är utsatt som ska förändra sig:

”Är det då patienten som är problemet eller är det kanske du och din verksamhet?”¹⁸

Det finns exempel från andra håll i landet på hur man medvetet kan arbeta med normkritiskt tänkande. Vid Skurups vårdcentral har man tagit fram en modell för en bättre sjukskrivningsprocess för både män och kvinnor, som kallas *Genushanden*. Varje finger i genushanden representerar ett område där kvinnor och män brukar få olika frågor i vården. Exempelvis tillfrågas ofta kvinnor om sin familjesituation, vilket mer sällan sker när det gäller mannen. Syftet med genushanden är att få medarbetarna att tänka tvärtom i vårdmötet. ”Om patienten hade haft ett annat kön, hade du tänkt annorlunda då?”

Bild 6.2 Modell *Genushanden*, Skurups vårdcentral



6.5.1 Läge/konsekvenser för primärvården

Enligt uppgift har alla arbetsplatser inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen fått utbildning i genushanden och syftet är att metoden ska användas inom hela primärvården.

6.6 Uppföljning av patienten efter behandling i specialistvården

I primärvården finns uppfattningen att patienter som har genomgått kirurgiska ingrepp eller annan mer omfattande behandling i specialistvården, som en huvudregel bör få sin uppföljning på samma klinik inom specialistvården som ansvarade för behandlingen. Detta bedöms vara mer

¹⁸ Från tidskriften *Främja Hälsa*, nr 1 2015, tema: Jämlik vård

effektivt då behandlande läkare redan känner till patientens hälsotillstånd och tidigare behandlingar. Patientsäkerheten bedöms bättre kunna upprätthållas.

Om patienten har en kronisk sjukdom som t ex kräver regelbundna kortvariga behandlingar, det kan röra sig om en injektion med jämna mellanrum, och bor långt ifrån Östersunds sjukhus bör målsättningen vara att denna uppföljande behandling kan ske vid patientens hälsocentral. Förutsättningen är att primärvården har kompetens eller kan ges den kompetens som krävs för att kunna tillhandahålla en patientsäker vård. För sådana fall är det viktigt att särskilda *primärvårdsövergripande* överenskommelser upprättas mellan primärvården och specialistvården (inte överenskommelser mellan enskilda hälsocentraler och sjukhusklinik).

Det kan tilläggas att, om Region Jämtland Härjedalen lyckas med att låta primärvården bli styrande i vården, som beskrivs i avsnitt 7.2, förutses systemets ekonomiska styrning i de flesta fall medföra att uppföljning av patienter som genomgått ingrepp inom specialistvården automatiskt tas om hand av specialistvården.

7 PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG

En verksamhet som fungerar enligt LEON-principen, lägsta effektiva omhändertagandenivå, medför lägre kostnader än specialiserad vård. Enligt många beräkningar medför vård som hanteras av primärvården lägre kostnader. Sverige har en mycket liten andel primärvård i en internationell jämförelse. Det har länge framförts som önskvärt att primärvården i Sverige borde utgöra en större andel av hälso- och sjukvården. Det är även en av de punkter som den nationella samordnaren Göran Stiernstedt nämner i det pågående utredningsarbetet om ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2015:20).

7.1 Primärvården som styrande i vården

I utredning SOU 2015:20 sägs att ” Ett självklart uppdrag för primärvården är att klara grundläggande medicinsk diagnostik och behandling för befolkningen. Ytterligare delar av uppdraget borde, som i en del andra länder, vara att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att agera ”grindvakt” för den specialiserade vården. Sådana roller tycks vara ovanliga i Sverige. Det har genom tidigare studier visat sig att investeringar i primärvård leder till lägre kostnader och bättre folkhälsa.”

Primärvården i Region Jämtland Härjedalen tar redan ett stort ansvar för vården, vilket den höga täckningsgraden¹⁹ på många hälsocentraler i regionen visar. Exempelvis Åre, Backe och Strömsunds hälsocentraler har en täckningsgrad på över 80 procent. Med nuvarande styr- och resursfördelningssystem finns dock inget ekonomiskt incitament för primärvården att göra mer. Primärvården upplever problem med att arbetsuppgifter läggs på primärvården, som inte definieras i uppdraget eller ersätts ekonomiskt. Ett annat problem som följer av nuvarande styr- och resursfördelningssystem är ibland långdragna diskussioner med specialistvården om var enskilda patienter ska vårdas. I denna rapport föreslås att:

¹⁹ Täckningsgraden definieras som andelen primärvårdsbesök av det totala antalet öppenvårdsbesök hos en given befolkning, i det här fallet antalet listade patienter per hälsocentral.

På försök, som ett pilotprojekt på en eller två hälsocentraler, föreslås primärvården bli styrande i vården. Projektet utvärderas sedan, innan beslut kan fattas om införande i hela hälso- och sjukvården, vilket i så fall får konsekvenser för hälsovalssystemet.

Åtgärden innebär att primärvården blir den som håller i pengarna, utför den vård som ligger inom primärvårdens kompetensområde och beställer specialistvård av specialistvården. Ett alternativ som delvis kan åstadkomma denna styrning, utan att primärvården håller i pengarna, är att ge primärvården *remissveto*. När primärvården bedömer att primärvårdens kompetens inte räcker för att ge patienten den vård som hen behöver, remitteras patienten till specialistvården. Specialistvården, d v s remissmottagaren ansvarar för att patienten omhändertas eller hänvisas till rätt klinik.

En normal utveckling över tiden är att högspecialiserad vård blir alltmer etablerad och övergår till att bli specialiserad, varefter den blir så vanlig och etablerad att den övertas av primärvården. Det är viktigt att denna utveckling inte bromsas upp. Genom utformningen av de regler som primärvården måste följa i pilotprojektet, går det att förhindra att så sker.

7.1.1 Pilotprojekt

Primärvården vill börja arbeta med styrmodellen i liten skala, i form av ett pilotprojekt på några få hälsocentraler. Ifall Region Jämtland Härjedalen kommer fram till att styrmodellen ska genomföras i hela primärvården, kommer detta att få betydelse för hälsovalet. Av detta skäl måste modellen prövas med en sidoordnad uppföljning, i form av en ”skuggbudget”. Den måste senare utvärderas och eventuellt justeras, om modellen ska kunna överföras på hela regionens hälso- och sjukvård. Ett viktigt syfte med det inledande pilotprojektet är att kunna utveckla ändamålsenliga, rättvisa och effektiva ersättningsformer så att modellen verkligen får den styrande effekt som eftersträvas. För att förhindra att ersättningsmodellen medför ökad administration, kommer IT-stöd att behöva utvecklas. Dessutom krävs informations- och utbildningsinsatser, så att alla de medarbetare som arbetar direkt i vården blir medvetna om de ekonomiska konsekvenserna av sina beslut.

7.2 Flödesscheman ett sätt att tydliggöra primärvårdsuppdraget

De flödesscheman för olika vårdprocesser som beskrivits tidigare i rapporten kan även fylla syftet att konkretisera primärvårdsuppdraget för olika hälsoproblem eftersom de beskriver de kriterier som ligger till grund för bedömningen av när en patient ska remitteras till specialistvården.

7.3 Konsekvens- och riskanalys

7.3.1 Fördelar

Fördelarna med primärvården som styrande i hälso- och sjukvården är flera:

För primärvården blir incitamentet ännu större att göra så mycket som möjligt för patienten. Om primärvården genom **satsningar på förebyggande vård** kan förhindra att patienten blir sjuk eller att patientens sjukdomstillstånd försämras, räcker primärvårdens resurser till mer.

För de hälsotillstånd som primärvården inte har kompetens och resurser att behandla, remitteras patienten till specialistvården, eller specialist kontaktas via distansoberoende teknik så att primärvården fortfarande är platsen för specialistbesöket. Med primärvården som styrande förutses **mindre tid läggas på diskussioner om var en patient ska behandlas**.

Arbetet som distriktsläkare blir mer omväxlande och utvecklande med ett bredare uppdrag. Enligt uppfattningar hos många distriktsläkare, skulle ett sådant system **höja statusen för allmänläkarspecialiteten** och göra det **lättare att rekrytera läkare till primärvården**. Om det blir lättare att rekrytera läkare till primärvården behöver inte regionen anlita stafettläkare i lika stor utsträckning, vilket leder till minskade kostnader.

7.3.2 Nackdelar och möjlig hantering

En fråga som har kommit upp är om det finns **en risk för att primärvården skickar patienter till specialistvården i för liten utsträckning**, ifall primärvården blir styrande i vården?

Utredningen bedömer dock inte att det är någon risk, eftersom det **finns fungerande kvalitetsledningssystem inom primärvården** i form av t ex avvikelshantering, patientsäkerhetsarbete, logkontroller, journalgranskning mm.

Ett viktigt syfte med att låta primärvården bli styrande i vården är att styra vården mot en lägsta effektiva omhändertagandenivå. Enligt ett beslut i fullmäktige²⁰, som är en anpassning till den nya Patientlagen, kommer patienten fr o m 2016-01-01 att ha möjlighet att ”inkomma med egen vårdbegäran för att söka öppen specialiserad och öppen högspecialiserad vård utan att vända sig till primärvården först”. Även vid en egen vårdbegäran avgör alltid det medicinska behovet prioriteringen av vården. Patienten kan därför få vänta längre på en läkartid vid inlämning av en egen vårdbegäran, än om hen accepterar tid hos den yrkeskategori som personalen på *Kontakt primärvård* föreslår. Om **egen vårdbegäran** skulle nyttjas i större omfattning, **minskar det möjligheten** för Region Jämtland Härjedalen **att styra hälso- och sjukvården mot lägsta effektiva omhändertagandenivå**.

8 PRIMÄRVÅRDENS ORGANISATION

Organisationen bör utformas så att den stöder de arbetssätt och vårdflöden som beskrivits i tidigare avsnitt. Dessutom bör den vara anpassad till de behov som olika medborgargrupper har och tillgång till vård på rimligt avstånd.

²⁰Regionfullmäktigebeslut 2015-04-14—15, § 36, RS/219/2015

8.1 Yttre struktur

8.1.1 Befolkning

Det finns skillnader i ålderssammansättning och könsfördelning mellan olika kommuner i regionen. Det är framför allt när det gäller andelen över 65 år som skillnaden är stor. Ragunda kommuns procentuella andel över 65 år är mer än 10 procentenheter högre än i Åre kommun. De allra yngstas andel av befolkningen varierar inte alls lika mycket, från 3,7 till 7 procent. Könsfördelningen i länet innebär att det finns fler män än kvinnor i alla kommuner utom i Östersund.

Det saknas uppgift om hur många i regionen som identifierar sig inom ramen för HBTQ. RFSL uppger på sin hemsida att antalet med HBTQ-identitet uppskattas till mellan 5-10 procent av den vuxna befolkningen enligt undersökningar som gjorts i andra länder i Västeuropa och i USA. För befolkningen i region Jämtland Härjedalen motsvarar det ca 6 300 till 12 700 personer.

Tabell 8.1 Befolkningen i Jämtlands län per 2014-12-31

	Befolkning			Antal 0-4 år			Andel	Antal över 65 år			Andel
	Kvinnor	Män	Summa	Flickor	Pojkar	Summa	0-4 år	Kvinnor	Män	Summa	över 65 år
Ragunda	2 668	2 772	5 590	126	133	259	4,6%	801	770	1 571	27,4%
Bräcke kommun	3 089	3 374	6 885	133	119	252	4,0%	890	893	1 783	25,1%
Krokoms kommun	7 127	7 521	14 535	455	476	931	7,0%	1 493	1 518	3 011	18,8%
Strömsund	5 736	6 137	12 185	297	280	577	4,0%	1 736	1 631	3 367	26,1%
Åre kommun	5 127	5 428	10 274	275	284	559	5,7%	957	956	1 913	17,2%
Bergs kommun	3 406	3 661	7 352	138	166	304	4,5%	996	982	1 978	25,8%
Härjedalen	4 902	5 322	10 454	179	226	405	3,7%	1 506	1 417	2 923	26,5%
Östersund	31 018	29 477	59 416	1700	1785	3 485	5,9%	6 943	5 465	12 408	18,9%
Summa regionen	63 073	63 692	126 691	3 303	3 469	6 772	5,3%	15 322	13 632	28 954	22,9%

Det saknas statistik²¹ över hur många samer det finns i regionen. I hela Sverige brukar man uppskatta antalet till mellan 20 000 och 40 000 personer. I regionen, inklusive Dalarna, finns ca 360 renägare i 12 samebyar, men de flesta samer arbetar inte med renskötsel. I region Jämtland Härjedalen registrerade sig 553 personer till det senaste sametingsvalet. Troligen finns det ytterligare flera tusen samer i regionen. I regionplan för Region Jämtland Härjedalen anges att de nationella minoriteternas specifika behov ska beaktas vid prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Målen återfinns i Region Jämtland Härjedalens handlingsplan för nationella minoriteter (LS/1292/2014). Från och med hösten 2015 kommer Strömsunds hälsocentral att ha ett särskilt regionövergripande uppdrag för att stärka kompetensen och utveckla tillgängligheten för samiska patienter. Arbetet ska ske i samverkan mellan Region Jämtland Härjedalen, Samisk nationalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) och Västerbottens läns landsting.

Av befolkningen i region Jämtland Härjedalen är 8,7 procent utrikes födda. Något större andel, 9,6 procent, av kvinnorna i länet var utrikes födda 2014, medan motsvarande procentsats för männen var 7,8 procent.

²¹ Enligt samerna.se

Tabell 8.2 Utrikes födda folkbokförda i Jämtlands län per 2014-12-31

	0-4 år		5-64 år		65+ år		
	Flickor	Pojkar	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Summa
Ragunda	6	7	272	203	55	38	581
Bräcke	5	2	311	307	55	45	725
Krokom	9	12	470	402	74	51	1 018
Strömsund	10	10	616	506	100	51	1 293
Åre	17	8	466	409	87	45	1 032
Berg	9	10	238	213	28	28	526
Härjedalen	5	9	430	403	76	51	974
Östersund	49	45	2 336	1 954	320	172	4 876
Summa	110	103	5 139	4 397	795	481	11 025

Det finns flera aspekter hos befolkningen som påverkar vårdbehovet. Från rapporten *Hälsa på lika villkor*²² framgår att hälsan i regionen är ojämnt fördelad mellan könen utifrån socioekonomi, funktionsnedsättningar, samt sexuell läggning. Andelen med övervikt och fetma i regionen har ökat. Hälsan har blivit bättre bland de äldre i befolkningen, men de har blivit fler varför det inte märks i form av minskad efterfrågan på vård. Någon motsvarande hälsoförbättring i den yngre delen av befolkningen syns inte, i synnerhet gäller det psykisk ohälsa bland unga kvinnor.

Care Need Index är ett viktat index sammansatt av sex olika variabler, som delvis täcker in tabellerna ovan och de socioekonomiska faktorer som nämndes i *Hälsa på lika villkor*. De ingående variablerna är:

- Ålder över 65 år och ensamboende
- Ålder yngre än 5 år
- Ensamstående föräldrar med barn till och med 17 år
- Lågutbildade 25-64 år
- Arbetslösa eller i åtgärder 16-64 år
- Personer födda i Öst- eller Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Latinamerika
- Personer 1 år eller äldre som flyttade in i området

Region Jämtland Härjedalens genomsnittsvärde på CNI-indexet är 1,0. Det finns hälsocentraler med listade patienter som når ett högre värde än 1,0. Det innebär att befolknings-sammansättningen visar på ett större vårdbehov än genomsnittet. Exempel på sådana hälsocentraler är Z-gränd som har högst värde med 1,186 och Strömsund med 1,163. De hälsocentraler som har lägst värden är Åre med 0,831 och Krokom 0,835. I kapiteringen, d v s den fasta ersättning per listad patient som varje hälsocentral får, tas hänsyn till varje hälsocentrals CNI-värde.

Förutom de invånare i region Jämtland Härjedalen som ingår i SCBs befolkningsstatistik, fanns per oktober 2014 nära 2 000 kvotflyktingar, anknytningsinvandrare, asylsökande och ensamkommande barn och ungdomar på olika orter runt om i regionen. I anslutning till asylboendet i Grytan finns en särskild flyktningmottagning som har ett regionövergripande ansvar för primärvård till dessa grupper.

²² Rapport om resultaten från en folkhälsoenkät utförd 2014 i region Jämtland Härjedalen, RS/596/2015.

Bland primärvårdens patienter kan flera grupper urskiljas beroende på *vårdbehov* och *vårdkostnader*. En sådan grupp är ”mångbesökarna”. Enligt en analys av Forum för välfärd²³ visar t ex vårdkonsumtionsdata för primärvården i Södertälje kommun att 10 procent av patienterna står för 50 procent av den konsumerade primärvården. Gruppen av patienter som hade minst sju primärvårdsbesök under 2013 – patienter som allmänläkarna identifierade som ”mångbesökare” – gjorde mellan 14 och 20 besök årligen. Potentialen för att minska en del av primärvårdens kostnader, genom förbättringar och effektiviseringar av vården för denna grupp, är därför stor. Människor med *kroniska sjukdomar* är en betydande del av denna grupp. Enligt den europeiska kommissionen uppskattas mer än 80 procent av alla européer över 65 år ha åtminstone en kronisk sjukdom. Denna åldersgrupp beräknas bli allt större de närmaste decennierna.

8.1.2 Geografi

De geografiska avstånden till närmaste hälsocentral och hur bebyggelsen fördelas över regionen är andra faktorer som har betydelse för hur primärvården kan eller bör organiseras.

I region Jämtland Härjedalen bor 59 procent av befolkningen i en hälsocentralsort. De övriga 41 procenten, d v s 56 807 personer, har ett avstånd på grovt uppskattat mellan 8 och 39 kilometer till närmaste hälsocentral. Det ger ett viktat genomsnitt på 17,5 kilometer, d v s nästan 57 000 personer har i genomsnitt nästan 2 mil till närmaste hälsocentral. I en Sverigejämförelse är det långt.

²³ Från artikel i DN 150629 <http://www.dn.se/debatt/att-hitta-mangbesokarna-ar-nyckeln-till-effektivare-vard/>

Tabell 8.3 Befolkningen i Jämtlands län, boendestruktur i förhållande till hälsocentral, samt CNI

	Antal		Antal km till HC		Procent boende utanför HC-ort	Snitt-km till närm- aste HC	Care Need Index
	Antal i HC-ort	utanför Listade patienter HC-ort	från tätort/ småort utanför HC-ort				
Åre kommun							
HC Åre	1 417	3 217	4 644	13	71%	12,7	0,831
HC Järpen	1 408	3 736	4 330	12			1,108
HC Hallen	203	293	1 503	17			0,845
DSK-mott Mörsil	686			11			
Bergs kommun							
HC Svenstavik	1 004	4 449	3 923	38	83%	32,1	1,066
HC Myrviken	239	1 660	3 315	16			0,873
DSK-mott Storsjö Kapell	241			108			
Bräcke kommun							
HC Bräcke	1 696	4 586	4 747	25	69%	25,2	1,111
HC Kälarne	451	152	1 414	30			0,961
DSK-mott Gällö	725			24			
Krokoms kommun							
HC Krokoms	2 277	10 139	10 030	13	78%	13,9	0,835
HC Föllinge	601	344	1 543	39			0,916
Hälsorum Offerdal	379	794	2 255	14			0,855
DSK-mott Röt Viken	68			61			
DSK-mott Ås	1 218			15			
Ragunda							
HC Hammarstrand	1 052	3 310	3 828	18	69%	19,8	1,130
HC Stugun	659	569	1 254	31			1,018
DSK-mott Bispgården	797			23			
Strömsund							
HC Ström	3 589	2 767	4 750	8	48%	14,0	1,163
Nya närvården	667	654	5 289	37			1,107
HC Backe	660	1 431	1 378	16			1,112
Nya närvården	974	770		9			
Närvården Frostviken	442	231	800	27			0,940
Härjedalen							
HC Sveg	2 547	3 888	5 869	29	59%	24,5	1,106
Fjällhälsan Hede	799	1 819	2 355	14			1,007
HC Funäsdalen	890	510	2 102	27			0,877
DSK-mott Ytterhogdal	598			60			
Östersund							
HC i Östersundsomr.	43 000	4 318	48 138	11	19%	10,1	
HC Odensala			15 052				0,995
HC Lugnvik			7 562				0,953
HC Z-gränd			12 627				1,186
HC Frösön			12 897				0,921
HC Brunflo	3 890	3 684	9 788	11			0,993
HC Lit	1 040	1 932	3 655	12			0,864
Flyktingmottagning				10			
Torvalla hälsomottagn	0	1 552	0	3			
Summa regionen	74 217	56 807					

8.2 Inre struktur

8.2.1 Storlek på hälsocentraler

Odensala hälsocentral har nu ca 15 000 listade patienter, att jämföra med den minsta landstingsdrivna hälsocentralen i Backe²⁴ som endast har ca 1 500 listade patienter.

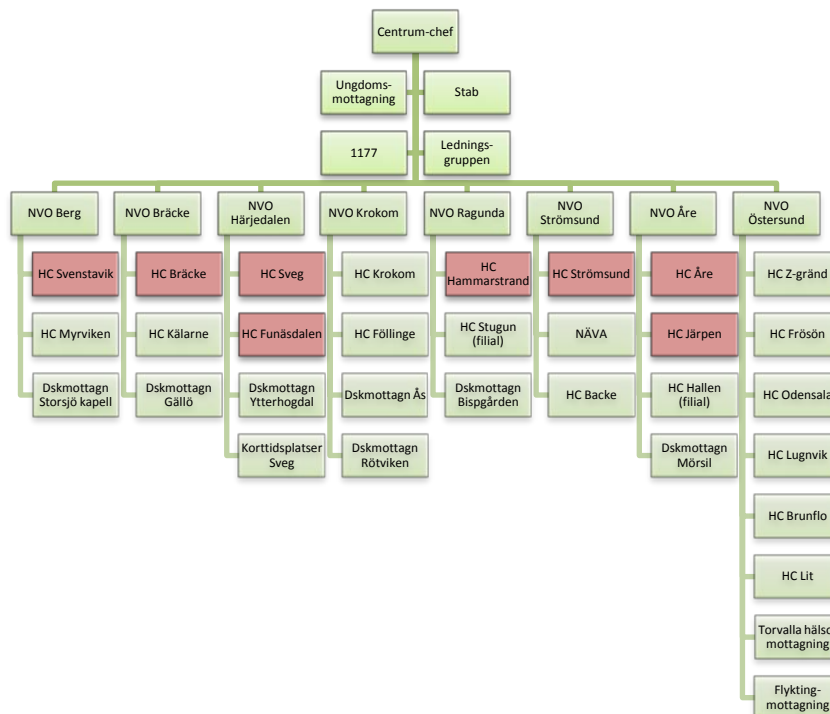
En analys²⁵ av den patientupplevda kvaliteten i primärvården visar att mottagningar med **ett större antal listade patienter tenderar att ha lägre patientupplevd kvalitet**.

Analysen baseras på information som omfattar en tredjedel av alla hälsocentraler i Sverige, hämtad från Nationell Patientenkät i primärvården hösten 2010.

Större hälsocentraler innebär i vissa avseenden stordriftsfördelar, då gemensamma funktioner som laboratorier, reception m m kan delas av många medarbetare. Men från ett patient- och medarbetarperspektiv är det alltså viktigt att den enskilda arbetsplatsen inte blir för stor. Det finns dock inget som hindrar att flera arbetsenheter, med lagom antal medarbetare i varje, lokaliseras till en och samma större byggnad för att uppnå samordningsfördelar.

8.2.2 Organisatorisk indelning

Bild 8.1 Struktur inom primärvården i Region Jämtland Härjedalen



²⁴ För övrigt utsedd till Årets hälsocentral 2014.

²⁵ Rapport 2012:1 *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?*, Myndigheten Vårdanalys

Nuvarande struktur av primärvårdsenheter innebär att det finns minst en fullständig hälsocentral²⁶ i var och en av region Jämtland Härjedalens kommuner. De hälsocentraler, i bilden över primärvårdsstrukturen i regionen, som har röntgenutrustning är rödmarkerade. Om primärvårdens uppdrag kan breddas, genom att göra primärvården styrande i vården, skulle vissa hälsocentraler kunna utrustas med ytterligare utrustning, t ex ultraljud.

Förslaget i rapporten, att standardiserade flödesscheman ska tas fram för de flesta vanliga symtom, kan medföra att fler ohälsoproblem kommer att tas om hand av andra yrkesgrupper än läkare. I kombination med behovs- och kapacitetsplanering, kan det leda till krav på en något förändrad sammansättning av bemanningen på olika primärvårdsenheter. Det är först när detta arbete gjorts, som det blir möjligt att fastställa om bemanningen på varje enskild enhet, där någon form av primärvård bedrivs, motsvarar den som krävs för att motsvara kriterierna för en hälsocentral, en hälsofilial eller distriktssköterskemottagning.

Med hänsyn till antalet listade patienter per hälsocentral, går det dock redan nu att säga, att det även i fortsättningen kommer att finnas ***minst en fullskalig hälsocentral i varje kommun.***

Utredningen föreslår att några hälsocentraler får särskilda uppdrag, vilket innebär att de får en viss profil. **En hälsocentral i regionen** ska få ett uppdrag med särskilt ansvar för **utbildning, utveckling och forskning**, både för att göra primärvården till en mer attraktiv arbetsgivare och för att utveckla verksamheten.

Om så krävs, ska olika enheter inom primärvården anpassas bemannings- och utrustningsmässigt efter införande av standardiserade vårdförlopp och primärvården som *styrande* i vården.

Det ska finnas minst en fullskalig hälsocentral i varje kommun.

En hälsocentral i regionen ska få ett uppdrag med särskilt ansvar för utbildning, utveckling och forskning.

8.2.3 Ny funktion *Kontakt primärvård* för "en väg in via telefon"

I denna rapport föreslås i avsnitt 5.1 att alla telefonsamtal från allmänheten ska gå till ett enda nummer. Tanken är att regionen ska inrätta en *funktion* för att ta hand om samtal som tills vidare har arbetsnamnet *Kontakt primärvård*. Liknande funktioner finns på andra håll i landet.

I Västra Götalandsregionen t ex har ett gemensamt nummer skapats in till psykiatrisk vård - *Kontaktpunkten*. Personal med stor erfarenhet från psykiatrisk vård har samlats i en enhet som tar hand om alla inkommande samtal från allmänheten. Statistik från deras verksamhet visar att av 800 samtal kopplades 100 vidare till öppenvårdsmottagningarna, övriga 700 samtal hanterades av Kontaktpunkten. När patienter ringer för att få tala med sina egna kontaktpersoner, skickar den

²⁶ Enligt uppdragsspecifikation i *Förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län 2015*.

som svarar på Kontaktpunkten ett meddelande till berörd kontaktperson och informerar om att "X undrar över...". Sedan kan den person som söks på kliniken ringa upp patienten så snart det blir tillfälle. I arbetet ingår också att åsätta olika ärenden olika prioritet, vilket innebär att de patienter som har störst behov får hjälp snabbast. I Kontaktpunkten i Västra Götaland ingår i personalens uppgifter att ta hand om så många ärenden som möjligt för att avlasta öppenvårdsmottagningarna. En del av de ärenden de får ta hand om handlar om tidsbokning/ändring, förnyelse av recept och intyg, sjuksköterskerådgivning, frågor om vårdbegäran (remisser), ta emot synpunkter och klagomål, lämna allmän information.

Det händer att patienter efterlyser intyg som de inte fått, recept som inte förnyats mm. Sådant som inte blivit gjort kan t ex bero på att ärenden blivit liggande när någon blivit sjukskriven på en öppenvårdsmottagning. Sådan fångas ofta upp i Kontaktpunkten, vilket leder till en förbättring av patientsäkerheten.

För primärvården i Region Jämtland Härjedalen finns flera olika sätt att organisera den beskrivna funktionen *Kontakt primärvård*. Mest flexibelt och minst krävande i form av omställningar, är att utbilda och låta personal ute på hälsocentralerna använda en del av sin arbetstid till att bemanna funktionen, samt bemanna upp med ytterligare personal under de perioder då trycket på att få kontakt med vården är stort. Ett annat alternativ är att inrätta en organisatorisk enhet för att ta emot inkommande samtal, där medarbetarna är fysiskt samlade. För att komma igång med "en väg in" utan stora fördröjningar, rekommenderar utredningen att det första alternativet eller någon liknande variant genomförs, åtminstone i ett första steg.

De privata vårdgivarna i regionen bör ges möjlighet att nyttja *Kontakt primärvårds* tjänster.

8.2.4 Särskilt anpassad hälsocentral i Östersund för personer med funktionsnedsättning

Totalt i regionen har *Barn- och ungdomshabiliteringen*, *Neuropsykiatri för barn och ungdom* samt *Vuxenhabiliteringen* ca 1 200 patienter med en åldersfördelning enligt nedan:

Tabell 8.4 Patienter inom specialistvården i region Jämtland Härjedalen med funktionsnedsättning fördelade på åldersgrupper

Antal patienter	Kvinna	Man	Total
Ålder	459	767	1226
00-06	90	144	234
07-19	231	477	708
20-64	145	164	309
65-74	4	4	8

Patienterna är fördelade på kommunerna i regionen enligt nästa tabell. Eftersom varje regioninvånare kan lista sig vid valfri hälsocentral är det dock inte säkert att dessa patienter är listade på hälsocentraler i samma kommun som de är folkbokförda i.

Tabell 8.5 Patienter inom specialistvården i region Jämtland Härjedalen med funktionsnedsättning fördelade på de kommuner som patienterna är folkbokförda i

Folkbokförda i kommun	Kvinna	Man	Totalt
2303 - Ragunda	18	30	48
2305 - Bräcke	20	45	65
2309 - Krokom	48	97	145
2313 - Strömsund	43	64	107
2321 - Åre	39	41	80
2326 - Berg	23	38	61
2361 - Härjedalen	19	56	75
2380 - Östersund	249	395	644
Andra län	7	6	13
Ej folkbokförda i Sverige	4	10	14
Totalt	470	782	1252

Ett flyttmönster som har pågått under en tid är att ungdomar flyttar till Östersund för att gå på särgymnasium och sedan ofta blir kvar i Östersund.

Ett önskemål från föreningar som företräder dessa patientgrupper är att en hälsocentral i Östersundsområdet anpassas till deras särskilda behov. Framför allt handlar det om att personalen där får särskild utbildning i bemötande, möjlighet att använda sig av särskilda IT-lösningar, bildspråk och liknande. Men önskemålet gäller även t ex utformning och inredning av väntrum. Denna utrednings främsta syfte är att hitta åtgärder för att sänka kostnaderna. Därför föreslås inte några större ombyggnationer, utan i första hand åtgärder för att anpassa bemötande och kommunikation. Personalen i primärvården behöver ha kunskaper om och kompetens i hur personer med funktionsnedsättningar ska bemötas för att dessa patienter ska kunna tillgodogöra sig vården på bästa sätt.

En hälsocentral i Östersundsområdet ska bli ett kompetenscentrum för primärvården ifråga om anpassat bemötande av personer med funktionsnedsättningar.

Kontinuitet är extra viktig för denna patientgrupp. Därför måste en målsättning vara att de i ännu högre grad än andra patientgrupper ges möjlighet att ha kontakt med samma personer på sin hälsocentral över tiden.

I ett nästa steg föreslås en hälsocentral i varje kommun få förhöjd kompetens i bemötande av denna grupp genom kunskapsspridning från den hälsocentral i Östersundsområdet som anpassats till personer med funktionsnedsättningars behov.

8.2.5 Lättakut /snabbspår

Idén om ett snabbspår/lättakut eller liknande i Östersund återkommer med jämna mellanrum. Om tillgängligheten till primärvården i Östersund som en följd av åtgärderna i den här rapporten ökar kraftigt, bedöms behovet av en lättakut minska.

I viss utsträckning kan behovet dock kvarstå. På samma sätt som rådande trend i övriga Sverige, har besöken på akutmottagningen på Östersunds sjukhus ökat de senaste åren. Primärvården i Östersund haft stora tillgänglighetsproblem under samma period, vilket kan ha bidragit. En analys av patientflödet till akutmottagningen visar att det framför allt är de besök som tilldelats de lägsta prioriteringsgraderna ”grönt” (kan vänta, läkarkontakt inom 4 timmar), ”blått” (starkt begränsat behov av akutvård) och ”grått” (oprioriterat) som ökat. En hel del av dessa patienter skulle troligen kunna tas om hand av primärvården. Erfarenheten från akutmottagningen är dock att det har flera fördelar, inte minst från en arbetsmiljösynpunkt²⁷, att hjälpa dessa patienter direkt på akutmottagningen. En eventuell lättakut i anslutning till akutmottagningen skulle därför kunna utgöra en del av de förändringar som behövs för att förbättra akutflödet. Att hitta en lösning för att hantera detta patientflöde, kommer att ingå i paketet om akut omhändertagande i *Långsiktig utvecklingsplan för en god ekonomisk hushållning* och blir därför inte föremål för förslag här.

8.2.6 Slutenvårdsplatser i primärvården

Region Jämtland Härjedalen har två enheter som har slutenvårdsplatser – NÄVA vid Strömsunds HC och de slutenvårdsplatser som finns på Sveg HC och drivs av Härjedalens kommun. Behovet av slutenvårdsplatser som kan hantera en vårdtyngd som är högre än på korttidsboende, men lägre än på Östersunds sjukhus är svårt att fastställa. Utredningen anser att det är för tidigt att avgöra vilken roll denna vårdform bör ha i regionens hälso- och sjukvård. Det kan vara så att det skulle vara värdefullt att ha flera slutenvårdsplatser, för att avlasta Östersunds sjukhus. Men det kan finnas alternativ, i form av mer samverkan mellan primärvården, specialistvården och kommunernas hemtjänst med hjälp av distansoberoende teknik. Ett arbete pågår i regionen om hur hälso- och sjukvården ska anpassas till förändringar i betalningsansvarslagen, där detta slags frågeställningar ingår. Denna utredning avstår från att lämna förslag på förändringar när det gäller slutenvårdsplatser i primärvården.

9 LEDNINGSTRUKTUR OCH RESURSFÖRDELNING

9.1 Ledningsstruktur

En chef måste ges organisatoriska förutsättningar, som lämnar tillräckligt med tid för att kunna utöva ett närvarande ledarskap. Ansvarsområdena för varje chef blir ofta betydande, med medicinskt ansvar, samordningsansvar m m. Många kontaktytor och ansvarsområden gör det svårare för en chef att hinna vara närvarande på arbetsplatsen i tillräcklig omfattning.

Vilken storlek en arbetsplats bör ha för att fungera väl, är en fråga som diskuterats både vid utvecklingsdagar, vid dialogaftnar med olika personalgrupper och på ledningsgruppsmöten i primärvården. Ett önskemål från medarbetarna är att en hälsocentral, ur ett

²⁷ En hänvisning till en hälsocentral upplevs ofta som negativt både för personalen på akutmottagningen och för patienten, även om det skulle finnas tider att boka in på hälsocentralen, vilket det ofta inte gör. Det är dessutom ganska vanligt att patienterna, efter ett besök på hälsocentralen, senare återkommer till akuten med en röntgenremiss.

²⁸ I det här fallet alla de personer som en chef möter i form av andra chefer och medarbetare inom organisationen, hos kommuner och andra huvudmän och t ex patienter.

medarbetarperspektiv, bör bestå av 20-30 medarbetare. Förutsättningarna för att åstadkomma en god intern dialog upplevs bli bättre om arbetsplatsen inte är för stor.

Det finns också stöd i forskning²⁹ för att 20-30 medarbetare utgör en idealisk storlek på en arbetsplats. I region Jämtland Härjedalen uppgår bemanningen på den största hälsocentralen i varje kommun (Åre, Strömsund, Krokom t ex) till ungefärligen den övre gränsen på detta intervall. Varje närområdeschef ansvarar dock för ett större antal medarbetare än 30, eftersom hen både är områdeschef och verksamhetschef på en hälsocentral. Ur ett ledningsperspektiv är nuvarande ledningsstruktur, därför inte ändamålsenlig.

9.2 Resursfördelning

Nuvarande fördelning av pengar till olika enheter inom primärvården utgår från rådande kapiteringsregler. Reglerna för hälsovalet bestäms av fullmäktige vid junimötet varje år för påföljande år. I denna rapport ingår inte några förslag som bedöms få konsekvenser för kapiteringen..

10 PRODUKTIONS- OCH KAPACITETSPLANERING

Produktions- och kapacitetsplaneringen ska ge en bild av vilken slags vård som kommer att behövas över året och hur stor andel akuttider som behövs under olika delar av veckan och året. Framtagande av flödesscheman för olika symtom och diagnoser, i kombination med bedömningar av antal patienter som berörs för varje flödesschema, är ett av de underlag som behövs vid en produktions- och kapacitetsplanering.

Ett av resultaten från produktions- och kapacitetsplaneringen är att komma fram till hur många tider som ska släppas för bokning av *Kontakt primärvård* genom det gemensamma telefonnumret till primärvården, respektive vilka tider som de olika yrkesgrupperna ska reservera för exempelvis verksamhet tillsammans med andra huvudmän, t ex gemensamma möten med sjuksköterskor på särskilda boenden eller tillsammans med distriktssköterskor i hemsjukvården. Vissa tider ska även göras tillgängliga för bokning via internet. Verksamheten i de öppna distriktssköterskemottagningarna måste också kopplas ihop med denna planering.

Disponeringen av tidsbokningen är en balansgång. Kontroll av tidsbokningen har framkommit som en av de faktorer som anses avgörande för en god arbetsmiljö vid enkätundersökningar riktade till distriktsläkare. Därför är det viktigt att denna yrkesgrupp har ett inflytande på tidsplaneringen.

En synpunkt på tidsbokningen är att kort framförhållning orsakar extra arbete med telefonsamtal och bokningar. Om tider görs tillgängliga för bokning endast en vecka framåt i taget, blir veckan ofta snabbt fullbokad och vissa patienter tvingas ringa många gånger för att kunna boka in en tid på hälsocentralen.

²⁹ Forskningsrapport *Hälsa och framtid i kommuner och landsting*, Karolinska Institutet, Uppsala Universitet, Centrum för arbets- och miljömedicin Stockholms läns landsting

I den här planeringen är det även viktigt att komma fram till principer för fördelning av bokningar på olika läkare för att inte belastningen ska bli för ojämn.

En modell som tillämpas på vissa ställen är att fördela tiderna jämnt över samtliga läkare samtidigt som hänsyn tas till kontinuitetsprincipen, d v s att de patienter får träffa samma läkare, som är i störst behov av det.

Primärvården ska börja arbeta med produktions- och kapacitetsplanering.

11 BEMANNING

Den produktions- och kapacitetsplanering som baseras på framtagna flödesscheman för olika symtom och diagnoser, samt uppskattat antal patienter som berörs av varje flödesschema, är ett av underlagen för att komma fram till vilken bemanningsmix som behövs. En strävan är att nå ett mindre beroende av stafettläkare. För att det ska bli möjligt, behöver troligen fler från andra yrkesgrupper anställas på vissa hälsocentraler.

11.1 Attraktiv arbetsgivare

Primärvården har flera syften med att vara en attraktiv arbetsgivare:

- Behålla och utveckla befintlig personal
- Rekrytera ny personal
- Minska beroendet av stafettläkare

En arbetssituation som präglas av ständigt nya stafettläkare var och varannan vecka orsakar mycket extra arbete för övrig personal. Därför är primärvårdens förmåga att rekrytera långvarigt verksamma läkare en nyckelfråga. Undersökningar har gjorts om vad distriktsläkare anser vara viktigast för att uppnå en god arbetsmiljö.

11.2 Arbetsmiljö

11.2.1 Projektet *Den goda arbetsplatsen*

Under senaste åren har Svenska Distriktsläkarföreningen haft ett pågående projekt som kallas *Den goda arbetsplatsen*. Det som kommit fram utgår dels från Svenska Distriktsläkarföreningens enkätstudier, dels från aktuell forskning på temat arbetsmiljö och välfungerande arbetsplatser. Något som lyfts fram som särskilt viktigt är inflytande över arbetet, att arbetsbelastningen ses över, minskad stress, möjlighet till avgränsning, kontinuerlig fortbildning, systematiskt arbetsmiljöarbete och ett väl fungerande ledarskap³⁰.

³⁰ Källa: *Den goda arbetsplatsen*, Svensk distriktsläkarförening 2013

11.2.2 Rapport från Skånes universitetssjukhus

Förutom inflytande över arbetet, är inflytande över tidbok, rimlig tid för administration, avgränsat uppdrag, begränsat antal listade för befintliga distriktsläkare framgångsfaktorer enligt en rapport från Skånes universitetssjukhus. Man trycker också på att befintliga läkare bör skyddas från alltför höga krav eller arbetsbelastning, i syfte att behålla dem inom primärvården.

11.2.3 Så tycker ST-läkarna i primärvården i regionen

Cornelia Orhagen Brusmark, ST- läkare på Frösö hälsocentral genomförde 2014 en kvalitativ intervjustudie. Hon skriver att: "Studien ger en nulägesanalys av arbetsmiljöförhållanden för JLL:s ST-läkare i allmänmedicin och presenterar tänkbara förbättringsområden med förhoppning att materialet skall kunna användas vid diskussion kring nuvarande situation och möjliga åtgärder för att nå målsättningen om en välfungerande primärvård i JLL."

Analysen av intervjuerna utgår från flera teman, bl a förbättringsområden och faktorer som påverkar rekrytering.

I rapporten återges följande från intervjuerna: "Vikten av att trots bemanningssvårigheter och tung belastning kunna erbjuda **möjlighet till förbättringsarbete och utvärdering av det kliniska arbetet samt till internutbildning** påtalades ofta av de intervjuade ST-läkarna" ST-läkarna menade också att det var viktig att "... nyttja de olika personalkategorierna bättre... hänvisning **till korrekt vårdnivå/rätt vårdgivarkategori** vid första kontakt samt **minskad belastning av okvalificerade arbetsuppgifter på högutbildad personal**." Vidare framkom att "Flera av de intervjuade upplevde att man i verksamheten alltför ofta inte respekterade ST-läkarens speciella uppdrag och dess innehåll. Man ansåg att detta alltför ofta resulterade i en upplevd **för tung belastning och att vårdproduktion prioriterades**."

De intervjuade ST-läkarna hade följande förbättringsförslag:

- Tydligare riktlinjer från primärvårdsledningen.
- Säkra vårdkvalitet genom ökad bemanning.
- Arbeta för att behålla de läkare som finns i dag
- Värna om allmänmedicin i glesbygd bland annat med återinförande av AT i glesbygd.
- Förslag fanns även på specialistläkarmottagning i glesbygd och utbildning av sjuksköterskor för att handlägga specialiserad mottagning.
- Förbättra samarbete med ledning/ökat inflytande i verksamheten

För att **underlätta rekryteringen av läkare till primärvården** lyfte ST-läkarna fram följande förslag::

- Underlätta för arbetstagare (erbjuda färdiga koncept till presumtiva rekryter, särskilda modeller för anställning i glesbygd)
- Fokusera på det som är positivt i att arbeta som distriktsläkare i regionen
- Rekryteringsfokus på utbildningsläkare
- Stimulera "gröna öar", d v s de arbetsplatser som fungerar bra.
- Satsa på utlandsrekrytering och hemvändare

- Återinför AT i glesbygd

11.3 Rekrytering

11.3.1 Satsa på utbildningsläkare

God eller dålig arbetsmiljö handlar många gånger om ”goda” eller ”onda” cirklar. En faktor som ger en sämre arbetsmiljö och försvårar att åstadkomma en god arbetsmiljö, är om en hälsocentral inte lyckas bemanna centralen med tillräckligt många långvarigt verksamma läkare, d v s i första hand fast anställda läkare.

Att satsa på utbildningsläkare är en framgångsfaktor. Detta är även en åtgärd som primärvården i Region Jämtland Härjedalen satsat på. Ett alltför lågt antal fast anställda läkare och högt besökstryck på hälsocentralerna begränsar dock möjligheterna till större satsningar.

Ett annat exempel är Jönköpings län, där andelen ST- läkare ökade med 35 % under 2013, som ett led i en långsiktig satsning på att minska stafettläkarberoendet. Bland annat rekryteras läkare som går eller har genomgått läkarutbildning i andra EU- länder. I samband med det, har ett introduktionsprogram på *Landstingets centrum för utbildning* tagits fram. Som utlandsutbildad, har läkarstudenten samma formella kompetens, men inte lika mycket klinisk erfarenhet som den som gör svensk AT. I den 14 veckor långa introduktionen på Utbildningscentrum varvas introduktion med tjänstgöring på ”hemmavårdcentralen”.

I Svensk distriktsläkarförenings utgåva 2013 *Strategier för att öka antalet allmänmedicinska specialisläkare*, trycker man på att det är viktigt att primärvården **tidigt etablerar kontakt med medicinstuderande** och att man på olika sätt **lyfter fram yrket som specialist inom allmänmedicin och allmänmedicinsk forskning**. Det talas om tre steg; *rekrytera, behålla och utveckla*. Det är inte bara viktigt att rekrytera ST- läkare till primärvården utan också att erbjuda attraktiva praktikmöjligheter för medicinstuderande inom primärvården. God arbetsmiljö och goda möjligheter till kompetensutveckling är en grundförutsättning för att rekrytera och behålla läkare inom primärvården och för att utveckla verksamheten.

En satsning ska göras på rekrytering av distriktsläkare baserat på forskning och erfarenheter från andra håll i landet.

11.3.2 Illegitima arbetsuppgifter

I den studie bland ST-läkare som återgavs i avsnitt 12.1.3 nämndes en önskan om ”minskad belastning av okvalificerade arbetsuppgifter på högutbildad personal.” Okvalificerade arbetsuppgifter är en del av s k *illegitima* arbetsuppgifter. Det som läkare upplever som allra mest stressande vid en hög arbetsbelastning är just de illegitima arbetsuppgifterna. Med illegitima avses att de

- ligger utanför kärnarbetsuppgifterna
- inte uppfattas som viktiga för professionen, yrket eller befattningen,

- läkarresurser används till uppgifter som annan personal skulle kunna klara och som inte kräver läkares kompetens och utbildning.
- det kan även röra sig om uppgifter man uppfattar att de inte behöver göras.

Myndigheten för vårdanalys har gjort en analys av hur läkares tid och kompetens kan användas mer effektivt³¹. Deras slutsatser kan sammanfattas i fyra utvecklingsområden:

- **”Prioritera mellan administrativa krav.** Det behövs en prioritering där värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas. Det handlar både om patientrelaterad administration och om krav på mätning, redovisning och uppföljning.
- **Förbättra it-stöden.** Förbättrade it-stöd kan frigöra tid för läkare och annan personal. Läkare arbetar idag i it-system som inte upplevs användarvänliga och stödjande i arbetet i tillräcklig utsträckning. Läkare hanterar också många olika it-system, som inte alltid är kompatibla med varandra.
- **Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper.** Läkare skulle kunna ägna mer tid till patienter, och till mer avancerat patientarbete, om andra yrkesgrupper övertog arbetsuppgifter som inte kräver läkarkompetens. Det handlar om vissa administrativa uppgifter och viss vård och behandling som läkare utför som skulle kunna överlåtas till annan personal.
- **Optimera bemanningen utifrån patienternas behov.** Genom att i högre grad anpassa bemanningen efter patientströmmarna kan läkares tid användas mer effektivt. Idag planeras inte alltid läkares arbetstider efter en analys av patienternas behov, och möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte alltid.”

I arbetet med att ta fram flödesscheman, som föreslås i den här utredningen, ingår att aktivt försöka styra om arbetsuppgifter till andra än läkarna, i de fall det är möjligt. Även när det gäller administrativa arbetsuppgifter bör det vara möjligt att styra om en del av dessa till andra personalkategorier. Som ett exempel kan nämnas arbetet med att ta fram läkarintyg för sjukskrivning. Endast ca 50 procent av läkarintygen i landet bedöms klara godkänd nivå och icke godkända intyg som måste kompletteras leder till mycket merarbete för läkarna. På Sahlgrenska³² har man börjat med att låta arbetsterapeuter göra en bedömning av sjukskrivnas aktivitets- och arbetsförmåga. Det har lett till en kraftig ökning av antalet godkända läkarintyg av Försäkringskassan. Det beskrivna exemplet är inte tillämpligt på primärvården i Region Jämtland Härjedalen med nuvarande sammansättning av yrkeskategorier, eftersom det saknas arbetsterapeuter i primärvården. Principen skulle dock gå att använda för en analys av andra arbetsuppgifter.

En inventering av läkarnas arbetsuppgifter utanför patientarbetet ska göras för att undersöka om några arbetsuppgifter skulle kunna utföras av annan personal.

För övrigt är det viktigt att, som Vårdanalys påtalar, ”värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas”. Omfattande krav på mätning, redovisning och uppföljning tar tid från

³¹ Ur led är tiden - Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens 2013:9

³² <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Aktuellt/Nyheter/suNytt/Fler-godkanda-lakarintyg-nar-arbetsterapeuter-far-hjalpa-till-att-bedoma-sjukskrivnas-arbetsformaga/>

medarbetarna som skulle kunna användas till direkt patientarbete. Sådant som läkarna bedömer inte tillför verksamheten något, kanske kan prioriteras bort, om kravställarna informeras om hur mycket tid som går åt till att utföra dessa arbetsuppgifter.

11.4 Kompetensutveckling

11.4.1 Strukturerad internutbildning

Möjligheten till kompetensutveckling är en viktig faktor för att bli en attraktiv arbetsgivare. När det gäller internutbildning behöver primärvården börja arbeta på ett mer strukturerat sätt. Befintlig kompetens bör nyttjas utifrån prioriterade ärenden. Om exempelvis KOL-vården behöver förbättras, kan en utbildningsinsats göras av en primärvårdsanställd distriktsläkare samt en distriktsköterska med ett givet uppdrag. De gör ett utbildningspaket, planerar in och ordnar träffar på respektive hälsocentral i hela regionen. De ”serverar” alltså utbildning till respektive arbetsplats, vilket sannolikt medför att fler medarbetare på varje hälsocentral får utbildningen, då det går bort mindre arbetstid när man inte behöver resa iväg till utbildning på annan ort. Möjligheter finns även till mer samarbete med specialistvården för en förbättrad internutbildning. Dels kan specialister komma ut i primärvården för att hålla föredrag, dels skulle de kunna bidra till kompetensutveckling genom att då och då hålla specialistmottagningar ute på olika hälsocentraler.

Primärvårdens framtida kompetensutveckling borde ingå i en mer organisationsövergripande strategisk planering, där avvägningar kan göras kontinuerligt av behovet av kompetensutveckling beroende på personalförändringar och utvecklingen av ohälsa i regionen.

11.4.2 Yrkesutvecklare som deluppdrag

Många medarbetare inom primärvården har svårt att hinna med att själva bevaka vilka utbildningar som finns och vilka som är viktigast för att utveckla kompetensen inom yrket. Ett rationellare sätt att klara av omvärldsbevakningen vore att utse en person per yrkeskategori att ansvara för att driva på respektive professions yrkesutveckling. Förslagsvis avsätts 20% i tid, som utförs inom befintligt tjänsteutrymme med ett tillägg för uppdraget.

En medarbetare i primärvården inom varje yrkeskategori bör ges ett deluppdrag på viss procent av arbetstiden för att ansvara för respektive professions yrkesutveckling.

11.5 Ledarskap

I denna rapport lyfts behovet fram, att utveckla nya arbetssätt inom primärvården, att utforma flödesscheman för att standardisera större vårdflöden mm. Gemensamt för detta är att det handlar om utveckling och förändring. Hälso- och sjukvården kommer i framtiden i allt större utsträckning behöva genomgå kontinuerlig förändring för att anpassas till framväxt av nya patientgrupper, tillgång till olika yrkeskategorier, medicinskt teknisk utveckling etc. Ledarskapet spelar en viktig roll i ett fungerande förändringsarbete.

Den grundläggande framgångsfaktorn på värdeskapande ledarskap beskrivs i studie³³ vara organisationens värderingar och kultur, vilka speglar det ledarskap som bedrivs i organisationen. En Leaninspirerad organisation arbetar utifrån fokus på "*de vi är till för*" och värderingarna genomsyrar hela organisationen. En framgångsfaktor som skapar värde för patienter och medarbetare är att arbeta med *flödesperspektiv*. När alla ser sig som en del i vårdkedjan skapas helhetssyn. Värderingar och arbetssätt bör finnas i alla flöden på alla nivåer och samtliga medarbetare bör leva dessa med hela sitt hjärta.

Leaninspirerade organisationer prioriterar förbättringsarbete och skapar en förbättrings- och lärandekultur. En atmosfär med öppet klimat som inbjuder till kreativitet av ständigt lärande och som välkomnar förändring. Kulturen beskrivs vara att våga testa nya saker, ompröva och utan prestige misslyckas. Förbättringsarbetet ses som ett ständigt pågående arbete och en framgångsfaktor är att kontinuerligt återkoppla och ställa frågan varför förbättringen började och utvärdera om det gett det förväntade resultatet.

En framgångsfaktor är att organisationen ger **förutsättningar** för ledaren att arbeta på ett värdeskapande sätt. Det beskrivs vara att ha

- Patientfokus - dem vi är till för
- en gemensam och tydlig målbild,
- ett realistiskt och tydligt uppdrag
- möjlighet till stödfunktioner för att arbeta med utveckling, uppföljning och strategiska frågor.
- ytterligare stöd är att organisationen arbetar med överenskomna standardiserade arbetssätt.

Ett gott exempel är när det värdeskapande ledarskapet genomsyrar hela ledningsstrukturen från högsta ledning och ut till patienten. Ledarskapet beskrivs vara engagerat och närvarande, att ha öppen dörr och finnas på plats för att "*se med egna ögon*" hur det verkligen är. En framgångsfaktor är att arbeta med coachande ledarstil, att lita på medarbetarna, visa nyfikenhet och skapa dialog genom att efterfråga deras idéer och tankar utan att detaljstyra. Ledarens utmaning är att få medarbetarna att känna engagemang och uppleva känsla av sammanhang samt att skapa teamarbete och delaktighet hos alla.

³³ *Värdeskapande ledarskap/ Studie av framgångsfaktorer inom hälso- och sjukvård som arbetar Leaninspirerat*, I Eckerdal och I Gillberg, 2015.



Bild 11.1 Värdeskapande ledarskap



En stark framgångsfaktor handlar om ledarens prestigelöshet. Att våga se sina egna svagheter och vara öppen för att utveckla sitt ledarskap. En framgångsfaktor är att ha stor självkännet och att kontinuerligt efterfråga konstruktiv feedback. Att ställa sig frågorna; "Hur kan jag bli bättre? Kan jag ändra mig på något sätt?" samt att efterfråga stöttning i beteendeträning och mentorskap. Framgångsfaktorer på personliga ledaregenskaper är att vara ödmjuk, modig, tydlig, prestigelös, ha tålamod, vara lyhörd, samt inspirera och motivera.

Framgångsfaktorer som möjliggör för ledare att arbeta med värdeskapande ledarskap är organisationens värderingar och kultur, dess arbetsätt, de organisatoriska förutsättningarna samt värdeskapande ledare. Dessa kompletterar varandra och alla behövs tillsammans för att möjliggöra ett värdeskapande ledarskap. Organisationens värderingar och kultur bidrar med värderingar som genomsyrar hela organisationen. Arbetsättet och dess olika verktyg stöttar organisationen och dess ledare. De organisatoriska förutsättningarna behövs för att den värdeskapande ledaren ska kunna utföra ett värdeskapande ledarskap.

11.6 Jämställdhet bland medarbetare

11.6.1 Genusskillnader

Det framgår av forskning att många arbetsplatser inte är jämställda. I en rapport från Arbetsmiljöverket³⁴ tittade man på teknisk förvaltning och hemtjänst. Där konstaterades att det finns ett traditionellt genusmönster i båda verksamheterna, d v s mannen är norm och kvinnors arbete värderas lägre. Detta kan även överföras till hälso- och sjukvården.

³⁴ Projektrapport – Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning Rapport 2014:3

Undersökningen visar att

- chefer inom kommunens vård- och omsorg har fler medarbetare än chefer inom teknisk förvaltning
- arbetssituationen för chefer och medarbetare är mer pressad inom vård och omsorg än inom teknisk förvaltning
- man har mindre möjlighet att påverka den egna arbetssituationen inom vård- och omsorg
- resurserna är mindre inom vård- och omsorg
- fler kvinnor än män är sjukskrivna
- fler kvinnor än män tvingas sluta p g a hälsoskäl.

I en uppsats i omvårdnad, gjord av två distriktssköterskor, har yrkes- och *genusskillnader*³⁵ analyserats, som är av betydelse för arbetet på en vårdcentral.

Både kvinnliga och manliga läkares, respektive sjuksköterskors arbete är genuskodade. Det innebär t e x att man har högre förväntningar på att kvinnliga läkare ska utföra mer omvårdnad och kvinnliga läkare får sämre stöd från övrig personal. Man har olika förväntningar på kvinnliga och manliga sjuksköterskor, eftersom omvårdnad anses vara en mer kvinnlig egenskap. Som kvinnlig läkare påverkas man också av genusordningen. Man har ofta högre krav på sig själv; både inre och yttre. Många patienter önskar en kvinnlig läkare vid psykiska problem. Det medför en risk att kvinnliga läkare kan bli överbelastade av en ofta komplex problematik. På samma sätt som det talas om vikten av att skydda ordinarie läkare mot att bli överbelastade, måste genusperspektivet tillämpas för att vidta åtgärder för att hantera de kvinnliga läkarnas arbetssituation.

Slutsatserna i de två distriktssköterskornas uppsats, bekräftas av Annika Östling, facklig representant för Läkarförbundet. Hon visar på att olika förväntningar och stöd av annan personal, utifrån traditionella genusnormer, får negativa konsekvenser. Tidigare undersökningar visade på högre psykisk ohälsa och självmordsstäl hos kvinnliga läkare nationellt, samt högre ohälsotal. Enligt Läkarförbundet döljs en hel del sjukfrånvaro i uttag av jourkomp. Enligt Läkarförbundet arbetar kvinnliga medlemmar i genomsnitt 85 %.

Enligt Annika Östling är det viktigt att vara mer områdesstrikt, d v s att varje läkare är ansvarig för en hel områdespopulation. När patienten själv får välja läkare finns en tendens att kvinnliga läkare blir överbelastade med patienter som har psykiska och/eller sociala problem. Att vara ansvarig för ett område gör också att läkaren bibehåller sin breda kompetens, vilket är kärnan i arbetet.

Praktiska omständigheter kan också leda till skillnader i läkarrollen mellan kvinnliga och manliga läkare. Exempelvis byter kvinnliga läkare ofta om med distriktssköterskor och andra yrkesgrupper. Informella samtal kring arbetet sker då ibland, vilket påverkar läkarrollen och om möjligt förhållningssättet gentemot de kvinnliga läkarna

En övrig synpunkt är att det är viktigt med ett tydligt, avgränsat uppdrag som distriktsläkare.

³⁵ Definitioner: *kön* – biologiska skillnader, *genus* - socialt konstruerade skillnader

11.6.2 Diskriminering

Enligt en enkätundersökning 2013 genomförd av Sveriges yngre läkares förening, Sylf, upplevde var tredje underläkare diskriminering i dåvarande Jämtlands läns landsting. Rapporten visade att fler än hälften av de kvinnliga yngre läkarna upplevde att de hade blivit diskriminerade medan bara drygt sex procent av de yngre manliga läkarna gjorde det. Jämtlands läns landsting låg högt jämfört med andra län när det gällde diskriminering. Av materialet framgår inte hur det ser ut i primärvården.

Regionen har satt igång ett arbete för att hitta sätt att ständigt arbeta med värdegrunden. Det handlar om aktiviteter för hela organisationen, inte bara för underläkarna. Det har dessutom tagits fram ett material som är tänkt att användas på arbetsplatsträffar, men som få använder. Det är naturligtvis viktigt att regionen kommer till rätta med detta, då de yngre läkarna är de som framtidens vård ska bygga på. Ett projekt med uppdrag att arbeta med värdegrunden pågår.

12 VÄRDEGRUND

I regionfullmäktiges styrande dokument för regionens verksamhet – Regionplanen - uttrycks regionens värdegrund så här: ”Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för.”

En del av vardagsproblemen i regionens verksamhet är en följd av att man inte utgår från dem som hälso- och sjukvården är till för, d v s patienterna. Vid uppkomna problem, föreslagna förändringar och liknande, hamnar fokus många gånger på konsekvenser för personalen och arbetsplatsen. Styrningen av verksamheten, genom en budget som utgår från organisationen, inte patienten, bidrar till detta fokus. Det är mot denna bakgrund som diskussioner ibland uppstår om vilken enhet inom hälso- och sjukvården som borde behandla en viss patient.

För att bli lyfta fram patientperspektivet och få till ett bättre patientbemötande, har värdegrundsarbeten startats på många arbetsplatser i Region Jämtland Härjedalen. Under våren 2015 startades dessutom ett regionövergripande projekt för att arbeta med värdegrunden.

13 SAMMANFATTNING AV KONSEKVENSER UR OLIKA PERSPEKTIV

13.1 Jämlikhet, jämställdhet och barns rättigheter

Vid utformningen av standardiserade vårdflöden kan hänsyn tas till jämställdhetsaspekter. Förslagen i bifogade rapport förväntas leda till en mer jämlik vård för patienterna och därmed även för barnen, som en följd av förbättrad tillgänglighet och fler standardiserade vårdflöden.

13.2 Miljö

Förslagen i den här rapporten har som inriktning att så mycket som möjligt av vården ska ske i primärvården, nära patienten och med nyttjande av distansoberoende teknik. Som en viktig konsekvens förutses minskade sjukresor, vilket både leder till minskad belastning på miljön och minskade kostnader.

13.3 Regional utveckling

Hälsocentraler, samt hälso- och distriktssköterskemottagningar, utgör en väsentlig del av den offentliga service, som är så viktig i den regionala utvecklingen. Eftersom det kommer att bedrivas verksamhet på de platser där primärvård idag finns, förutses inte den regionala utvecklingen påverkas negativt. Med en välfungerande distansvård behöver en kronisk sjukdom inte upplevas som ett hinder för att bosätta sig på landsbygden.

13.4 Ekonomi

De föreslagna aktiviteterna i denna rapport måste genomföras innan det blir möjligt att göra mer tillförlitliga beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna. Det går dock redan i nuläget att visa på möjliga minskningar av primärvårdens kostnader under olika antaganden.

Flödesscheman, med mål att mer vård ska utföras på lägsta effektiva omhändertagandenivå, innebär att stafettläkare kan ersättas med distriktssköterskor och andra yrkesgrupper i viss omfattning. Under antagande om att 20 procent av stafettläkartiden kan ersättas med andra yrkeskategorier minskar kostnaderna med **6 miljoner kronor**.

Om Region Jämtland Härjedalen med hjälp av de föreslagna åtgärderna i den här rapporten uppfattas som **en attraktiv arbetsgivare** kan ytterligare 70 procent av stafettläkartiden ersättas med anställda läkare. Om det målet uppfylls, kommer stafettläkare att stå för endast 10 procent av antalet arbetade läkartimmar och kostnaderna minskar med **12 miljoner kronor**.

Rådgivning och tidsbokning via *Kontakt primärvård*, internetbokningar och öppna mottagningar leder till minskat bokningsarbete och dubbelarbete. Under antagande om att 50 procent av arbetade timmar med rådgivning/bokning kan tas bort, minskar kostnaderna med **11 miljoner kronor**.

Färre sjukresor, t ex 10 procent, med hjälp av nyttjande av distansoberoende teknik, leder till kostnadsminskningar på **4 miljoner kronor**.

Totalt uppgår potentiella kostnadsminskningar till **ca 33 miljoner kronor** med dessa antaganden/mål. Beräkningarna utgår från siffrorna i bokslutet 2014.

Därutöver finns en stor potential till lägre kostnader för hälso- och sjukvården totalt, om primärvården genom ett större uppdrag och bättre fungerande verksamhet, kan utföra en större andel av vården och arbeta förebyggande/hälsofrämjande. Då kan den betydligt dyrare specialistvården avlastas och kostnaderna för sjukresor minskas.



14 GENOMFÖRANDE

Det är viktigt att man inom primärvården börjar arbeta med att genomföra förslagen till förändringar i denna rapport utan tidsfördröjning. Flera arbetsgrupper behöver därför utses och börja arbeta med åtgärder parallellt. Att starta med ”en väg in”, öppen distriktssköterskemottagning och internetbokningar via *Mina vårdkontakter* är prioriterat för att förbättra tillgängligheten i Östersundsområdet.

Det optimala vore om flödesscheman för de vanligaste symtomen/patientgrupperna var framtagna och kunde börja tillämpas innan *Kontakt primärvård* startar. Eftersom framtagande av flödesscheman kräver utvecklingsarbete och förankring är det dock inte realistiskt att tro att det hinner bli klart innan *Kontakt primärvård* kan starta. Därför är det viktigt att *Kontakt primärvård* kan starta så snart som möjligt ändå.

Den politiska ledningen kan stötta införandet av ”en väg in i vården” och standardiserade vårdflöden genom att anordna medborgardialoger för att förklara förändringarna i primärvården.

Om primärvården lyckas rekrytera fast anställda läkare innan de föreslagna åtgärderna hunnit genomföras, kan kostnaderna börja sänkas ganska snart. Kostnadsminskningar till följd av åtgärderna, förväntas annars kunna realiseras successivt under år 2016 och framåt i tiden.

15 BILAGA 1 – FÖRTECKNINGAR ÖVER FÖRENINGAR SOM LÄMNAT SYNPUNKTER

Attention Jämtland-Härjedalen

Autism- och aspergerförbundet

Autism- och Aspergerföreningen i Jämtlands Län

Fjällsjö PRO

Länsförbundet FUB Jämtlands län

PRO avd Föllinge Hotagen Laxsjö

PRO Hammerdal

PRO Leva Livet

PRO Lugnvik

PRO Myssjö-Oviken

PRO Torvalla

Rbu (Rörelsehindrade barn och ungdomar i jämtlands län)

Synskadades riksförbund SRF

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063- 14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2015-09-22

Motion från Susanné Wallner (M) om att utreda förutsättningarna för att införa en förmånsportal (RS/609/2015)

Ärendebeskrivning

Susanné Wallner (M) har lämnat in en motion om att utreda förutsättningarna för ett bredare förmånsutbud för Region Jämtland Härjedalens medarbetare via en så kallad förmånsportal. Hon föreslår också att en arbetsgrupp med representanter från näringsliv, tjänstemän, politiker och medborgare tillsätts som får i uppdrag att diskutera med parterna om en möjlig lösning.

En förmånsportal innebär att ett portalbolag, som arbetsgivaren anlitar, kontaktar olika företag och erbjuder samarbete som medarbetarna sedan kan dra nytta av i olika förmåner och personalrabatter. Det kan handla om erbjudanden och rabatter på gym, bilverkstäder, lokala butiker, resor, försäkrings- och pensionsrådgivning etc.

Region Jämtland Härjedalen har valt att samla all medarbetarinformation såsom löner, förmåner och avtal, arbetsmiljö, kompetens och ledarförsörjning mm på intranätet Insidan och i ledningssystemet. När det gäller förmåner följer vissa av anställningen, andra erbjuds medarbetarna till följd av lokalt fattade beslut.

Den 1 januari 2010 startade, i dåvarande Jämtlands läns landsting, en personalförening där alla anställda är medlemmar. Enligt föreningens stadgar är syftet att stimulera anställda till hälsofrämjande aktiviteter. Aktiviteterna ska vända sig till samtliga anställda. Finansieringen sker dels av medlemmarna själva och dels av ett regionbidrag (2014: 200 kr/medarbetare). Personalföreningen har en egen styrelse och en administratör, 80%, som sköter administrationen och driver föreningens praktiska arbete. Bland annat förhandlas rabatter med olika företag och det anordnas olika fritidsaktiviteter, som till exempel fjällvandringar och kurser av olika slag. Personalföreningen har inte möjlighet att anordna särskilda aktiviteter för t ex nyanställda då föreningens aktiviteter ska vända sig till alla medarbetare. Samtidigt som personalföreningen bildades, så togs den traditionella julklassen bort.

Som ett led i att Region Jämtland Härjedalen ska upplevas som en attraktiv arbetsgivare har ett friskvårdsprogram tagits fram. Alla medarbetare har möjlighet att välja mellan friskvårdstimme (35h/år) eller friskvårdspeng (1500 kr/år) efter överenskommelse med sin chef. Medarbetarna har också fri tillgång till träningslokalen Zefyren som har både gym och gruppträningsspass.

Regelbunden information om tjänstepension erbjuds. Möjlighet att löneväxla till pension finns, om kollektivavtal tecknats med facklig organisation. Att arbetsgivaren skulle se över möjlighet till rabatt på försäkringar och pensionsrådgivning kan uppfattas som att

arbetsgivaren styr medarbetaren till vissa bolag/rådgivare. Information om personalföreningen och lönevaxling ges i samband med introduktionsdag för nyanställda.

För att bli en attraktiv arbetsgivare har Region Jämtland Härjedalen tagit fram en strategisk handlingsplan Attraktiv arbetsgivare 2015-2017 för att attrahera och behålla kompetenta och engagerade medarbetare i verksamheten. Handlingsplanen innehåller mål och aktiviteter för bland annat individuella kompetensutvecklingsplaner, kompetensförsörjning, lön och ersättningar och en hälsofrämjande arbetsmiljö.

Ett antal kommuner och ett landsting (Sörmland) i landet har infört förmånsportaler för sina medarbetare. Som exempel har kommunerna inom Skåne Nordväst (Svalöv, Ängelholm, Höganäs och Landskrona) gjort en gemensam upphandling där varje kommun kan teckna avtal med leverantören. Kostnaden är beroende av antalet anställda och justeras årligen enligt SCB:s arbetskostnadsindex LCI. Svalövs kommun tog i januari 2015 beslut om att teckna ett sådant avtal. De räknar med att kostnaden för 2015 blir 332 kronor per anställd och år. För Region Jämtland Härjedalen skulle samma avtal innebära en kostnad på ca 1 328 000 kronor per år. Svalöv finansierar förmånsportalen genom att ta bort julklapparna till de anställda.

Med hänvisning till de förmåner och aktiviteter Region Jämtland Härjedalen redan infört och det allvarliga ekonomiska läget kan Region Jämtland Härjedalen i dagsläget inte införa en förmånsportal eller ytterligare förmåner som inte är kostnadsneutrala. Motionen bör därför avslås.

Beslutsunderlag

Motion från Susanné Wallner (M) om att utreda förutsättningarna för att införa en förmånsportal.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Motionen avslås.

I tjänsten

Björn Eriksson
Regiondirektör

Annica Sörensdotter
Personalchef

Utdrag till

Personalchef



2015-03-23

Dnr. *RS 609/2015*

Motion

Östersund 2015-03-19

Utred förutsättningarna för att införa en förmånsportal

Region Jämtland Härjedalen står inför en tid av stora rekryteringsbehov. Det kommer ställas allt högre krav på arbetsgivarna, eftersom allt fler kommer gå i pension och för få utbildas. För att Regionen skall lyckas attrahera nya medarbetare såsom bland annat undersköterskor, sjuksköterskor, lärare, läkare och specialister. Inom industrin och it saknas också kompetens, listan kan göras lång.

För att höja vår attraktionskraft vill vi jag att vi utreda förutsättningarna för att ta fram ett breddare förmånsutbud, som erbjuder liknande förmåner till kvinnor och män via en så kallad förmånsportal. Det handlar om att erbjuda ett flexibelt förmånsutbud för att kunna tillgodose en diversifierad arbetsgrupp med olika behov att uppnå balans i livet. Förmåner är ganska vanliga i näringslivet. Flera kommuner i Sverige har detta och många jobbar med att se över just denna typ av lösningar för att skapa attraktion i sin kommun eller region. Det kan vara allt från ren inflyttar service och erbjudanden i regionen till att skapa smarta lösningar inom pensioner, försäkringar och finansiell planering. Det är komplexa områden som många gånger skapar både ångest och förvirring i en djungel av utbud.

Det är ofta mycket information som ska filtreras till vad som gäller just mig som privatperson och därför är det viktigt att kunna skapa förståelse kring och trygghet i den totala ersättningen som kan erbjudas. Det är viktigt att göra det enkelt att förstå och på så vis skapa ett intresse för den kommande pensionen som exempel. Regionens boende och anställda kan på så vill få hjälp för att säkerställa att man har bättre förutsättningar för framtida behov i sitt sparande än att "tappa bort" pengar på grund av okunskap.

I vår region kunde man som det turistlän vi är koppla på andra förmånstjänster såsom erbjudanden från våra lokala destinationer. Regionen är rik på "upplevelser" via det breda turistutbud som idag finns och detta skulle gynna både miljö och den egna plånboken.

Jag yrkar därför att:

- En arbetsgrupp tillsätts som får i uppdrag att diskutera med parterna om en möjlig lösning.
- Gruppen skall ha en sammansättning av näringsliv, tjänstemän, politiker, medborgare.

Susanné Wallner (M)

Regionfullmäktige ledamot Jämtland Härjedalen