

# Närsjukvården i Dalarna

## Uppdrag, organisation, finansiering

Underlagsrapport 2007-12-14

## *Förord*

BDO Nordic Consulting Group överlämnar härmed rapport från granskningen av närsjukvården i Landstinget Dalarna.

Redovisningen av uppdraget består av två delar. I den underlagsrapport som presenteras här har vi samlat det bakgrundsmaterial som bygger under de iakttagelser, slutsatser och rekommendationer som redovisas i en särskild huvudrapport. Innehållet i underlagsrapporten har sakgranskats.

Vi tackar samtliga personer som ställt sin tid till förfogande och medverkat på ett mycket positivt och engagerat sätt.

*BDO Nordic Consulting Group AB*

## *Innehållsförteckning*

<b>UPPDRAGET</b> .....	<b>4</b>
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
<b>DEFINITIONER OCH FÖRUTSÄTTNINGAR</b> .....	<b>4</b>
PRIMÄRVÅRD.....	5
NÄRSJUKVÅRD.....	5
NÄRVÅRD.....	6
<i>Val av terminologi för granskningen</i> .....	6
<b>STYRNING OCH LEDNING</b> .....	<b>6</b>
POLITISK LEDNINGSORGANISATION.....	6
<i>Landstingsstyrelsen</i> .....	7
<i>Utskott</i> .....	7
<i>Lokala hälso- och sjukvårdsnämnder</i> .....	7
TJÄNSTEMANNAORGANISATION.....	8
<i>Förvaltningsledning</i> .....	8
<i>Ledning för hälso- och sjukvården</i> .....	8
<i>Ledning för närsjukvården</i> .....	8
<i>Tvärgrupper för särskilda ämnesområden</i> .....	8
<b>PRIORITERINGAR OCH RIKTLINJER FÖR VERKSAMHETEN</b> .....	<b>8</b>
LANDSTINGSPLAN OCH BUDGET 2008-2011.....	9
<i>Övergripande värderingar</i> .....	9
<i>Jämlig hälso- och sjukvård</i> .....	9
<i>Alla skall ha råd att anlita hälso- och sjukvården</i> .....	9
<i>Offentlig regi</i> .....	9
<i>Närsjukvården</i> .....	9
<i>Dialog med invånarna</i> .....	9
PLANER FÖR NÄRSJUKVÅRDSOMRÅDEN.....	10
<i>Verksamhetsuppdrag</i> .....	10
<i>Verksamhetsidé</i> .....	10
<i>Förhållningssätt</i> .....	10
<i>Genomförande</i> .....	10
ERSÄTTNINGSMODELL FÖR PRIMÄRVÅRD I LANDSTINGET DALARNA.....	11
<i>Fast ersättning</i> .....	11
<i>Självförsörjningsgrad</i> .....	11
<i>Riktade ersättningar</i> .....	11
<b>NULÄGE OCH PROBLEMMOMRÅDEN</b> .....	<b>12</b>
NATIONELL UPPFÖLJNING.....	12
<i>Tillgänglighet</i> .....	12
<i>Kostnadsutveckling</i> .....	13
<i>Tillgång till allmänläkare</i> .....	13
<i>Undvikbar slutenvård</i> .....	13
<i>Befolkningens förtroende för verksamheten i primärvård och vid sjukhus</i> .....	14
<i>Läkemedelsförskrivning till äldre</i> .....	15
PRIMÄRVÅRDEN I LANDSTINGET DALARNA.....	15
<i>Verksamhetsutveckling i primärvården</i> .....	15
<i>Kvalitetsutveckling i primärvården</i> .....	16
NÄRSJUKVÅRDENS UPPDRAG, FINANSIERING OCH ORGANISATION ENLIGT INTERVJUSVAR.....	17
<i>Uppdrag, direktiv och intressenter</i> .....	17
<i>Resurser och organisation</i> .....	18
<i>Kompetensförsörjning</i> .....	18
<i>Hinder och framgångsfaktorer</i> .....	19

## *Uppdraget*

Revisorskollegiet i Landstinget Dalarna har gett BDO Nordic Consulting Group AB i uppdrag att granska närsjukvården i länet, innefattande dess förutsättningar, uppdrag och finansiering. Granskningen har nära koppling till en annan pågående granskning om gränsdragningen mellan närsjukvården och länssjukvårdens akutmottagningar.

Revisorerna har i sitt löpande granskningsarbete bland annat konstaterat svårigheter för närsjukvården att lokalt i länet uppnå ställda budgetkrav, svårigheter att till vissa delar av länet kunna rekrytera läkare och bristande tillgänglighet. Sammantaget indikerar problemen frågor kring närsjukvårdens uppdrag/uppgifter i relation till tilldelade resurser.

Syftet med granskningen är att utifrån ett urval externa intressentgrupper:

- Identifiera väsentliga problemområden.
- Analysera orsaker och konsekvenser av identifierade centrala problemområden.
- Översiktligt redovisa slutsatser och förslag till åtgärder.

Granskningen avser inte närsjukvårdens geriatriska verksamhet.

## *Metod*

Analysen baseras på granskning av dokument som beskriver närsjukvårdens uppdrag, finansieringssystem och resurstilldelning. Dokumentgranskningen har kompletterats med intervjuer med företrädare för landstingsledningen samt ledande företrädare för närsjukvården. Vi har också genomfört ett seminarium med ledningsgruppen för närsjukvården. Vid intervjuerna har följande frågeställningar uppmärksammats:

- Närsjukvårdens uppdrag
- Direktiv om närsjukvården
- Intressenter i närsjukvårdens verksamhet
- Närsjukvårdens resurser
- Närsjukvårdens organisation
- Närsjukvårdens kompetensförsörjning
- Hinder och framgångsfaktorer i närsjukvårdens verksamhet

## *Definitioner och förutsättningar*

I de handlingar vi granskat förekommer flera begrepp som beskriver närliggande funktioner. I planer och instruktioner behandlas exempelvis primärvård, närsjukvård och närvård. Vi har därför funnit skäl att inleda granskningen med en diskussion kring dessa begrepp som är centrala för uppdraget.

De definitioner som används förutsätter en tydlig och likartad användning av termerna organisation och funktion. Denna distinktion förefaller svår att upprätthålla konsekvent. Främst begreppet närsjukvård tenderar att förekomma i betydelsen av både funktion och organisation. Uttrycket närvård förekommer ytterst sparsamt i dokumentationen.

## **Primärvård**

Primärvård är ett begrepp som introducerades kring mitten av 1970-talet genom *Primärvårdsutredningen*<sup>1</sup> som var ett gemensamt dokument från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Kommunförbundet och Spri respektive av Socialstyrelsen i principprogrammet *Hälso- och sjukvård inför 80-talet*.<sup>2</sup> Definitionen av begreppet primärvård har förändrats en del under åren men behållit sin huvudsakliga karaktär. I Socialstyrelsens *Termbank* redovisas nu följande definition:

- Primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

Primärvård i Landstinget Dalarna kan ses som en funktion som bedrivs vid främst vårdcentraler och distriktssköterskemottagningar. Specialiserad vård bestäms med utgångspunkt i primärvårdsbegreppet som hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. I Landstinget Dalarna bedrivs den specialiserade vården av länssjukvården. Specialiserad vård bedrivs även vid närsjukvårdens kliniker på fyra av de fem sjukhusorterna.

## **Närsjukvård**

Socialstyrelsen konstaterar i en rapport *Uppföljning 2006*<sup>3</sup> att många landsting har valt att arbeta med en utökad primärvård – närsjukvård och att precisera detta vidare uppdrag. Familjeläkartanken som var en framträdande idé i den nationella handlingsplanen har stått tillbaka. Tillgänglighetsproblematiken och närhetsprincipen har i de flesta fall premierats framför fast läkarkontakt och möjlighet till val av vårdcentral och/eller läkare. I och med framväxten av närsjukvård har många landsting arbetat med att precisera närsjukvårdens innehåll och inte specifikt primärvårdens.

Närsjukvården skapas genom planerad samverkan mellan primärvård, geriatrik och specialiserad mottagningsverksamhet. I Landstinget Dalarna ses närsjukvården som en organisation som består av de enheter som svarar för primärvården samt viss del av länets internmedicinska och geriatriska verksamhet. Närsjukvården är organiserad i fem närsjukvårdsområden.

I verksamhetsplaneringen beskriver tre av fem områden begreppet närsjukvård så att det kan tolkas om ett organisatoriskt begrepp. I en av dessa planer görs dock en distinktion mellan närsjukvården och närsjukvårdsorganisationen. I en verksamhetsplan sägs uttryckligt att närsjukvården är en funktion inom landstingets utbud av vårdtjänster – inte en organisation. I en verksamhetsplan används begreppet närvårdsplan och området betecknas som närvårdsområde.

Närsjukvården skall enligt de fyra planer där det begreppet används svara för förebyggande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering samt medverka i det hälsofrämjande arbetet. Närsjukvården skall erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och ändamålsenliga att bedriva lokalt.

Närsjukvården har genom primärvårdsjour och jour på akutmottagningarna jour- och/eller beredskapsverksamhet inom det allmänmedicinska kompetensområdet, dygnet runt. Det innebär förutom akut omhändertagande på mottagning även stöd till hemsjukvård och vård i särskilda boendeformer

<sup>1</sup> Landstingsförbundet. Från sjukvårdspolitik till hälsopolitik. Stockholm 1974.

<sup>2</sup> Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvård inför 80-talet. Principprogram för vård. Socialstyrelsen anser 1976:1.

<sup>3</sup> Socialstyrelsen. Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldre-  
vård och psykiatri. Artikelnr 2006-103-6

## **Närvård**

Med den definition som tillämpas i Landstinget Dalarna är närvården ett lokalt hälso- och sjukvårdssystem uppbyggt av primär- och landstingskommunala respektive privata vård- och omsorgsfunktioner. Närvården omfattar även hälsovård av olika karaktär.

Närvården skall integrera både medicinska, beteendevetenskapliga och sociala perspektiv. I närvården förenas den allmänmedicinska specialiteten med övriga specialistverksamheter för bästa nytta för befolkningen. Närvården skall på ett strategiskt sätt integrera generalist- och specialistperspektivet.

Närvård kan beskrivas som en funktion där primärvård, kliniker och kommun samarbetar runt patienter, framför allt de med störst vårdbehov såsom kroniskt sjuka, multisjuka, de äldre sjuka samt barn- och ungdomars ohälsa. Uppdraget är på 24-timmarsbasis. Primärvården svarar för en stor del av uppdraget och gör den första bedömningen, diagnosregistrering, liksom ett antal olika förebyggande insatser. För att klara 24-timmarsuppdraget sker nära samverkan med lasarettens akutmottagnigar.

Närvården är tänkt att vara basen i hälso- och sjukvården och skall svara för huvuddelen av människors vardagliga sjuk- och hälsovårdsbehov. Den framtida närvården utgår ifrån medborgarens behov. Den vård många behöver ofta och kanske även under längre perioder skall finnas nära människor.

## **Val av terminologi för granskningen**

Begreppet närvård är svårfångat och obestämt i konturerna. Det förutsätter integration av olika professionella perspektiv och bygger på samverkan mellan vårdgivare i konstellationer som kan variera efter medborgarnas behov. Någon instans med samlat ansvar för utvecklingen av närvården enligt denna definition av begreppet är svår att finna.

Närvård har heller ingen framträdande plats i landstingets verksamhetsplanering. Det förekommer som redovisats ovan bara i verksamhetsplanen för ett område. I *Landstingsplan 2008-2011* förekommer inte uttrycket närvård. Där talas istället om närsjukvård.

Enligt planen skall landstinget stödja uppbyggnaden av närsjukvård för de vanligaste sjukdomarna. Närsjukvården tar hand om huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov och är därför basen i hälso- och sjukvården.

Begreppen närvård och närsjukvård har en tendens att gå i varandra. Närsjukvården och närvården har identisk sammanfattning av sina huvudsakliga uppgifter. Vi finner det därför mest lämpligt att i den här granskningen arbeta med begreppet närsjukvård och låta detta beteckna verksamhetens organisation.

## ***Styrning och ledning***

### ***Politisk ledningsorganisation***

Landstingsstyrelsen leder och samordnar förvaltningen av landstingets angelägenheter och har uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Landstinget har följande övriga nämnder:

- Fem lokala hälso- och sjukvårdsnämnder
- Tandvårdsnämnd
- Kulturnämnd
- Skolnämnd
- Patientnämnd.

## **Landstingsstyrelsen**

Styrelsen har planerings- och uppföljningsansvar för landstingets totala resursutnyttjande samt att olika verksamheter bedrivs effektivt och efter fastställda mål.

Landstingsstyrelsen utövar ledningen av landstingets hälso- och sjukvård, av landstingets stöd och service till vissa funktionshindrade enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade samt av landstingets serviceverksamhet.

## **Utskott**

Utskotten skall förbereda ärenden inför Landstingsstyrelsen. Inget av utskotten har rätt att fatta beslut utan delegering från Landstingsstyrelsen. Utskotten kan förelägga Landstingsstyrelsen förslag till beslut. Utöver de utskott som nämns nedan har även Miljö- och trafikutskottet, Personalutskottet, Serviceutskottet och Samverkansutskottet uppdrag av betydelse för hälso- och sjukvården.

### *Finansutskott*

Finansutskottet svarar under Landstingsstyrelsen för verksamhetsplanering och ekonomisk planering enligt fastställd planeringsprocess samt för ägarfrågor såväl gentemot landstingets egna verksamheter som gentemot andra verksamheter för vilka landstinget ansvarar genom långsiktig finansiering.

### *Hälso- och sjukvårdsutskott*

Hälso- och sjukvårdsutskottet ansvarar under Landstingsstyrelsen för uppföljning av läns- och när-sjukvården samt hjälpmedel och tolktjänst enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Utskottet skall ta initiativ till den politiska behandling av hälso- och sjukvårdsfrågor som uppföljningen föranleder. Utskottet har också ett ansvar för att etiska frågeställningar inom hälso- och sjukvårdens verksamhet uppmärksammas och vid behov leder till åtgärder.

Med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens uppdrag skall utskottet ansvara för att verksamhet som bedrivs i egen regi är av god kvalitet med avseende på:

- organisation,
- rutiner och system för metodutveckling och kvalitetsarbete,
- säkerhet, uppföljning och utvärdering,
- IT-stöd.

## **Lokala hälso- och sjukvårdsnämnder**

Varje lokal hälso- och sjukvårdsnämnd har till uppgift att:

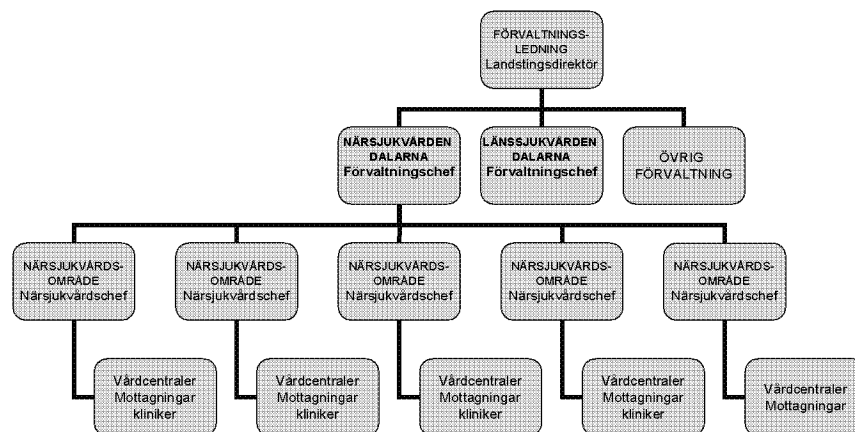
- Utveckla formerna för nämndens kontakter med befolkningen, lokala intresseföreningar, organisationer m m.
- Utveckla samverkan med kommunerna och andra samhällsorgan.
- Ansvara för en beskrivning av befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov.

Varje lokal hälso- och sjukvårdsnämnd skall gemensamt med närsjukvårdsledningen – representerad av närsjukvårdschefen – vid årliga dialoger med Landstingsstyrelsens finansutskott presentera en skriftlig redovisning av nämndens förslag till prioriteringar, förändringar och verksamhetsinnehåll för det kommande året.

De lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna skall en gång per år i Landstingsstyrelsens finansutskott också presentera en uppföljningsrapport avseende verksamheten inom sitt område.

## Tjänstemannaorganisation

I de delar som är relevanta för det här uppdraget kan förvaltningsorganisationen inom Landstinget Dalarna sammanfattas i nedanstående organisationschema.



### Förvaltningsledning

Landstingsdirektören har en strategisk och övergripande roll som chef för förvaltningscheferna och ledande tjänsteman i Landstinget Dalarna.

### Ledning för hälso- och sjukvården

De två största organisationerna inom hälso- och sjukvården – läns sjukvården och närsjukvården – bildar egna förvaltningar under Landstingsstyrelsen med var sin förvaltningschef.

### Ledning för närsjukvården

För vart och ett av de fem närsjukvårdsområdena finns en förvaltningsorganisation som administrativt sorterar under förvaltningschefen för närsjukvården. Ledningen för respektive närsjukvårdsområde utövas av en närsjukvårdschef.

Förvaltningschefen för närsjukvården har nära kontakt med Hälso- och sjukvårdsutskottets politiker och ingår i landstingsdirektörens ledningsorganisation. Därigenom finns nära kopplingar mellan centrala funktioner inom politik och tjänstemannaledning respektive verksamhet. Linjeledningen inom närsjukvården kopplar samman förvaltningschefen för närsjukvården i Dalarna med ledningen för de fem närsjukvårdsområdena.

### Tvärgrupper för särskilda ämnesområden

Inom exempelvis allmänmedicin finns en tvärgrupp för samordning av den professionella utvecklingen mellan primärvården i olika områden och för uppföljning av kvalitetsparametrar. I denna tvärgrupp ingår förvaltningschefen för närsjukvården i Dalarna.

## *Prioriteringar och riktlinjer för verksamheten*

Den politiska ledningens uppgifter och mandat regleras i *Arbetsordning för landstingsfullmäktige* samt *Reglementen för nämnder och revisorer*. Tjänstemannaorganisationens uppgifter och ansvar redovisas i organisationschema och befattningsbeskrivningar.

Övergripande riktlinjer för prioriteringar och verksamhetsinriktning redovisas i Landstingsplan och budget samt budgetar och planer för respektive verksamheter. Riktlinjer för fördelning av resurser finns bland annat i landstingets Ersättningsmodell för primärvård.

### **Landstingsplan och budget 2008-2011**

Vi har valt att ur den aktuella landstingsplanen lyfta fram ett antal värderingar och prioriteringsgrunder som vi bedömer ha särskild relevans för uppdraget.

### **Övergripande värderingar**

I avsnittet Politisk plattform i *Landstingsplan 2008-2011* framhålls inledningsvis att hållbar utveckling, trygghet och tillgänglig vård med sund ekonomi skall känneteckna Landstinget Dalarna.

Basen för kommande satsningar är att landstingets ekonomi nu är i balans och fortsätter att stabiliseras. När ekonomin nu är god kommer fokus att flytta från ekonomistyrning till resultat- och kvalitetsstyrning. Den beslutade vårdgarantin gäller och skall kontinuerligt följas upp. Tillgängligheten i när-sjukvården ska bli ännu bättre så att 75-80 procent av befolkningens behov tillgodoses lokalt. Succesivt skall sjukvårdsrådgivningen byggas ut för att stödja tillgänglighet och kvalitet under hela dygnet.

### **Jämlik hälso- och sjukvård**

Hälsan får inte vara klassbunden. Hälso- och sjukvårdens struktur skall styras av krav på jämlikhet mellan individer. Ingen skall på grund av etnisk bakgrund, kön eller ekonomiska förhållanden missgynnas i tillgången till hälso- och sjukvård.

### **Alla skall ha råd att anlita hälso- och sjukvården**

Ju högre patientavgifter desto större risk att människor med begränsad betalningsförmåga av ekonomiska skäl avstår från att söka vård. Mot denna bakgrund skall landstinget även i fortsättningen ha låga och om möjligt landets lägsta avgifter.

### **Offentlig regi**

Behoven och inte betalningsförmåga eller vinstsyfte skall vara grunden för prioriteringar i vården. Hälso- och sjukvården skall inte vara styrd av marknadens drivkrafter. Landstinget kommer inte att sälja eller lägga ut sjukhus eller närsjukvårdsområden till privat drift.

Om det av olika skäl inte är möjligt att med obruten vårdkedja, hög kvalitet och god kostnadseffektivitet driva en verksamhet i landstingets regi kan annan driftform prövas. I sådana fall kan exempelvis kooperativ eller icke vinstdrivande företag driva verksamheten på entreprenad. Oberoende av driftform skall personalens kreativitet värnas och tas tillvara.

### **Närsjukvården**

Uppbyggnaden av närsjukvård för de vanligaste sjukdomarna skall stödjas. Av befolkningens behov skall 75-80 procent tillgodoses lokalt. I närsjukvården skall öppen specialiserad vård ingå. Ökat kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan närsjukvården och den specialiserade vården höjer kompetensen hos båda.

De olika nivåerna inom närsjukvården skall tydliggöras. En beskrivning av samspelet mellan de olika aktörerna, närsjukvård, länssjukvård och kommunerna ska tas fram

### **Dialog med invånarna**

Befolkningens behov skall vara i fokus för landstinget. Utmaningar måste därför lösas, prioriteringar och förändringar genomföras i aktivt och förtroendefullt samtal med invånarna utan att de förtroendevalda drar sig undan ansvar för nödvändiga beslut.

## Planer för närsjukvårdsområdena

I verksamhetsplanerna för respektive närsjukvårdsområde omsätts de generella direktiven från landstingsplan och andra övergripande dokument till mer specificerade handlingsplaner för det närmaste året. Dessa byggs i huvudsak upp kring en gemensam struktur som innefattar beskrivningar av verksamhetsuppdrag, verksamhetsidé och förhållningssätt. I två fall redovisas också vad som benämns som en vision för verksamheten. I en verksamhetsplan används begreppen närvård och närvårdsområde.

## Verksamhetsuppdrag

I de lokala planerna finns litet olika beskrivningar av närsjukvårdens verksamhetsuppdrag. I flertalet fall följer dessa formuleringarna i övergripande, generella dokument och anger att närsjukvården skall svara för förebyggande insatser, diagnostik/behandling och rehabilitering samt medverka i det hälsofrämjande arbetet. Närsjukvården skall erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta förekommande för individen och ändamålsenliga att bedriva lokalt.

## Verksamhetsidé

Närsjukvårdens verksamhetsidé beskrivs på litet mer varierande sätt i de lokala planerna. Dessa kan dock i grunden anses innehålla formuleringar som lyfter fram och konkretiserar värderingar som finns i de övergripande dokumenten. Det kan enligt vår uppfattning sammanfattas väl i följande beskrivning som är hämtad från en av planerna:

- Närsjukvården finns nära och är tillgänglig för befolkningen i hela Västerbergslagen. Den utformas i samverkan utifrån befolkningens behov av sjukvård och hälsofrämjande insatser. Den skapar delaktiga och trygga patienter med förbättrad hälsa. Den utvecklas kontinuerligt. I närsjukvården verkar kompetenta och delaktiga medarbetare.

## Förhållningssätt

Verksamheternas förhållningssätt beskrivs på ett i huvudsak enhetligt sätt i samtliga plandokument. De har den struktur om redovisas nedan

- Patienten i fokus
- Tilltro till medarbetarna
- Ständiga förbättringar
- Samverkan och helhetssyn
- Engagerat ledarskap
- God hushållning

## Genomförande

I planerna för närsjukvårdsområdena redovisas med varierande grad av konkretion de insatser som avses genomföras för att uppnå de mål som satts upp i övergripande plandokument. I de planer som är tydligast konkretiserade ges denna del av planeringen ett innehåll som kan illustreras med exemplet nedan. Det är ett utdrag ur en verksamhetsplan för ett närsjukvårdsområde.

Strategiska mål	Avgörande Faktorer	Mått	Nivå	Handlings-Plan	Tid-plan	Organi-sation
Vi har nöjda patienter och närstående. Vi har nöjd befolkning.	Tillgänglighet Bemötande Information Delaktighet Kontinuitet	Andel patienter som är nöjda med tillgänglighet, bemötande, information, delaktighet samt kontinuitet	Halvering av antalet missnöjda	Analysera enkätresultat i ledningsgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkät PV</li> <li>• Mats Granviks rapport</li> <li>• Medicinavdelningar + mott.</li> </ul> Se över frågor i enkät	Datum	Ansvariga

## Ersättningsmodell för primärvård i Landstinget Dalarna

Ersättningen till primärvården omfattar följande verksamheter:

- Primärvård vid egna basenheter
- MOH-verksamhet vid geriatriska rehabiliteringsenheter
- Köpt primärvård via privata allmänläkare och sjukgymnaster
- Köpt primärvård utom länet
- Hjälpmedelskostnader som traditionellt bokförts inom primärvården.

Ersättningen beräknas enligt de principer som anges i tabellen nedan:

Fast ersättning		75 procent av ram
Självförsörjningsgrad	Slutenvårdskonsumtion	7 procent av ram
Självförsörjningsgrad	Primärvårdens besöksandel	15 procent av ram
Riktade ersättningar		3 procent av ram

### Fast ersättning

Den fasta ersättningen till primärvården i de olika områdena baseras på antalet invånare i respektive område efter justering för olikheter i ålderssammansättningen. Antalet invånare multipliceras med ett tal som motsvarar skillnader i åldersstruktur. Områden med hög andel äldre får ett högre befolkningstal som underlag för resurstilldelningen. Underlaget för beräkning av resursfördelningen visas i tabellen nedan.

	Närsjukvårdsområde				
	Södra	Väster- bergslagen	Mellersta	Falun	Norra och västra
Antal invånare	37 596	36 600	67 988	55 092	78 623
Åldersvikt	1,01575	1,03653	0,96664	0,95946	1,03272
Underlag	38 188	37 937	65 720	52 859	81 195

### Självförsörjningsgrad

Arbetsfördelningen mellan länssjukvård och primärvård varierar inom länet. Ytterligheterna är primärvård i glesbygd och primärvård på orter med fullskaliga akutsjukhus. Dessa skillnader kompenseras i fördelningsmodellen med mått som speglar hur mycket av hälso- och sjukvården som görs inom primärvården.

#### *Självförsörjningsgrad slutenvård*

Primärvårdens förmåga att förhindra inläggningar och möjligheter att snabbt ta hem patienter för sjukvård i hemmet är av stor betydelse totalt sett. Här finns olikheter inom länet. Slutenvårdskonsumtionen för befolkningen är ett mått på detta.

#### *Primärvårdens besöksandel*

Relationen mellan vad som görs i primärvården och i den öppna somatiska vården är en annan spegling av primärvårdens självförsörjningsgrad. Måttet som används är primärvårdens andel av totala antalet besök i öppenvård.

### Riktade ersättningar

I ersättningen ingår en del för att stimulera vårdgivarna till vissa beteenden. Inriktningarna kan variera över tid, exempelvis deltagande i kvalitetsregister, influensavaccination, telefontillgänglighet, förebyggande insatser mot tobaks- eller alkoholmissbruk.

## Nuläge och problemområden

I det här avsnittet redovisar vi beskrivningar av den aktuella situationen i närsjukvården sett ur ett nationellt perspektiv respektive enligt den information som kommit fram i våra intervjuer med företrädare för landstinget centralt och närsjukvården. Vi har också utnyttjat statistik som redovisats av landstinget.

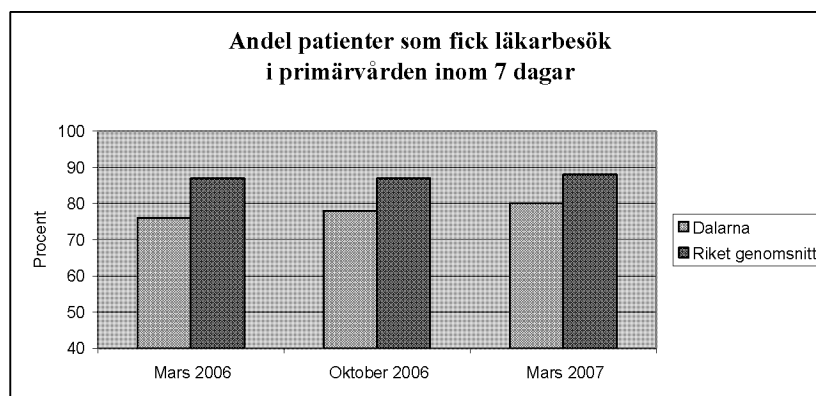
### Nationell uppföljning

Socialstyrelsen redovisar i en rapporten *Uppföljning 2006* att inga framsteg skett nationellt vad gäller andelen av befolkningen som har fast läkarkontakt. Endast ett fåtal landsting tycks ha prioriterat frågan. Trots att antalet allmänläkare har ökat avsevärt sedan 2001 kommer målet om 6000 allmänläkare i primärvården knappast att uppfyllas inom en överskådlig framtid. Sett i relation till den totala ökningen av antalet läkare i svensk hälso- och sjukvård sedan 2001 är andelen allmänläkare i det närmassta densamma.

Under 2005 har landstingen och kommunerna fortsatt att utveckla samarbetet kring vården och omsorgen av äldre. Det problemområde som landstingen främst fokuserat på är informationsöverföring mellan de olika huvudmännen, ett område som har varit föremål för omfattande kritik vid tidigare uppföljningar. Få landsting rapporterar om läkarmedverkan i äldrevården som ett specifikt område man arbetat med under 2005.

### Tillgänglighet

Nationella mätningar av väntetider arrangeras av Sveriges Kommuner och Landsting årligen en vecka på våren och en vecka på hösten. Utöver väntetiden till läkarbesök för patienter som omfattas av vårdgarantin mäts numera telefontillgängligheten under samma mätperioder. Andel patienter som fick tillgång till läkarbesök inom vårdgarantins 7 dagar vid mätningar under 2006 och 2007 redovisas i figuren nedan.



**Källor:** Landstinget Dalarna. Årsredovisning 2006 (mars 2006 och oktober 2006)  
Sveriges Kommuner och landsting - Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (mars 2007)

Redovisningen pekar på en svagt uppåtgående trend för primärvården i Landstinget Dalarna. Det kan dock noteras att landstingets tillgänglighet i mars 2006 och mars 2007 enligt mätningarna är bland de absolut lägsta i landet. I landstingets årsredovisning noteras vidare att tillgängligheten enligt det mått som använts i figuren ovan varierade starkt mellan vårdcentralerna i länet, från 54 som lägst till 97 procent som högst.

## Kostnadsutveckling

I Socialstyrelsens rapport *Uppföljning 2006* konstateras att nettokostnaden för hälso- och sjukvården under 2004 ökade med 1,7 procent i genomsnitt för riket. Under samma period ökade kostnaden för primärvården med 5,6 procent medan kostnaden för den specialiserade psykiatriska vården ökade med 3,5 procent. Kostnadsökningen inom landstingen fortsatte under 2005 då psykiatrin fick en större andel än den totala kostnadsökningen inom hälso- och sjukvården medan kostnaderna för primärvården ökade mindre än landstingens totala utgifter för hälso- och sjukvård.

Av tabellen nedan framgår att Landstinget Dalarna under perioden 2004-2005 ökat sina nettokostnader med 1,9 procent. De största kostnadsökningarna finns inom specialiserad psykiatrisk vård och specialiserad somatisk vård. Primärvårdens andel av nettokostnaden har varit oförändrad under perioden.

Förändring av nettokostnadsandel i procent för primärvård, somatisk vårdpsykiatrisk vård och hälso- och sjukvård totalt åren 2004 - 2005 per landsting

Huvudman	Primärvård	Specialiserad vård somatic	Specialiserad vård psykiatrisk	Summa
Dalarna	0,0	2,4	6,8	1,9
Riket	3,3	3,9	6,0	3,7

I rapporten *Öppna jämförelser 2007*<sup>4</sup> redovisas också kostnad per invånare för primärvård 2006. Kostnaden för Landstinget Dalarna redovisas till 3 001 kronor per invånare vilket är något högre än genomsnittet för riket som är 2 939 kronor per invånare.

## Tillgång till allmänläkare

Enligt Socialstyrelsens *Uppföljning 2006* har landstingen arbetat aktivt för att öka antalet allmänläkare i primärvården. Mellan 4 900 och 5 200 allmänläkare bedöms numera vara sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Den geografiska spridningen 2004 varierar mellan cirka 70 respektive 40 allmänläkare per 100 000 invånare enligt Socialstyrelsens rapport 2006. Landstinget Dalarna ligger enligt redovisningen något över genomsnittet med cirka 60 allmänläkare per 100 000 invånare.

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges läkarförbund mäter läkartäthet med olika metoder, som alla har sina för- och nackdelar. Samtliga organisationer är dock överrens om att målet i den nationella handlingsplanen om 6000 allmänläkare sysselsatta i primärvården inte kommer att nås inom de närmaste åren. Rekryteringsläget för såväl färdigutbildade specialister som ST-läkare i allmänmedicin är i de flesta delar av landet detsamma eller bättre än tidigare år. Samtidigt rapporterar det stora flertalet av landstingen om en ökning av användandet av hyrläkare.

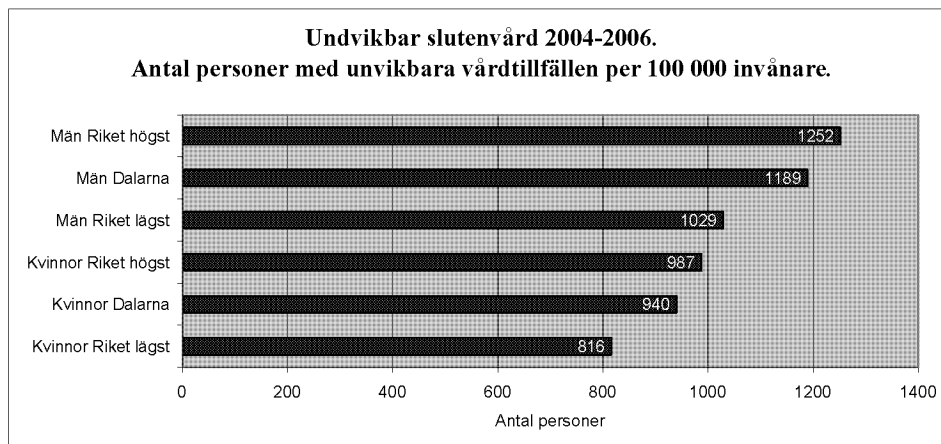
## Undvikbar slutenvård

I *Öppna jämförelser 2007* används indikatorn undvikbar slutenvård för att mäta effektivitet, tillgänglighet och adekvat omhändertagande inom den öppna vården för vissa specificerade sjukdomstillstånd. Skillnaderna mellan landstingen visar enligt redovisningen att det finns förutsättningar till ett förbättrat omhändertagande i den öppna vården.

<sup>4</sup> Sveriges Kommuner och landsting – Socialstyrelsen.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. ISBN 978-91-7164-281-3.

I figuren nedan redovisas antalet personer med undvikbara slutenvårdstillfällen per år under perioden 2004–2006 per 100 000 invånare för kvinnor och män i Landstinget Dalarna jämfört med extremvärdena i riket för dessa grupper.

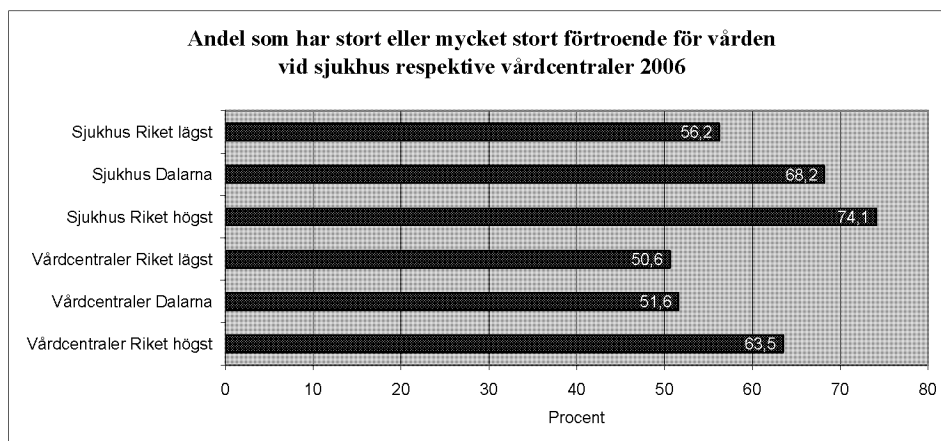


**Källa:** Sveriges Kommuner och landsting - Socialstyrelsen.  
 Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

### Befolkningens förtroende för verksamheten i primärvård och vid sjukhus

Indikatorgruppen *Patienterfarenheter i Öppna jämförelser 2007* avser patient- och befolkningsuppfattningar om hälso- och sjukvården på ett allmänt plan. Måtten speglar de erfarenheter patienter faktiskt haft och belyser befolkningens förtroende för vården i primärvården och vid sjukhusen. Källan är *Vårdbarometern* och uppgifterna avser helåret 2006. Datainsamlingen omfattade telefonintervjuer med nästan 42 000 slumpvis utvalda individer.

I figuren nedan redovisas hur stor andel mätt i procent av de tillfrågade som sade sig ha mycket eller ganska stort förtroende för vården vid sjukhus respektive vårdcentraler i riket och i Dalarna. För riket redovisas högsta respektive lägsta värde för att visa spännvidden mellan svaren och indikera Landstinget Dalarnas situation jämfört med övriga sjukvårdshuvudmän.



**Källa:** Sveriges Kommuner och landsting - Socialstyrelsen.  
 Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Som framgår av figuren ovan redovisar befolkningen generellt ett större förtroende för vården vid sjukhus än vid vårdcentraler. Det finns dock stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännen. Landstinget Dalarna är bland de landsting som uppvisar störst skillnad mellan förtroendet för vårdcentraler respektive för sjukhus. Landstinget placerar sig klart på den nedre delen av skalan när det gäller förtroende för vården vid vårdcentraler medan motsatta förhållandet gäller för den vård som bedrivs vid sjukhus.

### Läkemedelsförskrivning till äldre

I rapporten *Öppna jämförelser 2007* framhålls att studier har visat att samtidig användning av många läkemedel är förknippat med svårigheter att inta läkemedlen på ett korrekt sätt, högre kostnader, risk för skadliga läkemedelsinteraktioner och läkemedelsorsakad inskrivning vid sjukhus.

Samtidig användning av tio eller fler läkemedel förekom enligt rapporten hos 16 procent av alla 80 år och äldre i riket, med en variation mellan andelar på 11 procent och 20 procent. Med andelen 14,2 procent redovisar Landstinget Dalarna resultat som är klart bättre än riksgenomsnittet.

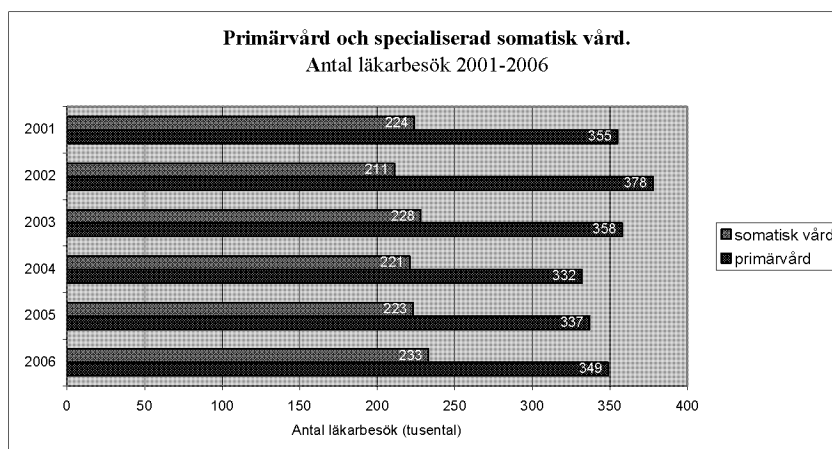
### Primärvården i Landstinget Dalarna

Landstingets redovisning ger underlag för bedömning av primärvårdens nuläge och utveckling allmänt och i relation till den sjukhusanknutna vården. Primärvårdens kvalitetsbokslut<sup>5</sup> redovisar utvecklingen av ett antal centrala kvalitetsmått. Svaren i våra intervjuer ger kommentarer och kompletterande information.

### Verksamhetsutveckling i primärvården

Utvecklingen av antal läkarbesök 2001-2006 i primärvården respektive den specialiserade somatiska vården redovisas i figuren ned. Av denna framgår att antalet läkarbesök både i primärvården och i den specialiserade somatiska vården varit relativt konstant under perioden. Antalet läkarbesök i primärvården ligger relativt konstant kring 350 tusen per år vilket motsvarar cirka 55-60 procent av totala antalet läkarbesök.

Enligt landstingets Årsredovisning 2006 har en viss ökning av antalet läkarbesök i primärvården skett under 2006 vilket betecknas som ett litet trendbrott. En sammanställning av uppgifter om läkarbesök 2001-2006 visar på en betydande minskning under åren 2002-2004. Därefter har en viss återhämtning skett som dock inte når upp till 2002 års nivå. Sammantaget uppvisar därför primärvården en svag minskning av antalet läkarbesök under perioden 2001-2006.



Källa: Landstinget Dalarna. Årsredovisning 2005 och 2006. Fem år i sammandrag

<sup>5</sup> Kvalitetsbokslut i primärvården 2006. LD Primärvård 2006

## Kvalitetsutveckling i primärvården

I primärvårdens kvalitetsboks slut lyfts en stor mängd parametrar fram som ur olika aspekter definierar kvaliteten i vården. Vi har här valt att lyfta fram några exempel som visar på nuläge, kvarstående problem och utveckling över perioden 2003-2006.

### *Övervakning av högt blodtryck*

Hypertoni är en viktig riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom som går att åtgärda. Det är viktigt att blodtrycket registreras och att registreringen görs på samma sätt så att resultaten kan sammanställas och jämföras. Mätningarna ger underlag för sänkning av blodtrycket hos patienten till en adekvat nivå.

Ett mål för behandling av patienter med högt blodtryck är att 80 procent av dessa skall ha nått en nivå som är 140 eller lägre när det gäller det systoliska blodtrycket. Kvalitetsrapporten visar att andelen patienter med högt blodtryck som fått blodtrycket mätt och där det systoliska blodtrycket är  $\leq 140$  ökat från omkring 10 procent 2003 till något över 30 procent 2006.

Redovisningen indikerar således en betydande förbättring under mätperioden. Samtidigt kan noteras att resultaten ligger långt under målet. Det närsjukvårdsområde som noterar bäst resultat redovisar 2006 cirka 40 procent patienter med systoliskt blodtryck 140 eller därunder.

### *Tillgänglighet per telefon*

God telefontillgänglighet till vårdcentralerna är en central del av verksamhetens kvalitet. De flesta vårdcentraler, dock ej alla, tillämpar Tele-Q Telefonsvarssystem.

En omfattande mätning av telefontillgängligheten i november 2006 visade att det är en stor medicinsk säkerhetsrisk att ha ett telefonsystem, som TeleQ, där patienterna inte har möjlighet att komma fram när telefonkön är fylld. Däremot fungerar ett sådant system bra om telefonbemanningen under dagen är tillräcklig. Tyvärr kan konstateras att bemanningen inte är tillräcklig på många håll i länet.

Målet för TeleQ är att alla rings upp inom 120 minuter och att inga avvisas. Mätningen av tillgängligheten per telefon i november 2006 visar att cirka 90 procent av patienterna kommer fram till TeleQ och att drygt 80 procent blir uppringda inom 120 minuter.

### *Kompetensförsörjning*

Enligt en enkät till alla chefer i primärvården sent på hösten 2006 finns för närvarande diabetessjuksköterska vid samtliga vårdcentraler inom länet. Sjuksköterska med särskild inriktning på astma/KOL finns vid samtliga vårdcentraler inom tre närsjukvårdsområden. I övriga områden finns sådan sjuksköterska vid 80 respektive 60 procent av vårdcentralerna.

Äldre, multisjuka med ibland omfattande medicinering bör ha större tillgänglighet till läkare än andra patientgrupper. Ett mått på denna prioritering är tillgänglighet för patienter på särskilda boenden och för invånare över 75 år.

Enligt enkätsvaren finns tillgång till fast läkare på samtliga särskilda boendena i kommunerna inom ett närsjukvårdsområde. Inom två områden är täckningsgraden 40 procent och i två områden 20 procent eller strax därunder.

### *Läkemedelsförskrivning*

Följsamhet gentemot Läkemedelskommitténs mål är också en väsentlig kvalitetsfaktor. Kommitténs målsättningar är att

- Andelen simvastatin av total statinanvändning ska öka till 80 procent av DDD. Simvastatin har lägsta pris och bra dokumentation.

- Andelen ACE-hämmare av medel som påverkar RAAS ska öka till 80 procent av DDD. ACE-hämmare är väldokumenterade och har avsevärt lägre pris.
- Antal DDD av protonpumpshämmare ska minska med 10 procent

En uppföljning visar att andelen simvastatin 2006 uppgick till 75 procent och andelen ACE-hämmare till något mer än 60 procent. Förändringen av DDD av protonpumpshämmare redovisas för 2006 till sju procent.

### **Närsjukvårdens uppdrag, finansiering och organisation enligt intervjuvar**

Som nämnts inledningsvis har vi inhämtat kompletterande synpunkter från landstingsledningen och ledningen för närsjukvården genom intervjuer på plats eller telefonintervjuer. Åtta personer har intervjuats enligt särskilt intervjuformulär om närsjukvårdens uppdrag, finansiering och organisation. Av dessa ingår sex i ledningen för närsjukvården. Vi har också genomfört ett seminarium med ledningen för närsjukvården vid ett halvdagsmöte 23 oktober 2007.

### **Uppdrag, direktiv och intressenter**

Vid intervjuer och under seminariet har vi diskuterat i vilken utsträckning som närsjukvårdens uppdrag kan anses tydligt formulerat och hur detta uppdrag förmedlas från de förtroendevalda beslutsfattarna till de verksamhetsansvariga.

#### *Uppdrag och direktiv*

Landstingsledningen redovisar att de förtroendevalda när det gäller närsjukvården tydligt prioriterat:

- Omsorg om äldre,
- Läkemedelsförskrivning till äldre
- Information till medborgarna om vart de kan vända sig för hjälp från hälso- och sjukvården
- Insatser för barn och ungdomar

Inom ledningen för närsjukvården uppfattas det politiska uppdraget som mera otydligt formulerat. Det finns oklarheter om gränsdragningen mellan närsjukvård och länssjukvård och om formerna för samverkan med kommunerna.

I något fall framhålls att de politiska direktiven blivit alltför detaljstyrande och inneburit förändringar som inte varit motiverande med hänsyn till befolkningens faktiska behov. Den typen av detaljstyrning uppfattas närmast som försakad av lokala missnöjesyttringar som fått stort utrymme i massmedia.

Massmedia fokuserar traditionellt på avvikelser som kan uppfattas som fel och brister. Krav på förbättringar för någon intressegrupp balanseras inte av analyser av vad en förändrad resurstilldelning innebär för andra, prioriterade områden. Det finns ett stort behov för landstinget av kanaler för att föra ut ett konsistent budskap om vad verksamheten tillför medborgarna generellt.

De folkhälsoenkäter som görs regelbundet innehåller mycket information om hur landstingets verksamhet uppfattas av medborgarna. Den informationen skulle kunna publiceras i för medborgare och massmedia mer överskådlig och lättillgänglig form. Det ger en annan bild än de missnöjesyttringar som uppmärksammas i massmedia.

#### *Intressenter*

Vi har inte funnit några analyser av vilka intressenter som kan antas vara väsentliga för närsjukvårdens verksamhet. Begreppet uppfattas som svårtolkat och svaren på frågan om intressenter blir splittrade och otydliga. Ett flertal av de intervjuade anger länssjukvården, kommunerna och Försäkringskassan som de mest betydelsefulla intressenterna. I något fall redovisas också frivilligorganisationer och näringslivet, befolkningen och patienterna bland intressenterna.

## Resurser och organisation

### *Resurstilldelning*

Intervjusvaren i det här avsnittet ger närsjukvårdens bild av resurstilldelningen. Fyra av sex intervjuade i ledningen för närsjukvården bedömer i enkätsvar att dess resurser kan anses otillfredsställande eller inte särskilt bra. I tre svar anges alternativet tämligen bra. När det gäller länssjukvården finns närmast total enighet om att dess resurser kan anses vara tämligen bra.

Sex intervjuade anger att de anser att balansen mellan närsjukvårdens och länssjukvårdens resurser kan anses otillfredsställande eller inte särskilt bra. Två anser att den är tämligen bra. Som noterats ovan uppfattas att det finns oklarheter om gränsdragningen mellan närsjukvård och länssjukvård.

I intervjuerna redovisas uppfattningen att länssjukvården försöker lägga över uppgifter på närsjukvården. Länssjukvården begär att närsjukvården gör så mycket som möjligt av provtagningar och annat innan patienten remitteras till länssjukvården. De intervjuade anser också att länssjukvården inte alltid fullgör sitt uppdrag i behandlingen av patienterna utan lämnar över uppgifter till närsjukvården.

I sakgranskningen har noterats att motsvarande frågor till länssjukvården kunnat ge till svar att närsjukvården skjuter över uppgifter till länssjukvården. I *Nysam*<sup>6</sup> redovisas exempelvis att antalet remisser från närsjukvården till länssjukvården i Landstinget Dalarna är högst bland de landsting som ingår i undersökningen och att akutmottagningarna vid sjukhusen i Dalarna får en överströmning av primärvårdspatienter.

På frågan om det skett någon förändring i balansen mellan närsjukvård och länssjukvård de senaste fem åren ger de intervjuade inte något entydigt svar. Fyra säger ja och fyra svarar nej. Av de fyra som svarat ja på frågan anser två att förändringen varit tydligt eller i viss mån till närsjukvårdens nackdel. Två anser att förändringen varit till viss del förmånlig för närsjukvården.

### *Organisation*

Närsjukvårdens struktur uppfattas som i huvudsak rätt väl anpassad till länets geografiska förhållanden och till befolkningsstrukturen. Anpassningen till befolkningens skillnader i sjuklighet uppfattas som något mindre tillfredsställande. I ett svar anges att länets 31 vårdcentraler kan anses utgöra ett för stort antal utbudspunkter. Det kan i en del fall innebära för liten verksamhetsvolym vid en vårdcentral.

Fem av sju som svarat på frågan anser att det inte alls eller endast i viss mån finns reglerade former för samverkan mellan närsjukvård och länssjukvård. Två anser att formerna kan anses rätt väl utvecklade. Avtal som reglerar samverkan finns enligt två svarande inte alls och enligt fem svarande i viss mån. Länssjukvården har enligt intervjusvaren inte upprättat några mottagningar inom närsjukvården.

## Kompetensförsörjning

De fem intervjupersoner som svarat på frågan om hur de bedömer närsjukvårdens kompetensförsörjning har angett att den kan anses bristfällig eller tveksam. Läkarförsörjningen är det problem som lyfts fram generellt. Det finns allvarlig läkarbrist i tre av fem närsjukvårdsområden.

Som ett observandum noteras att medelåldern bland distriktssjuksköterskor är hög. Det behöver uppmärksammas i planeringen av den framtida kompetensförsörjningen.

Analys av nuvarande och framtida behov av kompetens görs enligt sex svarande vid enstaka tillfällen eller rätt ofta. Enheterna tar enligt dessa svar fram strategier, mål och handlingsplaner vid enstaka tillfällen eller rätt ofta.

---

<sup>6</sup> Nyckeltalssamverkan

**Hinder och framgångsfaktorer**

Tre av sju intervjuade som svarat på frågan bedömer närsjukvårdens förmåga att fullfölja sina centrala uppgifter som tveksam. Fyra anser att den kan anses godtagbar.

Bland viktiga bristområden lyfts bland annat rekryteringsproblemen fram. Som särskilda problem noteras också omhändertagande av patienter med psykosocial problematik, kronisk smärta och diffusa symptom. Dialog med olika intressenter, bland annat länssjukvården, är andra exempel som nämns.

Insatser för att identifiera intressanta exempel utanför landstinget görs enligt intervjusvaren tämligen ofta. Fem av sju som svarat på frågan anser att möjligheterna att med framgång implementera sådana lösningar i närsjukvårdens verksamhet är rätt stora. Två anser däremot att förutsättningarna är små.