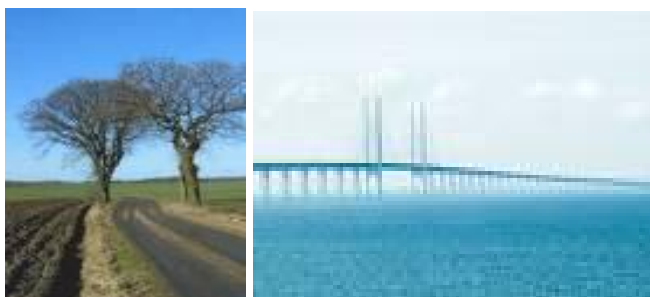


Region Skåne
Granskning av närsjukvårdsutvecklingen
i Region Skåne



Revisionsrapport 2007-01-22

Anki Eriksson och Gunnar Uhlin Ernst & Young

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	6
2.1 Uppdrag.....	6
2.2 Syfte	6
2.3 Utgångspunkter och frågeställningar	6
2.4 Metod och avgränsning.....	7
3. Bakgrund.....	8
3.1 Utgångspunkter för närsjukvårdens utveckling.....	8
3.2 Vad är närsjukvård och finns det ett färdigutvecklat närsjukvårdssystem?.....	8
4. Närsjukvårdens utveckling inom Region Skåne	11
4.1 Uppdrag och utgångspunkter för regionens närsjukvårdsutveckling	11
4.2 Förändringsarbetets organisation och arbetsformer	12
Kommentarer	15
4.3 Hur fungerar stödet från sjukhusens specialister till primärvårdens och kommunernas personal – och hur utvecklas de stora sjukhusens roll för närsjukvården i förhållande till Skånsk Livskraft – vård och hälsa?.....	16
4.4 Hur sker avgränsningen från regiongemensamma vårdlogiker i det praktiska arbetet på kliniknivå?.....	21
4.5 Vilka effekter kan konstateras som en följd av ny styr- och ersättningsmodell?.....	22
4.6 Hur fungerar samarbetet med kommunerna i relation till målsättningen?	24
5. Övergripande analys, bedömning och rekommendationer	26
5.1 Analys och bedömning	26
5.2 Förslag.....	29

Bilaga 1. Svagheter och risker i regionens närsjukvårdsutveckling

Bilaga 2. Några citat från intervjugenombandet.

1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av revisorerna i Region Skåne genomfört en granskning av närsjukvårdsutvecklingen. Granskningens övergripande syfte har varit att ge revisorerna ett underlag för att bedöma vidtagna och planerade åtgärder i genomförandet av närsjukvården.

Den nationella handlingsplanen, liksom behovet av att utveckla en vårdstruktur som bygger på samordning av resurser, ligger till grund för att mer än hälften av landets sjukvårdshuvudmän driver en närsjukvårdsutveckling.

Det finns ingen fastlagd nationell definition av begreppet närsjukvård. På många håll används definitionen att närsjukvården ska erbjuda vård för patienter som ofta har behov av vårdinsatser och att tillstånden ska vara vanligt förekommande i befolkningen. Det ska också vara samhällsekonomiskt motiverat att göra insatserna lokalt.

Enligt den utredning som Socialstyrelsen genomförde år 2003 av utvecklingsläget kring olika närsjukvårdslösningar i landet, konstaterades att det finns olika former och utvecklingsspår för den närsjukvårdsutveckling som sker. I huvudsak kan tre utvecklingsspår urskiljas.

Ett av dessa innebär att närsjukvården byggs upp kring mindre sjukhus, vars verksamhetsinnehåll förändras till följd av ändrad organisation för den högspecialiserade vården. Närsjukvården Österlen AB är ett exempel, Närsjukvården i Finspång i Östergötland är ett annat.

En annan modell bygger på att närsjukvårdens resurser organiserats utanför sjukhusen i sk närsjukvårdsområden. Dalarna och Östergötland är två exempel där bassjukvården indelats i olika geografiska närsjukvårdsområden.

Den tredje modellen bygger på att den befintliga organisationen utgjort grunden och att man format en närsjukvårdsfunktion/ett närsjukvårdssystem utifrån samverkan i vårdkedjor och processer. Region Skånes närsjukvårdsutveckling har inslag av alla tre utvecklingsspåren.

Inom ramen för den närsjukvårdslogik som Skånsk Livskraft bygger på ska närsjukvården utgöra basen för regionens hälso- och sjukvård.

Utvecklingsläget kring den närsjukvårdsidé Skånsk livskraft redogör för kan sammanfattas enligt följande;

- Målbilden och idén kring den närsjukvårdsutveckling som ska ske i regionen finns tydligt beskriven, är väl förankrad, men behöver konkretiseras.
- En gemensam styrform finns etablerad för hur arbetet ska drivas inom respektive distrikt.
- Formen för det övergripande och regiongemensamma processtödet har varierat och kan beskrivas som svagt och otydligt. En regiongemensam konkretisering av vad närsjukvården ska bestå av och riktlinjer för hur detta ska åstadkommas saknas och efterfrågas, liksom gemensamma kvalitetsmål och standards för den närsjukvård som ska byggas upp.

- Ett aktivt och tvärsektorielt utvecklingsarbete har skett på lokal nivå inom varje distrikt. Resultatet av detta har lett till att flera nya vårdprocesser och lösningar etablerats för vården kring olika behovsgrupper. Ett aktivt arbete pågår också för att utveckla ett mer effektivt arbetssätt kring hur patienter får kontakt med och kommer in i sjukvårdssystemet.
- Det saknas för närvarande kunskap om hur närsjukvården fungerar för prioriterade behovsgrupper.
- En kvarstående kritisk faktor för närsjukvården, som ännu inte har hanterats på ett tillfredställande sätt, är hur vårdprocesser som går över organisations- och ansvarsgränser skall styras och ledas. Detta blir särskilt väsentligt i en situation då ett uttalat ansvar för helheten saknas.

För att nå de intentioner och effektivitetsvinster som eftersträvas *fordras att resurser och kompetens omfördelas* och att *nya vårdprocesser* formas. Generellt tycks detta vara närsjukvårdsutvecklingens svagaste punkt. Om inte resurs- och uppdragsstyrningen strukturerat anpassas tillsammans med att de nya vårdprocesserna tydliggörs – uteblir möjligheterna att nå de mål som formulerats kring närsjukvården och förutsättningarna för att åstadkomma den effektivitet och tillgänglighet som eftersträvas uteblir. Ofta har heller inte förändringar kring den övergripande strukturen fullföljts på ett sådant sätt att de nödvändiga förutsättningarna för en god inre effektivitet etablerats. Genom att förändringar sker beträffande var i organisationen de olika vårdtjänsterna ska levereras, krävs också att mer strukturerade följdåtgärder vidtas i den inre verksamheten. För att åstadkomma detta fordras att förändringsprocessens alla delar styrs och fullföljs på ett mer genomgripande och ändamålsenligt sätt.

I granskningen har identifierats ett antal utvecklingsområden som kan bidra till att skapa förutsättningar för det fortsatta arbetet med utveckling av närsjukvården.

- Förtydliga den övergripande målbilden för närsjukvård.
- Definiera gemensamma nämnare för vad som skall känneteckna regionens närsjukvård.
- Utveckla en regiongemensam strategi för införande och styrning av närsjukvård.
- Ta fram en handlingsplan för utvecklingen.
- Utforma ett ändamålsenligt centralt processtöd för utveckling och uppföljning av närsjukvård.
- Förstärk ersättningssystemet med incitament som stödjer närsjukvårdens målbild.
- Ta fram ändamålsenliga utgångspunkter för kapacitetsstyrning, överväg ny primärvårdsorganisation samt utveckla nya arbetssätt i primärvården.
- Säkerställ att lokala forum finns för samordning, resursplanering, utveckling och uppföljning av närsjukvård.
- Ta fram en gemensam form för uppföljning.
- Genomför riktade uppföljningar av hur närsjukvården fungerar för prioriterade behovsgrupper.

- Utveckla organisationskulturen – stöd kulturbärare. Närsjukvård består till viktiga delar av ett annat förhållningssätt.

2. Inledning

2.1 Uppdrag

Region Skånes revisorer har beslutat genomföra en granskning av närsjukvårdsutvecklingen inom Regionen. Ernst & Young har biträtt i granskningsarbetet.

Inom ramen för Skånsk Livskraft - vård och hälsa ska närsjukvården utgöra basen för Regionens hälso- och sjukvård. Närsjukvårdsutvecklingen ställer krav på ett aktivt förändringsarbete med tydliga strategiska och operativa mål samt att tydliga uppdrag och en tydlig ansvarsfördelning fastställs.

Utvecklingen kräver också strukturerade följdåtgärder i den inre verksamheten. För att nå de mål som eftersträvas fordras att resurser omfördelas och att ändamålsenliga vårdprocesser formas.

2.2 Syfte

Granskningen ska ge en beskrivning av vilka åtgärder som sker för att utveckla en effektiv vårdstruktur och en systemeffektivitet där Närsjukvården ska utgöra basen för hälso- och sjukvården.

Granskningen avser att lyfta fram risk och väsentlighet i Regionens närsjukvårdsutveckling. Syftet är bl a att granska hur distriktsnämnder och förvaltningsledningar agerat vid verkställandet av de beslut som rör närsjukvårdens utveckling.

Granskningsuppdraget syftar dessutom till att belysa de områden där förbättringar bedöms vara nödvändiga, samt att komma med impulser till förbättringar.

2.3 Utgångspunkter och frågeställningar

Granskningen har genomförts bl a utifrån de intentioner som ligger till grund för närsjukvårdens utveckling enligt Skånsk Livskraft – vård och hälsa.

Revisorerna har formulerat följande fem frågeställningar till grund för granskningen:

- Hur arbetar Regionen, centralt och lokalt, med närsjukvårdsutvecklingen relaterat till de aktuella målsättningarna? Är gällande målsättningar kända och förankrade på ett likartat sätt inom Region Skåne?
- Hur fungerar stödet från sjukhusens specialister till primärvårdens och kommunernas personal – och hur utvecklas de stora sjukhusens roll för närsjukvården i förhållande till Skånsk Livskraft – vård och hälsa?
- Hur sker avgränsningen från regiongemensamma vårdlogiker i det praktiska arbetet på kliniknivå?
- Vilka effekter kan konstateras som en följd av ny styr- och ersättningsmodell? Är dessa effekter i linje med vad som kunnat förutses?

- Hur fungerar samarbetet med kommunerna i relation till målsättningen?

De iakttagelser som har gjorts i förhållande till ovanstående fem frågeställningar redovisas i avsnitt 4.

Utöver de fem huvudfrågorna formulerades ett antal fördjupningsfrågor;

- Hur sker den strategiska styrningen för att etablera en effektiv närsjukvård? D v s - hur sker uppdragsstyrningen och vilka förutsättningar etableras för effektiv samverkan på strategisk och operativ nivå?
- Utvecklas vårdutbudet i relation till den styrlogik närsjukvårdsutvecklingen bygger på?
- Har uppdragen till respektive vårdnivå och produktionsenhet anpassats och gjorts tydliga?
- Sker en ändamålsenlig resursstyrning i relation till ändrade uppdrag och ändrad ansvarsfördelning mellan produktionsenheter?
- Har vårdprocesser förändrats i relation till den gällande vårdlogiken och vilka styrmekanismer har inrättats för att säkra effektiva vårdprocesser med rätt insatser per vårdnivå?
- Hur organiseras kunskapsstyrningen i relation till ovanstående frågeställning och i förändringsarbetet som helhet?
- Hur har berörda nämnder följt upp de fastställda målen kring närsjukvårdsutvecklingen?

Fördjupningsfrågorna hanteras dels i avsnitt 4 och dels i den diskussion som förs i avsnitt 5.

2.4 Metod och avgränsning

Granskningsrapporten sammanfattar på övergripande nivå den utvecklingsprocess som har skett så här långt. Tyngdpunkten i uppdraget är att ur ett regionperspektiv beskriva och värdera de arbetsformer som tillämpats för att nå de mål som fastställts. Enskilda initiativ, projekt eller organisationsförändringar har inte utvärderats.

I huvudsak baseras granskningen på intervjuer och studier av styrande dokument (måldokument, avtal, samverkansöverenskommelser, regionala vårdprogram mm). Intervjuerna har bl a syftat till att kartlägga olika ledningsfunktioners och verksamhetsansvarigas roll i närsjukvårdsutvecklingen.

Intervjuarbetet har innefattat intervjuer med:

- Regionens sjukvårdsdirektörer.
- Primärvårdscheferna för Mellersta, Sydvästra och Nordvästra distriktet samt för Ystad och Österlens distrikt.
- Representanter för Kommunförbundet i Skåne.
- Representanter för hälso- och sjukvårdsledningen.

- Representanter för UMAS, USiL och CSK.

3. Bakgrund

Avsnittet tecknar en nationellt övergripande och generell bakgrund till ämnet.

3.1 Utgångspunkter för närsjukvårdens utveckling

Svensk hälso- och sjukvård har de senaste decennierna präglats av att olika åtgärder vidtagits för att skapa en mer effektiv vårdstruktur. Bland annat har en rad vårdpolitiska reformer genomförts, vilka alla syftar till att det samlade vårdutbudet ska nyttjas effektivt. Sjukvården har de senaste decennierna också präglats av en dramatisk minskning av antalet slutenvårdsplatser som inte åtföljts av en tillräcklig utbyggnad av öppenvården.

Tanken med, liksom utmaningen för huvudmännen i närsjukvårdsutvecklingen, är att skapa en närsjukvård som ska svara för en del av den vård som tidigare hanterades inom den slutna och öppna specialistsjukvården. Vidare att erbjuda de ”nya” vård- och behandlingsformer som kan ges i en öppenvård som inte kräver akutsjukhusets resurser till följd av utvecklade terapimetoder.

Som ett led i att skapa en mer ändamålsenlig vårdstruktur etableras närsjukvårdskoncept på flera håll i landet. En annan bakomliggande orsak är bl a att den medicinsktekniska utvecklingen, vilken möjliggör en utvecklad öppenvård. Ytterligare en utgångspunkt för initiativen kring närsjukvårdsutvecklingen i landet är den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Planen syftar till att stärka inriktningen om en utbyggd primärvård och omstrukturering av den öppna specialistsjukvården. Propositionen understryker bl a att en förbättrad tillgänglighet måste skapas för en rad prioriterade behovsgrupper som barn och vuxna med psykiskt funktionshinder, förbättrade vårdformer för äldre med långvarigt behov av nära och lätt tillgängliga insatser samt ökad tillgänglighet i primärvården.

Således har propositionen, men också behovet av att använda resurser mer effektivt, lett till de åtgärder som nu sker för att effektivisera den högspecialiserade vården och för att skapa en ökad tillgänglighet i en mer resurseffektiv närsjukvård.

3.2 Vad är närsjukvård och finns det ett färdigutvecklat närsjukvårdssystem?

Mer än hälften av landets sjukvårdshuvudmän bedriver en utvecklingsinriktning som syftar till att forma ett närsjukvårdskoncept. En nationellt fastställd definition av begreppet ”närsjukvård” finns inte som tydliggör vad en sådan vårdnivå/vårdlogik ska innehålla och som preciserar vilka behovs-/patientgrupper som ska hanteras inom närsjukvården. Det råder också olika uppfattningar inom och mellan olika landsting/sjukvårdshuvudmän.

Olika parter har försökt att beskriva begreppet och sammanfatta den utveckling som sker.

Det nationella Beställarnätverket tog år 2001 fram en definition på närsjukvård som används i flera landsting¹. Nätverket enades där om en definition som innebär att närsjukvårdens uppgift är att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är;

- vanligt förekommande i befolkningen,
- ofta förekommande för individen,
- samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt.

Socialstyrelsen genomförde år 2003 en kartläggning av den närsjukvårdsutveckling som då hade skett i landet². Kartläggningen togs fram som en del av Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvårdens utveckling. Rapporten sammanfattar utvecklingsläget år 2003 och anger att 13 huvudmän då hade initierat en utveckling av närsjukvård. Författarna konstaterade också att det då inte fanns något färdigutvecklat närsjukvårdssystem. De strategier och idéer som huvudmännen kopplade till utvecklingen beskrivs, liksom hur utvecklingsarbetet organiserats i olika landsting.

Beträffande det utvecklingsarbete som ska leda fram till en utvecklad närsjukvård, lyfter rapporten fram ett antal avgörande förutsättningar. Bland annat behovet av att tydligt definiera det närsjukvårdssystem man har för avsikt att utveckla och vikten av att ta fram tydliga uppdrag för utförarna i systemet. Andra framgångsfaktorer som anges är att utvecklingsarbetet utgår från en tydlig strategi, att arbetssätt och ansvarsfördelningen för genomförandet är tydliggjort samt att det fordras incitament för samverkan. Vidare konstaterar man att ett utvecklat närsjukvårdssystem skulle bidra till att förverkliga de ambitioner som fastställs i den nationella handlingsplanen.

Sveriges Läkarförbund tog år 2006 fram en modell för närsjukvård³. Förbundets definition av närsjukvård lyder; "vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser". Läkarförbundet diskuterar vidare en närsjukvård som består av tre dimensioner/tre delar:

- *Den primära närsjukvården*: Denna nivå består av familjeläkarvård och vård i boendet. Vårdsnivån omfattar diagnos och behandling av alla vanligt förekommande sjukdomstillstånd/skador och inkluderar även sammanhängande omvårdnad, samtalsterapi, sjukgymnastik mm. Vårdsnivåbeskrivningen utgår från en utbyggd familjeläkarvård. Vårdsnivån innefattar även de vårdinsatser som ges i ordinära och särskilda boenden där kommunerna är huvudmän.
- *Den specialiserade närsjukvården* beskrivs som en nivå som består av öppen och slutet specialsjukvård där inte det fullt utrustade akutsjukhusets resurser behövs. Den organisatoriska placeringen av den öppna specialistsjukvården preciseras inte i detalj. Antingen kan denna ges i primärvårdens regi eller vid sk närsjukhus. Slutenvård kan tillhandahållas vid närsjukhus eller inom ramen för andra/större sjukhus. Vidare anges

¹ Beställarnätverket: Rapport från projekt i nätverkets handlingsprogram 1999-2000-Närsjukvård, 2001.

² Kartläggning av närsjukvård - en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2003

³ Framtidens närsjukvård - en modell från Sveriges läkarförbund (2006)

alternativa placeringar av specialistläkarkompetensen där läkaren kan ambulera mellan tjänstgöring inom närsjukvården och vid ett högspecialiserat sjukhus.

- Den tredje delen benämns *samverkansvård* och omfattar de personer som behöver hälso- och sjukvård i boendet och som också har ett varaktigt behov av läkarinsatser. Samverkansvården bygger på att en strukturerad samverkan formas mellan olika vårdnivåer och huvudmän runt olika behovsgrupper.

Det aktuella utvecklingsläget 2006 har inte förändrats på något påtagligt sätt sedan Socialstyrelsens kartläggning 2003. Detta kan bl a konstateras i den modellbeskrivning som Läkarförbundet tog fram 2006.

Gemensamt för den närsjukvårdsutveckling som pågår på flera håll i landet är att sjukvårdshuvudmännen avser skapa ett närsjukvårdssystem som ska utgöra basen i sjukvården. En annan gemensam nämnare är att systemet ska hantera behov som inte kräver det högspecialiserade sjukhusets resurser. Vidare att familjeläkarsystemet ska utgöra basen i systemet utifrån ett vidgat åtagande. Andra gemensamma kännetecken och värdegrunder för den närsjukvårdsutveckling som sker är att närsjukvården ska bygga på *helhetsyn* på individen/patienten, *kontinuitet*, *tillgänglighet* och *samverkan*. Givet är också perspektivet ”nära” och att åstadkomma lösningar och ett utbud där *resurser nyttjas så optimalt som möjligt*. Andra vanliga målsättningar som förekommer är att man vill åstadkomma vårdprocesser som innebär så *få vårdkontakter* och så *få transporter* som möjligt behövs.

Hur man bygger upp den utvecklade öppenvården och den slutna närsjukvården ser av naturliga skäl olika ut. Generellt finns dock ett gap mellan de mål som formulerats kring närsjukvårdsutvecklingen och det aktuella utvecklingsläget.

Man kan heller inte idag peka på ett färdigutvecklat och tydliggjort närsjukvårdssystem. Runt om i landet finns dock en rad exempel på utvecklade vårdprocesser och utvecklade samverkans- och utbudsformer som är intressanta delar i ett närsjukvårdssystem. Många länsdelssjukhus och mindre sjukhus har omvandlats till sk närsjukhus och i vissa storstäder har närsjukvårdsakuter etablerats. På andra håll har särskilda närsjukvårdsplatser eller hela avdelningar organiserats, ofta i samverkan mellan akutsjukvården, primärvården och kommunen. I Region Skåne finns flera exempel, som behandlas längre fram i rapporten.

4. Närsjukvårdens utveckling inom Region Skåne

4.1 Uppdrag och utgångspunkter för regionens närsjukvårdsutveckling

Övergripande mål- och styrdokument till grund för regionens närsjukvårdsutveckling

Utgångspunkterna för regionens hälso- och sjukvårdsutveckling anges i dokumentet Skånsk livskraft – vård och hälsa (fastställd av regionfullmäktige juni 2003). Enligt dokumentet ska regionens hälso- och sjukvård vara indelad i fyra logiker. Dessa är:

- Närsjukvård.
- Specialiserad akutsjukvård.
- Specialiserad planerad vård.
- Högspecialiserad vård.

Syftet med dokumentet var och är att tydliggöra regionens strategi för en långsiktig ny- och omorientering av det samlade vårdutbudet i Skåne. Ambitionen med Skånsk Livskraft är att utveckla en hälso- och sjukvård och en vårdstruktur som ska:

- Utgå från medborgarnas behov.
- Leda till ökad tillgänglighet och kvalitet.
- Bygga på utvecklat samarbete och hälsoinriktat arbetssätt.
- Vara likvärdig i hela Skåne.
- Leda till ett bättre resursnyttjande.

Dokumentet redogör för en idémässig plattform för varje logik, liksom grunddragen för utvecklingen inom respektive vårdlogik. Dokumentet redogör för målbilden för regionens närsjukvårdsutveckling, liksom målbilden för övriga logiker.

I Skånsk livskraft - vård och hälsa, slås fast att närsjukvården är basen i den skånska hälso- och sjukvården och att närsjukvården utgör drygt hälften av regionens hälso- och sjukvård. Utifrån detta har ett brett panorama av vårdbehov angetts där de flesta insatserna förväntas kunna hanteras inom en utbyggd närsjukvård. De behov som i första hand avses hanteras inom närsjukvården är:

- Vanliga sjukdomstillstånd.
- Kroniska sjukdomar.
- Äldre och barnfamiljers vårdbehov.
- Psykisk ohälsa, missbruk.
- Rehabilitering.
- Habilitering.

Region Skånes definition av närsjukvård enligt Skånsk livskraft lyder;

”Närsjukvården är basen i hälso- och sjukvården. Den ansvarar för huvuddelen av människors vardagliga sjukvårdsbehov. I närsjukvården ges vården nära patienten och vid behov genast. Närsjukvårdens uppdrag gäller dygnet runt, årets alla dagar. Detta gäller såväl planerbara (elektiva) som akuta behov. Närsjukvården samordnar relevanta funktioner, kompetenser, och resurser i varje enskild vårdssituation. Detta sker genom samverkan mellan det som idag är primärvård, den kommunala hälso- och sjukvården och övriga öppenvårdsspecialister. Värdebasen för närsjukvården är tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn.”

Inom ramen för närsjukvården ska det finnas akutmottagning för närsjukvård och närsjukvårdsplatser vid Skånes alla sjukhus. Det gemensamma närsjukvårdsuppdraget innefattar också ett krav om att etablera sammanhållna vårdprocesser.

Ett annat centralt styrdokument är Hälso- och sjukvårdsnämndens budget. I budgeten anges de grundprinciper och målsättningar som ska gälla för respektive logik och verksamhetsår.

Ytterligare ett gemensamt och regionövergripande styrdokument är familjeverksamhetens/primärvårdens generella kravspecifikation (GK:n). Kravspecifikationen definierar på en övergripande nivå vilket åtagande som primärvården ska ha gentemot befolkningen. I denna understryks att primärvården har en central roll inom ramen för närsjukvårdslogiken, men att primärvården inte ensam kan lösa närsjukvårdsuppdraget. Där fastställs att det kommer krävas ett förändrat arbetssätt vid familjeläkarenheterna tillsammans med en ökad samordning av närsjukvårdens ingående resurser.

Den geografiska omfattningen av närsjukvården är hela Regionen. Införandet har planerats ske med utgångspunkt från den övergripande beskrivningen och de inriktningsmål som tagits fram, men med ett givet utrymme för lokala anpassningar. Utifrån dessa formellt fastställda utgångspunkter har, fram till december 2006, det operativa genomförande- och ledningsansvaret legat på respektive distriktsnämnd. Styrprincipen har således byggts på decentraliserat genomförandeansvar åvilat distriktsnämnderna. Hälso- och sjukvårdsnämndens, respektive hälso- och sjukvårdsledningens roll har handlat om att ange övergripande riktlinjer samt att på olika sätt samordna gemensamma frågor.

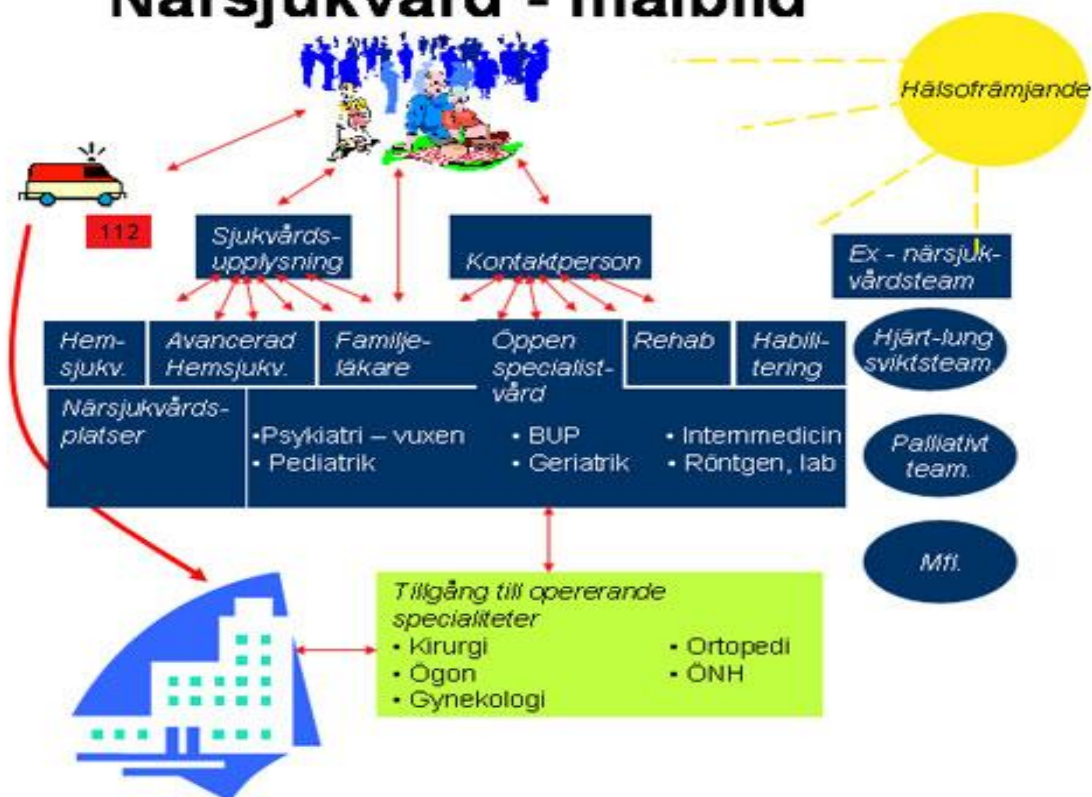
Respektive distriktsnämnd har utifrån en gemensamt fastställd struktur utformat formella närsjukvårdsuppdrag till respektive förvaltning. Förvaltningsuppdragen, liksom utvecklingsläget kring närsjukvårdens utveckling, redovisas av respektive nämnd i den samlade årsredovisningen.

4.2 Förändringsarbetets organisation och arbetsformer

Organisation och arbetsformer för regionens närsjukvårdsutveckling

I ett tidigt skede etablerades en regiongemensam visionsgrupp för närsjukvårdens utveckling. Visionsgruppens inledande arbete var att ta fram en ”målbild” för närsjukvården.

Närsjukvård - målbild



Figur 1: Målbilden för närsjukvårdslogiken inom Region Skåne.

Den målbild som togs fram fastställdes av Regionfullmäktige 2003 och i juni 2004 fattade fullmäktige ett antal principbeslut kring närsjukvårdens utveckling⁴. Bl a att distriktsnämnderna skulle ansvara för utvecklingen av närsjukvården i respektive distrikt.

I september 2004 fastställde Hälso- och sjukvårdsnämnden gällande grundprinciper för närsjukvårdens utveckling och i december samma år beslutade nämnden om strukturen för de gällande närsjukvårdsuppdragen, vilka åvilade distriktsnämnderna att rikta till respektive produktionsnivå.

I visionsgruppens regi arrangerades inledande och regionövergripande dialogkonferenser riktade mot såväl politiker som tjänstemannaledningarna, där ett strategiarbete skedde i seminarieform. Ett omfattande arbete genomfördes av gruppen som inom ramen för konferenserna mötte ett par tusen representanter för regionens verksamheter.

Visionsgruppen har efter hand ersatts av andra centrala forum. För närvarande samordnas regiongemensamma frågor kring närsjukvårdens utveckling utifrån ett nybildat organ under namnet "Närsjukvård-nu". Detta forum organiseras av hälso- och sjukvårdsledningen. I början av 2006 arrangerade Hälso- och sjukvårdsledningen inom ramen för forumet Närsjukvård - nu ett regionövergripande arbete för att ta fram en gemensam arbetsmodell för den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen. Under året genomfördes tre workshops. Arbetet sammanfattades i oktober 2006 i dokumentet "Närsjukvård-nu-resultat och fortsatt arbete".

⁴ Utgångspunkterna för närsjukvårdens utveckling beskrivs i dokumentet "En ny struktur för hälso- och sjukvården", 2004.

Utifrån de tre workshops som genomförts konstaterades bl a att:

- En regiongemensam struktur behöver tas fram för ett långsiktigt förändringsarbete på såväl central som lokal nivå.
- Det behöver utvecklas en gemensam arbetsmodell för det fortsatta utvecklingsarbetet.
- Det behövs en beskrivning av vad som ingår i vårdformen/vårdlogiken närsjukvård.
- Nya arbetssätt behöver utvecklas för att uppnå målen.
- Gemensamma standards behöver tas fram för närsjukvården.
- Gemensamma uppföljningsindikatorer behöver fastställas.
- En gemensam modell behöver utvecklas för att beskriva vårdbehoven i olika geografiska områden.

Resultatet fastställdes i det PM som sammanfattar de diskussioner som fördes och beslut som fattades, men har inte åtföljts av en fortsatt arbetsprocess. Huvudskälet till detta är att såväl den politiska organisationen som tjänstemannaorganisationen för regionens hälso- och sjukvårdsledning för närvarande står i en förändringsfas. Det regionövergripande arbetet kring närsjukvårdens utveckling har av detta skäl hamnat i ett vänte-/viloläge.

Förändringen innebär att distriktsnämnderna avskaffades från och med 1 januari 2007 för att ersättas av att Hälso- och sjukvårdsnämnden får hela ansvaret för regionens hälso- och sjukvård. Formen för den nya ledningsorganisationen för sektor vård och hälsa är ännu inte fastställd. Den lösning som diskuterats är att en central närsjukvårdsberedning ska etableras.

Det operativa ansvaret för att omsätta direktiven kring närsjukvårdens utveckling har så här långt således åvilat respektive distriktsnämnd. För att säkra kommunernas delaktighet fastställdes i ett tidigt skede att varje distrikt skulle etablera lokala styrgrupper (gemensamma strategigrupper med representanter för primärvården, kommunerna i respektive distrikt och berörda sjukhus). Ordförandeskapet för varje lokal styrgrupp har legat på regionen och hanterats av respektive distrikts sjukvårdsdirektör.

Styrgruppernas uppdrag har varit att utveckla det lokala närsjukvårdssystemet och de samverkansformer som fordras. Under styrgruppen har separata projektgrupper och kommunvisa grupper organiserats. Ofta har primärvården varit motorer i de undergrupper och kommunvisa grupper som bildats.

Huvuddelen av de projekt som startats och genomförts har riktats mot olika valda behovs-/patientgrupper. T ex utveckling av den palliativa vården och demensvården, utvecklade psykiatriska vård- och samverkansformer, förbättrade vårdkedjor för stroke, utvecklade arbetsformer för hemsjukvård mm, mm. En imponerande samling projekt kan sammantaget redovisas från de olika distriktskanslierna och de lokala styrgruppernas arbete.

En starkt positiv effekt av gruppernas arbete är att man på det lokala planet upplever att grunden har lagts för en utvecklad samverkan och att former och forum har identifierats för att tillsammans utveckla och styra olika vårdprocesser inom det gemensamma vårdutbudet.

De resultat som uppnåtts har inte byggt på att det funnits en strategi kring hur utbudet ska utformas eller på att det funnits en preciserig av vad som ska ingå i den lokala närsjukvården. De lösningar som växt fram har skett genom att man arbetat fram nya eller förbättrade tillvägagångssätt för den vård som ska ges till valda behovsgrupper.

Kansliernas arbete/roll utifrån det genomförande ansvar som riktats till kanslierna har i huvudsak bestått av:

- Utforma lokala närsjukvårdsuppdrag till respektive förvaltning och vårdenhet.
- Att samordna de gemensamma initiativ som planeras ske inom distriktet kring närsjukvårdsutvecklingen (d v s koordinera primärvårdens, berörda kommuners och sjukhusens roll).
- Att samordna de samarbetsavtal som finns mellan kommunerna och hälso- och sjukvården.

Utifrån de styrgrupper som formats finns en rad arbetsgrupper, vilka driver utvecklingsprojekt i relation till olika behovsgrupper.

Kommentarer

Granskningen har visat att det finns ett antal gemensamma utgångspunkter och arbetsformer för den närsjukvårdsutveckling som skett i regionen. De gemensamma utgångspunkterna är att:

- Den regionövergripande målbild som tagits fram och de övergripande riktlinjer som anges för närsjukvårdens utveckling i dokumentet Skånsk livskraft.
- Besluten om en gemensam form för närsjukvårdsuppdrag och samverkansöverenskommelser.
- De generella krav och den gemensamma rollförklaring som riktas till regionens samlade primärvård.
- Den gemensamma arbetsmodellen med lokala tvärsektoriella styrgrupper.

Det har inte funnits någon samlad analys inför införandeprocessen som mynnat ut i en regiongemensam strategi för införandet och utvecklingen av närsjukvård. Viktiga förutsättningar (s k kritiska framgångsfaktorer) för ett framgångsrikt införande borde ha definierats och hanterats. På motsvarande sätt borde även risker ha identifierats och hanterats som kan försvåra ett effektivt införande.

Ett viktigt medel för att driva den lokala utvecklingen på distriktsnivå har varit den struktur med lokala styrgrupper som etablerats. I dessa har de lokala aktörerna från primärvården, sjukhusen och kommunerna haft ett forum för att driva den lokala närsjukvårdsutvecklingen.

Genom att det inte funnits några strategiska inriktningsbeslut kring hur närsjukvården utbud ska utformas eller kring vad som ska ingå i närsjukvården, har (som ovan beskrivits) olika lösningar växt fram. Utgångspunkten har varit att utveckla genom vårdprocesser för valda behovsgrupper.

För närvarande hänger många frågor i luften kring närsjukvårdens utveckling och hur det fortsatta arbetet ska drivas till följd av att distriktsnämnderna har upplösts från och med årsskiftet 2006/2007. Övergripande har de intervjuer som genomförts visat att ett centralt processtöd saknats och att den centrala samordning som skett kring närsjukvårdens utveckling upplevts som otydlig. Det goda initiativ som togs kring "Närsjukvård.nu" upplevs ha runnit ut i sanden. Vidare har en stabil infrastruktur för erfarenhetsutbyte och information saknats. I huvudsak har erfarenheter utbytts mellan linjechefer i samband med andra gemensamma möten.

En svaghet och oklarhet har uppstått i det lokala närsjukvårdsutvecklingsarbetet till följd av att stödet och utgångspunkterna för en strukturerad resurssamordning och resursstyrning saknas. En ändamålsenlig styrning och samordning av resurser är avgörande för att få till stånd den sammanhållna och breda närsjukvård som målbilden avser. Det är också viktigt för att undvika det informella revirspel kring resursallokering som annars lätt kan uppstå. Kraftfullheten i utvecklingsarbetet försvagas också till följd av det saknas grundläggande lokala definitioner av det närsjukvårdssystem som ska utvecklas.

Grunden för resursstyrningen är att:

- En tydlig beskrivning av hur det lokala närsjukvårdssystemet ska se ut,
- tydliga uppdrag och
- att gemensamma kvalitetsmål och standards tas fram för den utveckling som ska ske.

Saknas detta försämras förutsättningarna att precisera uppdrags- och rollfördelningen i det lokala systemet. Enligt vår bedömning utgör tydligare principer kring resursstyrning och förtydligade uppdrag några av de viktigaste åtgärderna för att utveckla effektiviteten och ändamålsenligheten i den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen. Liksom att det övergripande processtödet stärks.

4.3 Hur fungerar stödet från sjukhusens specialister till primärvårdens och kommunernas personal – och hur utvecklas de stora sjukhusens roll för närsjukvården i förhållande till Skånsk Livskraft – vård och hälsa?

För att målbilden och ambitionerna kring regionens närsjukvårdslogik ska få genomslag fordras att rollfördelning mellan regionens vårdgivare förändras, liksom att samarbetet mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunerna fortsatt vidareutvecklas.

Primärvårdens roll

I den generella kravspecifikationen för familjeläkarverksamheten (GK:n) understryks det beslut som togs av Regionfullmäktige i juni 2004 om ”att det vid familjeläkarenheterna ska finnas ett strukturerat samarbete mellan olika medicinska specialiteter så att råd och stöd kan ges på ett samlat sätt utifrån patientens behov”. Vidare fastställs att primärvården ska utgöra basen för regionens samlade hälso- och sjukvård och präglas av helhetssyn, kontinuitet och hög tillgänglighet för de behovsgrupper vars vårdbehov ska tillgodoses inom närsjukvården. En innebörd av detta är att ambitionerna om en utvecklad närsjukvårdslogik ställer högre krav på primärvården, att primärvården är basen i det närsjukvårdssystem som ska utvecklas och att förutsättningarna för att klara det vidgade åtagandet aktivt måste ses över och utvecklas.

Primärvårdens representanter har på olika sätt deltagit i närsjukvårdsutvecklingen, bl a utifrån sitt deltagande i de lokala styrgrupper som bildats. Parallellt med detta pågår aktiva insatser, bl a med stöd av ”Genombrottsmetoden”, för att utveckla tillgängligheten inom primärvården.

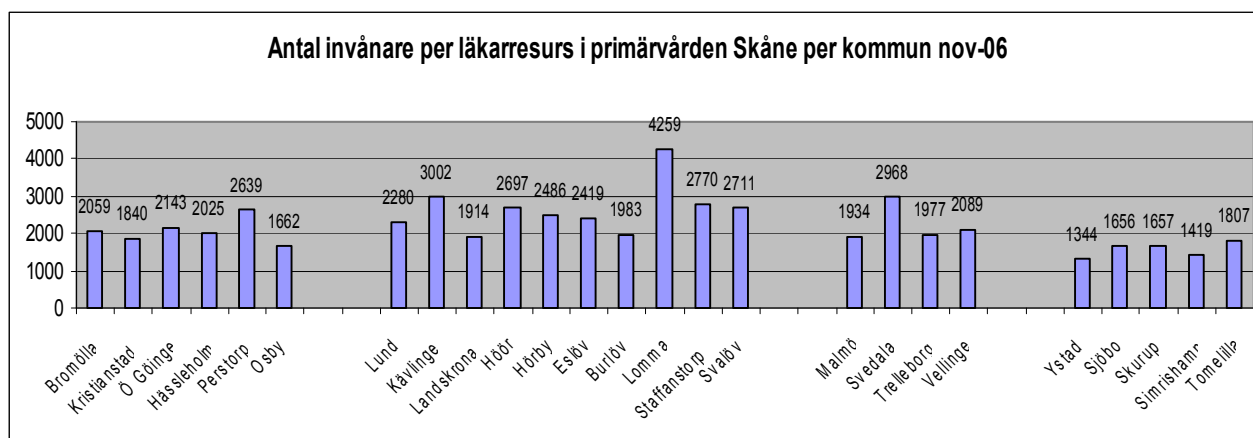
Flera lokala exempel kan redovisas där primärvården genomför åtgärder för att öka sitt åtagande och sin service i relation till ett vidgat närsjukvårdsåtagande. Dock visar granskningen att gränsdragningen mellan primärvården och sjukhusen ofta upplevs som oklar och att det återstår arbete för att tydliggöra detta.

Inom regionen pågår också ett primärvårdsbaserat utvecklingsprojekt för att förbättra samverkan och informationsöverföringen mellan primärvården och sjukhusen. Projektet handlar om att utbilda och organisera särskilda primärvårdskonsulter. I Region Skåne

benämns funktionen AKO (allmänläkarkonsulter) och bygger på ett nationellt utvecklingsprojektet kring primärvårdscoordinatorer (PKO-coordinatorer)⁵. AKO innebär att erfarna specialister i allmänmedicin arbetar som kontaktpersoner mellan primärvård och andra samarbetspartners inom den lokala hälso- och sjukvården. Funktionen och samarbetet kräver också att specialistsjukvården utser en kontaktperson med samma mandat och roll som primärvårdsområdets/distriktets AKO-konsult. AKO-funktionen bedöms ha en given roll i närsjukvårdsutvecklingen och projektet har startat knutet till ett antal akutsjukhus inom regionen. Syftet är att tydliggöra allmänmedicinens identitet och att utveckla vårdkedjor och enskilda vårdprocesser.

Den bekymmersamma bristen på allmänläkare innebär dock kraftigt försämrade förutsättningar för att utveckla de initiativ som fordras. På flera håll finns också en bild av att åtagandet vidgas och att uppdraget inte kan fullgöras till följd av att resurser inte tillförs primärvården i den utsträckning som bedöms som nödvändig.

Resurstillgången inom regionens primärvård ser mycket olika ut. Ett exempel på detta redovisas i figur 2 nedan. Vidare saknas principbeslut och nyckeltal kring hur många det ska finnas av vissa givna nyckelfunktioner inom primärvården, t ex per 100 000 invånare (t ex dietister, kuratorer, sjukgymnaster, diabetessjuksköterskor mm).



Figur 2: Antal allmänläkare i Skåne per kommun per nov 2006 (heltidsresurser) Källa Rrimärvården Region Skåne

Förutsättningarna för att strukturerat åtgärda aktuella frågor kring resursförstärkning och omfördelning av resurser upplevs av de intervjuade som svåra och tungarbetade. *Styr- och normtal kring vilken kapacitet som ska finnas inom primärvården bör tas fram. Det saknas idag ändamålsenliga mål för den kapacitetsförstärkning som ska ske inom primärvården, vilket borde vara givna utgångspunkter för arbetet med att utveckla den vårdnivå som ska vara basen i hälso- och sjukvården.* Det saknas också ett centralt lednings- och processtöd för arbetet med att söka nya former för samordning av resurser mellan sjukhusen och primärvården.

På initiativ av Hälso- och sjukvårdsledningen initierades under 2006 en utredning för att kartlägga primärvårdens förutsättningar. Kartläggningsresultatet är för närvarande ett

⁵ Primärvårdskonsultordningen (PKO) - Handbok för primärvårdskonsulter och primärvårdskoordinatorer, S Tyrberg, Fammi 2005/2006. PKO är ett resultat av ett nationellt samarbete i Fammis regi. PKO-coordinator är en familjeläkare som har i uppdrag att bygga upp och förbättra samarbetet mellan primärvården och sjukhusen via en välfungerande primärvårdskonsultordning inom ett landsting/distrikt.

preliminärt arbetsmaterial. De intervjuer som genomförts har dock visat att primärvårdens förutsättningar för att ta det vidgade åtagande som närsjukvårdsutvecklingen avser behöver stärkas och utvecklas. Bl a beträffande uppdragsförtydligande, förändringar i ersättningssystemet samt stöd för att omfördela och samordna resurser till stöd för de nya arbetssätt som fordras för att primärvården ska kunna utgöra den bas och den centrala kompetens- och serviceplattform inom närsjukvården som är tänkt.

Sjukhusens roll

Genom Skånsk livskraft och utvecklingsdirektiven i relation till närsjukvårdslogiken har sjukhusens roll förändrats.

Sjukhusens närsjukvårdsuppdrag handlar enligt Skånsk livskraft om att organisera akut närsjukvård samt att kunna erbjuda närsjukvårdsorienterad slutenvård. Uppdraget regleras formellt mellan distriktsnämnden och sjukhusledningen i en separat närsjukvårdsöverenskommelse.

Ett fortsatt utvecklingsområde som har indentifierats är hur sjukhusens öppna mottagningar ska kunna integreras i närsjukvården.

Flera av sjukhusen i Skåne har förändrat sitt arbetssätt för akut omhändertagande. Bl a genom att utveckla det akuta omhändertagandet genom att införa triage-baserat arbetssätt. Syftet är här att sortera till ”rätt” vård- och insatsnivå. Det vill säga att närsjukvårdens behovsgrupper ska få ett omhändertagande i enlighet med närsjukvårdslogikens intentioner.

Bla har sjukhusen i Kristianstad, Landskrona m fl förändrat sina akutmottagningar. Allmänmedicinsk kompetens har knutits till akutmottagningarna och ett arbetssätt har utvecklats där rätt vårdnivå och vårdinsatser organiseras i enlighet med arbetsmetoden ”Triage”.

Triage i Kristianstad

Varje vardag 17.00-23.00 samt helger 08.00-23.00 finns distriktsläkare på plats. Akutmottagning för närsjukvård är en del i Nya Akutmottagningen på CSK.

Nya akutmottagningen

Bakom en gemensam dörr till Nya Akutmottagningen tas akut sjuka patienter emot av en akutsjuksköterska och en distriktssköterska (triage) som leder patienten vidare in i vården. Nya arbetssätt och rutiner inom och mellan akutmottagningens olika delar – triagemottagning – akutmottagning för närsjukvård och akutmottagning för specialiserad akutsjukvård – ger patienten snabbare och säkrare vård genom samlad kompetens och kortare kommunikationsvägar.

Nya Akutmottagningen består av 5 delar: Triagemottagning, Akutmottagning för närsjukvård (nära akut), Akutmottagning för specialistvård (specialistakut), Prehospitalt läkarstöd/akutteam, Intagningsavdelning - ITVA

Triage höjer vårdkvaliteten och säkerheten. Akutsjuksköterska och distriktssköterska tar emot och prioriterar patienten efter en väl beprövad prioriteringsmall där prio 1 är livshotande tillstånd och prio 5 är tillstånd som kräver egenvård och/eller sjuksköterskebesök. Från triagen går patienten vidare till antingen egenvård, sjuksköterskemottagning, närsjukvård / primärvårdsläkare, närsjukvård / slutenvård, specialiserad akutmottagning. Akutmottagning för närsjukvård beräknas ta emot cirka 30.000 patienter per år. Den finns till för patienter med akuta tillstånd som i första hand bör behandlas av primärvårdsläkare eller motsvarande och som har sjukdomstillstånd som inte förvärras av rimlig väntetid.

Figur 3: Exempel på triagesystem, i detta fall infört vid Centralsjukhuset i Kristianstad.

Utöver initiativen kring triage, har flertalet sjukhus i regionen organiserat speciella närsjukvårdsplatser/närsjukvårdsavdelningar. I flera fall sker arbetet i nära samarbete med kommunens hälso- och sjukvård.

Vid UMAS har under en försöksperiod en närsjukvårdsavdelning benämnd ”NISSE”⁶ organiserats. ”Nisse-avdelningen” avser rikta sina vårdplatser till äldre multisjuka patienter och arbetar utifrån ett givet områdesansvar. Området är avgränsat till en av stadsdelarna i Malmö. Arbetet bygger på att välfungerande och tydliga samverkans- och kommunikationskanaler byggs upp med representanter för kommunens vård och omsorg. Verksamheten bygger också på att patienter ska kunna läggas in akut och direkt på avdelningen utan föregående bedömning på akutmottagningen. Projektet har gett goda erfarenheter. En positiv erfarenhet är de utvecklade och mer effektiva vårdprocesser som kunnat skapas, en annan är det utvecklade samarbetet mellan primärvården, stadsdelens vård och omsorg och sjukhusets personal. En avgörande grund för de positiva erfarenheterna är det avgränsade områdesansvaret och de effektiva kontaktvägar som därigenom kunnat etableras.

Ansvar för sjukhusets närsjukvård vid USiL har samlats hos en verksamhetschef. Detta har underlättat den övergripande samverkan mellan sjukhuset och primärvården i närsjukvårdsutvecklingen. Regelbundna träffar genomförs mellan primärvårdschef och USiL:s verksamhetschef. Även läkare från primärvård och USiL träffas regelbundet. Inom USiL:s akutklinik har en närsjukvårdsenhet bildats som består av tre vårdavdelningar med tillsammans 65 platser. Det finns en rad exempel på utvecklingsarbeten som genomförts/pågår, t ex:

- ”Läkarlänken” – Ett pilotprojekt har genomförts mellan några vårdcentraler och akutkliniken för att beskriva hur vården vid inläggning och utskrivning av patienter kan förberedas och planeras. Resultatet visade att telefonkontakt och rådgivning mellan akutklinik och primärvård för eventuell direktinläggning är viktig. Projektet är utvärderat och håller på att implementeras i hela distriktet.
- ”Albinsjuksköterska” - Projektet riktar sig till äldre multisjuka som ofta har hjälp av eller annan kontakt med kommun och primärvård.
- Sammanhållen rehabiliteringsprocess.
- Undersökt de som ofta besöker sjukhusen – Genomgång av läkemedel och utformning av rutiner för säker läkemedelshantering.
- Ett pågående projekt för att utveckla vården inom närsjukvårdsenheten.

⁶ I september 2005 startades en avdelning (medicinavdelning 2) vid UMAS som ett samverkansprojekt mellan Malmö stad och Region Skåne under benämningen NISSE - Närsjukvård I Samverkan ger Starka Effekter. Projektet utvärderades av Inregia AB i oktober 2006.

Kommunernas roll

Kommunerna har en given roll i den närsjukvårdsutveckling som ska ske. Det kommunala engagemanget är bl a en förutsättning för att utveckla den nivå inom närsjukvården som Läkarförbundet benämner "samverkansvården" (se sid 8). Vidare har kommunerna också en roll i den ingångssjukvård som behöver utvecklas för äldre i kommunalt eller eget boende.

Engagemanget och deltagandet från kommunernas sida i de distriktsvisa styrgrupperna har varit stort och aktivt. Kommunerna har varit aktivt delaktiga i flera av de projekt som drivits och medverkat till att flera nya lokala lösningar för olika vårdbehov etablerats.

Kommunernas representanter delar de positiva erfarenheter som sjukvårdens representanter gett uttryck för kring de lokala styrgruppernas arbete och kring den utveckling som skett beträffande samverkan och kanaler för kommunikation. Den generella bilden är att framförallt samarbetet mellan kommunerna och sjukhusen utvecklats positivt. Kommunernas samarbete med primärvården behöver fortsatt vidareutvecklas och har från kommunernas representanter upplevts svårare att etablera.

Regionens distriktsorganisationer har sedan 1995 utgjort den naturliga arenan för att driva såväl strategiska som operativa samarbetsfrågor. Kommunernas representanter uttrycker en stark oro för hur det fortsatta lokala arbetet ska bedrivas efter att distriktskanslierna upplöses. Vidare upplevs avsaknaden av information och diskussion kring de förändringar som ska ske i regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Övervägande har representanter för regionens hälso- och sjukvård tagit rollen att driva initiativen kring närsjukvårdsutvecklingen och att samordna arbetet. Till viss del har kommunens representanter känt att regionens parter tagit över och styrt för mycket, varför det finns anledning att se över partssamarbetet kring en rad strategiska frågor och hur samarbete ska ske mellan regionen och kommunerna i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Från kommunernas håll uppfattas närsjukvårdsutvecklingen så här långt gett en rad positiva effekter på det lokala planet, men att de stora möjligheter och effektiviseringsvinster som finns genom att mer strukturellt samordna resurser ännu inte kommit till stånd.

Kommentarer

De åtgärder som redovisas ovan är exempel på olika insatser som genomförts för att bygga upp närsjukvården. Flera av dessa har inneburit att samarbete och samordning av kompetens utvecklats mellan sjukhusens specialister, primärvårdens och kommunernas personal.

Framförallt har de stora sjukhusens närsjukvårdsroll inneburit att kommunerna och sjukhusen etablerat ett närmare samarbete. Tydliga exempel är de närsjukvårdsavdelningar som etablerats med möjlighet till direktinläggning.

Den mest otydliga och outvecklade delen av regionens närsjukvård är hur den öppna och specialiserade närsjukvårdens utbud ska utformas. Som tidigare nämnts anger riktlinjerna i Skånsk livskraft, liksom regionens målbild, att även vissa former av öppen specialistsjukvård ska kunna tillhandahållas inom ramen för närsjukvården - i någon form. Den exakta formen för hur utformningen ska ske och hur behov ska tillgodoses anges inte, vilket är naturligt då utformningen behöver anpassas till lokala förutsättningar. Däremot skulle utvecklingen

stärkas om gemensamma principer kring resursstyrning och samordning av kompetens fastställdes.

En starkt öppenvård och en utvecklad tillgång till specialister i närsjukvårdens regi kan formas på flera sätt. Ett sätt är att primärvården byggs ut avsevärt och adderas med fler kompetenser och mer resurser. Ett annat och parallellt sätt kan vara att också forma och reglera nätverk mellan sjukhusets specialister och allmänläkarna. Ett tredje sätt är att utveckla nya utbudsformer med nya sammansättningar av kompetens.

Oavsett hur, krävs en rad strategiska beslut och en konsekvent genomförandekraft vad gäller resursstyrning och utformning av nya arbetsmönster där kompetenser och resurser samordnas och styrs på ett nytt sätt. I detta avseende har såväl styrning som genomförande brutit. Vår bedömning är att ett centralt processtöd hade behövts i detta avseende, liksom att det koncerngemensamma utvecklingsarbetet hade vunnit tempo och genomförandekraft på att det vilat på en tydliggjord och gemensam genomförandeplan där principfrågor kring resursstyrning och utformning av nya samarbets- och utbudsformer fastställdes.

Ambitionen om en utbyggd primärvård i den riktning som beskrivs ovan har funnits en längre tid och redan innan målen kring regionens närsjukvårdsutveckling fastställdes. Om detta inte åstadkoms uteblir förutsättningarna för att driva en effektiv närsjukvårdsutveckling enligt den modell som är tänkt. Situationen beror på flera saker. En av orsakerna är att den koncernövergripande styrningen kring närsjukvårdsutvecklingen och styrningen mot en starkt primärvård varit för svag. En annan orsak är att råder ett besvärligt vakansläge inom primärvården.

Regionen står idag med en, till antalet enheter, stor primärvårdsorganisation där många vårdcentraler har bekymmer med sin läkarförsörjning. Effekten av detta är att den samlade primärvårdsorganisationen blir svag och att utvecklingsförmågan bromsas. Vår bedömning är att ett nytt grepp måste tas kring styrningen av primärvårdens utveckling. Vidare att nya organisatoriska lösningar där resurserna samordnas i färre och större primärvårdscentra bör övervägas. Detta för att skapa möjlighet för att utveckla det vårdinnehåll som intentionerna i närsjukvårdsidéen avser.

4.4 Hur sker avgränsningen från regiongemensamma vårdlogiker i det praktiska arbetet på kliniknivå?

Det vardagliga kliniska arbetet på regionens kliniker präglas i huvudsak inte av de logikbaserade principer som anges i dokumentet Skånsk livskraft - vård och hälsa. Undantag är de utgångspunkter för bedömning som sker utifrån triagemetoden vid de akutmottagningar där detta införts.

En successivt utvecklad arbetsform för att sortera/ dela in patienterna i enlighet med logikerna kan ändå ses genom att det bildats enskilda avdelningar för närsjukvård. Framförallt gäller detta äldre, multisyka patienter som fått möjlighet till direktinläggning utan föregående kontakt/bedömning på akutmottagning. I övrigt återstår ett fortsatt arbete med vårdprogram (ett pågående arbete som sker inom de olika distrikten) och utifrån dessa ett tydliggörande av vilken vårdnivå och vilken vårdproducent som ska svara för vad i relation till närsjukvårdsfunktionens utveckling.

Kommentarer

Närsjukvård är i huvudsak ett system. I dagsläget är närsjukvård ingen organisation, utan en funktion/ett konceptbyggande mellan samverkande parter. En funktion som bygger på systemsamverkan och systemstyrning.

Enligt den diskussion som förs i en rad gemensamma styrdokument ska närsjukvårdslogiken - och inom ramen för denna, familjeläkarsystemet, vara basen i regionens hälso- och sjukvård. Utifrån intentionerna i Skånsk Livskraft har ett aktivt arbete skett kring hur den specialiserade sjukvården ska organiseras, såväl den akuta som den högspecialiserade elektiva.

Den strategiska styrningen av övrig logikutveckling (hur den akuta, högspecialiserade och planerade specialistsjukvården utvecklats) har skett på ett mer tydligt och centralt samordnat och strukturerat sätt än utvecklingen av närsjukvårdslogiken. Trots att det centrala processtödet brustit kring närsjukvårdens utveckling och att det saknas en koncerngemensam strategisk utvecklingsplan, kan flera goda effekter och goda resultat noteras utifrån den aktiva närsjukvårdsutveckling som skett på det lokala planet.

Varje distrikt kan redovisa en imponerande rad utvecklingsprojekt, vilka till stor del genomförts inom ramen för de lokala styrgrupper som organiserats inom samtliga fem distrikt. Det lokala utvecklingsarbetet har också inneburit att samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna utvecklats mycket positivt.

Enligt vår bedömning har, som tidigare nämnts, gemensamma strukturer saknats för att kunna bedriva en regiongemensam och strategiskt slagkraftig närsjukvårdsutveckling. Den decentraliserade styrprincipen har inte byggt på att de gemensamma utgångspunkter som finns hållts samman.

Främst saknas en gemensam grunddefinition och konkretisering av innehållet i den närsjukvård som ska utvecklas. Till följd av det saknas en grundläggande och övergripande definition av den närsjukvård som ska utvecklas, uppstår också brister i arbetet att omorientera och definiera nya och tydliga uppdrag till de produktionsenheter som berörs. Tydliga uppdrag är grunden för att åstadkomma en adekvat uppdragsfördelning och tydliggöra gränssnitt mellan regionens vårdnivåer och produktionsenheter.

Tanken så här långt har varit att distriktsnämnderna, och under dessa kanslierna, skulle svara för den systemstyrning som är avgränsat till regionens hälso- och sjukvård. Det saknas dock ett övergripande stöd för de nödvändiga principbeslut som behövs till stöd för att strukturerat omfördela resurser och kompetens mellan hälso- och sjukvårdens förvaltningar och produktionsenheter.

Intrycket är att systemstyrningen, eller åtminstone systemsamverkan, utvecklats och fungerar relativt väl mellan regionen och kommunerna. Detta till följd av det arbete som skett i distriktens styrgrupper. Hur detta ska organiseras när distriktsnämnderna upphör är en relativt öppen fråga.

4.5 Vilka effekter kan konstateras som en följd av ny styr- och ersättningsmodell?

År 2006 infördes ett nytt ersättningssystem för regionens hälso- och sjukvård. I modellbeskrivningen redovisades ett antal principer som skulle vara styrande för ersättningssystemet. Ersättningssystemet skall vara enhetligt, uppfylla kravet på jämförbarhet och transparens. I ett första steg skall ersättningsmodellen utgöras av en patientrelaterad

ersättning och en ersättning för strukturåtaganden. Den patientrelaterade ersättningen består av en fast och en rörlig del, där den fasta ersättningen kommer att vara högre än den rörliga. För strukturåtaganden utgår särskilda ersättningar som kan vara fasta, rörliga eller en kombination av båda.

Nedan redovisas kortfattat vilka komponenter som ingår i ersättningsystemet för primärvård/familjeläkarverksamhet:

- Allmänmedicinsk verksamhet, fast ersättning.
 - *Kapitation* – Fast ersättning baserad på invånarnas val av familjeläkare. En fast åldersviktad årlig ersättning utgår per vald läkarkontakt.
 - *Ersättningsgaranti* – Vid utökad eller nyetablerad verksamhet garanteras en fast ersättning motsvarande 1 800 åldersfördelade personer under de tre första åren per heltidsverksam familjeläkare.
 - *Områdesansvar* – Utgår för områdesansvar som reglerats i avtal/uppdrag. Ersättningen baseras på antalet invånare multiplicerat med en viktning för social ohälsfaktor.
- Allmänmedicinsk verksamhet, rörlig ersättning.
 - *Konsultationer och insatser* – För ett antal definierade konsultationer och insatser utgår specifika ersättningar per tillfälle.
- Jour och beredskap.
- Sjuksköterskeverksamhet/distriktsvård.
- Barnhälsovård.
 - *Kapitation* – För varje fast kontakt utgår en åldersviktad ersättning.
- Utökad basuppdrag.
- Tilläggsuppdrag.

Sammantaget kan konstateras att ersättningsmodellen innehåller en mängd komponenter som i huvudsak styr mot produktion av vård (inom ersättningsmodellens takkonstruktion). Revisorerna har t ex i samband med granskningen av tillgängligheten i primärvården belyst ersättningsmodellen. Revisorerna konstaterade att modellen i den generella kravspecifikationen inte styr mot ökad tillgänglighet. Även i interna utredningar som gjorts inom regionen har det konstaterats att modellen inte befämjar samverkan och tillgänglighet. Ersättningsmodellen är m a o inte ändamålsenlig i förhållande till den målbild för närsjukvård som formulerats inom Skånsk Livskraft för närsjukvård.

Av de intervjuer som gjorts i denna granskning framkommer motsvarande synpunkter som redovisats ovan. Ersättningsmodellen ger inga direkta incitament för tillgänglighet och samverkan dvs modellen främjar inte närsjukvårdsutveckling.

Av Budget och verksamhetsplan för Region Skåne för år 2007 framgår att för att skapa incitament för ökad tillgänglighet inom närsjukvården ska ersättningsystemet ses över. Vårdcentraler som gör särskilda satsningar på att ha öppet kvällstid och på helger kan vara exempel på en åtgärd som kan leda till högre ersättning.

Kommentarer

Ett idealt ersättningssystem ger både drivkrafter till ett effektivt resursanvändande och till en hög grad av måluppfyllelse. Tillämpad ersättning inom för primärvård/familjeläkare liksom för övrig hälso- och sjukvård styr i första hand mot struktur och produktion.

Principellt kan det konstateras beträffande ersättningssystem att en ersättning kopplad till en given struktur innehåller i sig svaga incitament till effektivitet. Om ersättningen istället kopplas till produktionen finns uppenbara incitament att producera så mycket som möjligt (åtminstone upp till givna tak). Relateras ersättningen till uppnådda effekter blir det viktigt för utföraren att uppnå förväntad kvalitet.

Ett ersättningssystem som full ut ersätter för uppnådda effekter är knappast något som är realistiskt. Däremot är det fullt möjligt att utveckla ersättningssystem, beroende på verksamhetens art, som kombinerar olika delar. En del av ersättningen kan då kopplas till att en viss tjänst tillhandahålls eller att uppnå en viss grundbemanning (täckningsgrad). En annan del är rörlig utifrån hur mycket som utförs och slutligen är en del kopplad till uppnådda effekter. Den del som t ex ansluts till uppnådda effekter bör dock sannolikt inte vara alltför stor. För att en sådan koppling till målen ska vara möjlig måste det dock finnas faktiska möjligheter att på ett inte alltför komplicerat sätt mäta måluppfyllelsen. För tillfället saknas i huvudsak dock möjligheten att mäta och följa upp närsjukvårdens effekter. Verksamheten befinner sig samtidigt i ett kritiskt utvecklingsstadium. Därav följer att ersättningsmodellen bör innehålla komponenter som belönar ett agerande i enlighet med den målbild som fastställts. Utformningen av ett sådant inslag i ersättningsmodellen underlättas av om det finns en tydlig strategi för närsjukvårdsutvecklingen tillsammans med att kritiska aktiviteter/beteenden för utvecklingen har definierats. Förutsättningen för att full ersättning skall utgå är då att vissa målvärden för dessa aktiviteter/beteenden har uppnåtts. Exempel faktorer som ersättningen kan knytas till är tillgänglighet, samverkan, utveckling etc.

4.6 Hur fungerar samarbetet med kommunerna i relation till målsättningen?

Kärnan i den närsjukvårdsutveckling som pågått i respektive distrikt är det arbete som skett utifrån de styrgrupper som bildats.

Styrgrupperna består av en tvärssektoriell sammansättning med representanter från regionens hälso- och sjukvårdsenheter och kommunerna.

Varje distrikt och styrgrupp kan redovisa en rad projekt och utvecklingsinitiativ. Förutom de konkreta initiativ och utvecklingsinsatser som skett har styrgruppsarbetet lett till att samverkan mellan kommunerna och regionens hälso- och sjukvård utvecklats mycket positivt. Okunskapen om varandras verksamheter har minskat och flera effektiva kommunikationskanaler har formats. Styrgrupperna har inneburit att forum finns för att diskutera och utveckla vårdkedjor ur ett helhetsperspektiv. Flera exempel finns också där samfinansierade och nya vårdformer byggts upp (t ex palliativ vård, hospicevård och kvalificerad vård hemsjukvård).

Arbetet i styrgrupperna har också lett till att samverkansavtalen mellan parterna förbättrats och kopplats med konkreta rutiner.

Kommentarer

Det utvecklingsarbete som sker för att uppnå de mål som avses med närsjukvården innebär två parallella utmaningar. En är att per geografiskt område utveckla och driva ett närsjukvårdssystem i samverkan med berörda kommuner. En annan utmaning är att integrera och samordna regionens hälso- och sjukvård, d v s bryta upp traditionella organisatoriska gränser för att skapa en ny samordning av resurser.

Resultatet av de arbeten som redovisas från styrgrupperna har visat att samarbetet mellan kommunerna och sjukhusen utvecklats positivt. De intervjuer som genomförts vittnar om större svårigheter att utveckla samarbetet mellan primärvård och kommunerna och att det inte alltid är lätt att utveckla samarbetet inom regionens olika vårdnivåer och enheter (mellan sjukhusen och primärvården). Så här långt har det alltså gått lättare att driva åtgärder som bygger på samverkan mellan kommunerna och regionens hälso och sjukvård. Mer påtagliga brister kan noteras i arbetet att utveckla samordningen och systemstyrning inom ramen för regionens olika vårdnivåer.

5. Övergripande analys, bedömning och rekommendationer

5.1 Analys och bedömning

Utifrån uppdragets frågeställningar har det i granskningen sammantaget framkommit att:

- De övergripande utgångspunkterna och målbilden för närsjukvårdsutvecklingen är kända av alla parter, men behöver konkretiseras och förstås.
- De styrgrupper som etablerats på distriktsnivå har utvecklats till viktiga lokala forum för närsjukvårdsutveckling.
- Ansvar för närsjukvårdens utveckling har lagts ut i linjen utan att en regiongemensam strategi för genomförandet har fastställts. Det har även på distriktsnivå saknats strategier och handlingsplaner för närsjukvårdsutveckling. Den huvudsakliga utvecklingen har skett genom de projekt som genererats på distriktsnivå.
- Förändringsarbetet behöver stärkas med ett tydligare regiongemensamt processtöd och att gemensamma utgångspunkter/standards för närsjukvården behöver utvecklas. Vidare att en strategisk plan för genomförandet behöver tas fram.
- Formerna för resurs- och kompetenssamordning mellan specialister, allmänmedicin och kommunens personal behöver utvecklas.
- De behovsgrupper och vårdprocesser som ska ingå i närsjukvårdslogiken behöver konkretiseras.
- Det saknas strukturerad information från uppföljningar om hur närsjukvården faktiskt fungerar för prioriterade behovsgrupper.
- Ersättningsystemet stödjer inte regionens målbild för närsjukvård. I första hand ger ersättningsystemet incitament till produktion medan sådana för närsjukvården viktiga förutsättningar som tillgänglighet, utveckling och samverkan inte stimuleras.
- Samverkan mellan kommunerna och de stora sjukhusen utvecklats positivt på flera sätt.

Utveckling av närsjukvård ställer stora krav på de aktörer som är involverade. Utmaningen består bl a i att styra och leda en verksamhet som ytterst består av ett stort antal processer som går över olika organisationsgränser där ingen av aktörerna har ett uttalat samlat ansvar. Att då, utan föregående riskbedömning, föra ut ansvaret lokalt till distriktsnämnder och linjeansvariga samtidigt som en uttalad övergripande strategi och tillgång till processtöd saknas, är förenat med risker. Den främsta risken är att vården inte fungerar på ett effektivt sätt för de grupper som den i första hand ska prioritera. Ytterligare en svaghet i den nuvarande utvecklingen är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har tagit den ledande och samordnade roll i förhållande till närsjukvårdsutvecklingen som reglemente och övriga beslut och styrdokument ger den.

Vid en övergripande analys utifrån de iakttagelser som gjorts är det relevant att lyfta fram två frågor, vilka bör ligga till grund för den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen.

Den första är; *Vad ska regionens närsjukvård bestå av och vilka förutsättningar fordras för att etablera en hållbar sådan?* I detta avseende saknar regionens närsjukvårdsutveckling både koncernövergripande och distriktsvisa definitioner och beskrivningar. För att åstadkomma en närsjukvård där olika parter kan fördela ansvar, etablera styrkanaler för den produktions som

ska ske inom ramen för det gemensamma utbudet och för att etablera arbetsformer för samverkan fordras att varje part har ett *tydligt uppdrag*. En annan kärnfråga är *vilka* parter som ska samverka, d v s närsjukvårdsområdets storleksmässiga bestämning. Nästa del av beskrivningen ska ange *hur närsjukvårdens olika delar hänger samman*.

Intentionerna i Skånsk livskraft behöver brytas ned och konkretiseras till ett antal vägledande gemensamma standards som beskriver de gemensamma grunderna i det närsjukvårdssystem som ska utvecklas. Risken är annars att de beslut som fattats inte får genomslag. Om inte en ändamålsenlig central och lokal styrning etableras finns det en risk att fler beslut fattas som inte efterlevs och det uppstår ett sådant gap mellan ambitionsförklaring och verkligheten att hela initiativet om en utvecklad närsjukvård tappar i legitimitet och trovärdighet. Det finns också en risk att det uppstår ett gap mellan vad som budgeteras och utfall.

Utvecklingen mot ett närsjukvårdssystem där basen ska förskjutas mot primärvården innebär att förändringar måste ske kring hur vårdansvaret ska fördelas mellan regionens vårdnivåer. Viktiga utgångspunkter är därför att strategiska grundprinciper fastställs kring omfördelning av kompetens och resurser. Detta ställer krav på ett aktivt förändringsarbete som bygger på att den närsjukvårdsfunktion/det närsjukvårdssystem som ska utvecklas är definierat och beskrivet, att grundprinciperna för den strategiska utvecklingen är fastställda och att strategiska och operativa mål formulerats år för år.

Grundstenarna i den lokala närsjukvården bör inför den fortsatta utvecklingen definieras på ett mer konkret sätt och innehållet förtydligas per närsjukvårdsområde. En förtydligande beskrivning av innehållet i närsjukvården bör ange:

- Sjukvårdsrådgivningens roll.
- Hur det akuta inflödet ska organiseras.
- Hur primärvården ska vara rustad och hur samordningen/kompletteringen avseende öppenvårdsspecialister (ex psykiatri och barnsjukvård) ska organiseras.
- Hur en decentraliserad närsjukvårdsorganiserad psykiatri ska se ut.
- Hur den närsjukvårdsorganiserade barnsjukvården ska se ut (såväl den somatiska som BUP).
- Hur ”samverkansvården” ska organiseras och vilka gränssnitt som ska gälla mellan kommunen/primärvården och sjukhusvården. (Grunden för detta bör tydliggöras i lokala vårdprogram för de vanliga och stora sjukdomsgrupperna.)

Den andra frågan är; *Hur ska det strategiska utvecklingsarbetet organiseras och vilka resurser kräver det?*

En viktig förutsättning i arbetet att etablera den närsjukvårdsvårdlogik som avses är att omställningsarbetet leds och styrs på ett ändamålsenligt sätt – såväl centralt som lokalt. Granskningen har i detta avseende visat att det centrala processtödet har brustit och att det lokala arbetet därför saknat vissa viktiga delar. Framförallt vad gäller att utforma lokala systembeskrivningar och i arbetet med att strukturerat omfördela och eller knyta resursled samman i nya utförarkedjor.

Bättre förutsättningar fordras också i form av bra behovsanalyser samt att incitament, spelregler och riktlinjer utvecklas för effektiv samordning och samverkan mellan vårdnivåer och vårdgivare. Granskningen har visat att en rad av dessa grundförutsättningar har saknats eller brustit under den tid som närsjukvårdsutvecklingen pågått.

Vår bedömning är att utvecklingsarbetet bör föras in i en andra fas och ny struktur där dessa och andra viktiga förutsättningar identifieras och att framgångsfaktorer för såväl ett slagkraftigt utvecklingsarbete som en hållbar närsjukvård identifieras. En ansats togs i detta syfte inom ramen för att "Närsjukvård - nu" bildades, vilken bör fullföljas.

Till grund för den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen är det viktigt att tydliggöra vilka *kritiska framgångsfaktorer* som borgar för en effektiv och välfungerande närsjukvård. De kritiska framgångsfaktorer vi här vill lyfta fram är att:

- En konkretiserad "regionidé" kring närsjukvårdens innehåll tas fram, vilken i sin tur bör omsättas per geografiskt område. De lokala systembeskrivningarna är nödvändiga för att kunna utveckla uppdragen för de enheter som ska ingå i den lokala närsjukvårdsorganisationen/systemet, liksom för tydliggörande av ansvarsfördelning. Det är vidare viktigt för att styra och vid behov omfördela resurser.
- Ta fram gemensamma standards, kvalitetsmått och nyckeltal för kapacitetsstyrning.
- Utveckla en gemensam form för uppföljning i relation till ovanstående.
- Utveckla det regiongemensamma processtödet för närsjukvårdsutvecklingen.
- Ta fram tydliga riktlinjer samt etablera centrala och lokala ledningsprocesser för resursstyrning, resursallokering och uppbyggnaden av nya arbetsformer.
- Införa effektiva stödsystem. En avgörande faktor för ett effektivt arbetssätt i vårdprocessen är ändamålsenliga och digitala system för informationsöverföring.
- Fastställa hur det lokala ledningsansvaret ska se ut för respektive lokalt närsjukvårdssystem. Vidare definiera vilka geografiska/organisatoriska avgränsningar som ska utgöra kärnan i varje lokalt system.
- Stärka utvecklingsarbetet med kunskaper och processer kring förändringsarbete och den förändringsledning som ska ske.

Till stöd för den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen *bör en regiongemensam strategisk utvecklingsplan fastställas*, vilken bl a berör ovanstående. Den strategiska utvecklingsplanen bör tas fram som ett avstamp för den fortsatta närsjukvårdsutvecklingen i relation till att en ny politisk och tjänstemannaorganisation skapas. Planen bör vidare omsättas av ansvarig/ansvariga per de organisatoriska och geografiska områden som får i uppdrag att driva den lokala närsjukvårdsutvecklingen. En konkretisering av gränssnitt och rollfördelning mellan parterna i systemet bör tydliggöras på ett övergripande plan i de beskrivningar som tas fram av varje lokal närsjukvårdsorganisation och den detaljerade ansvarsfördelningen tydliggörs lämpligen i lokala vårdprogram.

Det är också värdefullt att i den centrala och de lokala strategiska utvecklingsplanerna sammanfattat beskriva de svagheter, kritiska risker och hinder som kan försvåra en effektiv närsjukvårdsutveckling.

En identifiering av aktuella hinder och kritiska risker ger en möjlighet att analysera orsakerna och varför tempot i utvecklingen inte motsvarar det förväntade, liksom att formulera hur dessa ska hanteras. Vi lyfter fram i bilaga 1 *några svagheter och risker som identifierats i relation till granskningen* och lyfter fram ett antal frågor/åtgärdsförslag som bör diskuteras i relation till dessa.

5.2 Förslag

I granskningen har identifierats ett antal utvecklingsområden som kan bidra till att skapa effektiva förutsättningar för det fortsatta arbetet med utveckling av närsjukvård. De förslag som särskilt bör beaktas är att:

- Förtydliga den övergripande målbilden för närsjukvård.
- Definiera gemensamma nämnare för vad som skall känneteckna regionens närsjukvård.
- Utveckla en regiongemensam strategi för införande och styrning av närsjukvård.
- Ta fram en handlingsplan för utvecklingen.
- Utforma ett ändamålsenligt centralt processtöd för utveckling och uppföljning av närsjukvård.
- Förstärk ersättningssystemet med incitament som stödjer närsjukvårdens målbild.
- Ta fram ändamålsenliga utgångspunkter för kapacitetsstyrning, överväg ny primärvårdsorganisation samt utveckla nya arbetssätt i primärvården.
- Säkerställ att lokala forum finns för samordning, resursplanering, utveckling och uppföljning av närsjukvård.
- Ta fram en gemensam form för uppföljning.
- Genomför riktade uppföljningar av hur närsjukvården fungerar för prioriterade behovsgrupper.
- Utveckla kulturen – stöd kulturbärare. Närsjukvård består till viktiga delar av ett annat förhållningssätt.

Bilaga 1

Svagheter /risker	Åtgärdsförslag som bör diskuteras
Granskningen har visat att det finns spänningar mellan lokal och central nivå, liksom att det på vissa håll, också finns spänningar mellan vårdnivåer.	Det är en sak att styra delar, men hur ska den lokala systemstyrningen formas? Ska det finnas lokala logikledare och/eller lokala vårdprocessägare?
Rollfördelningen i utvecklingsarbetet har till viss del varit otydlig-både centralt och lokalt.	Vilket processägar-/systemägaransvar har sjukvårdsdirektören haft och vem ska ha detta centralt och lokalt efter att ny tjänstemannaorganisation bildats?
Traditionella organisationsstrukturer och otydliga gränssnitt utgör ett hinder för utvecklingen	Direktiv, riktlinjer, ersättningsmodell, ledningsprocesser och ”kulturarbete” måste formas som hanterar problemen med organisatoriska gränser och utifrån dessa svårigheten att styra, omfördela och samordna resurser.
Erfarenhets- och informationsutbytet har brutit, en infrastruktur har saknats.	Hur ska kanaler och processer se ut så att information och erfarenheter sprids i den nya ledningsorganisationen? Bör projektresultat löpande sammanställas i en projektkatalog?
Primärvårdens organisation är svag till följd av vakansläget- men också till följd av att styrningen av processen att bygga ut primärvården och omfördela resurser brutit.	Den strategiska och operativa styrningen för att stärka primärvården bör utvecklas. Likaså nyckel- och styrtal beträffande den täckningegrad (kapacitet) som ska finnas av olika resurser per t ex 100 000 invånare. Bör primärvårdens organisation samordnas i större och starkare enheter?
Kompetensutvecklingen och kompetensförsörjningen som matchar logikutvecklingen har brutit.	Behövs andra kompetenser i ingångssjukvården? Här pågår ett arbete i relation till triagearbetet, men hur ska den fortsatta utbildningen hanteras/organiseras? Vilka förändringar behövs vad gäller yrkesroller och befattningar? Hur ska ST-läkarförsörjningen inom primärvården säkras (vilket är en strategiskt mycket viktig och central fråga)? Nya discipliner t ex specialist i multisjukdomar i stället för geriatrik?

Bilaga 2

Några citat från intervjugenombandet

”Regionen har satt fokus, lagt ut styrprinciper – men hur det ska bli/se ut är otydligt”

”Alla är ej överens och har inte samma bild”

”Målbilden blir suddig av och till. Det gäller att rensa bort suddet, definiera vilka specialistresurser som ska ingå i närsjukvården och hur dessa ska kopplas till primärvården – och sedan fokusera!”

”Vi vet fortfarande inte vad närsjukvård är?”

”Svårt bygga upp något när man inte vet hur det ska se ut/vad vi talar om”

”Vad av internmedicin är närsjukvård?”

”Ersättningssystemet är inkongruent med ambitionerna”

”Var ska besluten kring samordning av resurser ligga”

”Region Skåne har tappat styrkraft genom att vi splittrat upp oss i fem områden. Behövs inget mellanled – gett att vi tappat utvecklingshastighet”

”Multisjukvård – en specialistnivå som behövs”

”Finns starka särintressen och motkrafter”

”Närakuterna ser olika ut. De behövs inte om vi satsar på en utvecklad primärvård med tilläggsuppdrag”

”Vad är det som ska till närakuterna om man utvecklar en primärvård och närsjukvård som också tar akuta fall och om det utvecklas närsjukvårdsavdelningar med möjlighet till direktinläggning?”

”Primärvårdens förutsättningar är för små, nya utbud har ej prövats, resurser har inte överförts”.

”Kopplingen mellan närsjukvårdsutvecklingen och prioriteringsprinciperna är dålig – om vi skapar närakuter ger vi dem som ligger lägst i prioritering den bästa tillgängligheten och mer resurser”

”Vi saknar bra ”motorer” från primärvårdens sida”

”Närsjukvården är en svårbeskriven vårdnivå med låg status”

”Luften gick ur arbetet med Skånsk livskraft när besluten kring sjukhusen landat. Man borde ha börjat med den andra ändan, - med basen/närsjukvårdslogiken”

”Den stora regionen gör att det är lätt att ta fram akademiska och teoretiska planer – men att de aldrig omsätts”