

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Revisionsrapport*

Granskning av tillgängligheten inom primärvården

Region Skåne

Datum 14 augusti 2006

Författare Jean Odgaard, Christel Eriksson

*connectedthinking

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1 Inledning	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Uppdrag och revisionsfråga.....	3
1.3 Metod och genomförande.....	4
2 Utgångspunkter för aktuell granskning.....	4
2.1 Nationell vårdgaranti	4
2.2 Ny styrmodell	4
2.3 Budget 2006.....	5
2.4 Generell kravspecifikation.....	5
2.5 Tidigare genomförd granskning	6
2.6 Nationell mätning av tillgängligheten	7
3 Granskningsresultat.....	8
3.1 Uppföljning av tillgängligheten.....	8
3.2 Generella kravspecifikationen	10
3.3 Statsbidrag för en ökad tillgänglighet.....	11
3.4 Åtgärder för att förbättra tillgängligheten	12
3.5 Övriga synpunkter	17
4 Analys och bedömning.....	18

Sammanfattning

Tillgängligheten inom primärvården granskades av Öhrlings PricewaterhouseCoopers på uppdrag av Region Skånes revisorer år 2004. Revisionen ledde fram till ett antal iakttagelser och förslag till förbättringar. Öhrlings PricewaterhouseCoopers har på uppdrag av Region Skånes revisorer återigen granskat tillgängligheten i primärvården. Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag för att belysa möjligheterna att uppnå en bättre tillgänglighet i primärvården. Granskningen omfattar samtliga fem primärvårdsförvaltningar och tar sin utgångspunkt från den nationella vårdgarantin, regionens nya styrmodell, den nya resursfördelningsmodellen och tidigare genomförd granskning av framgångsfaktorer för en god tillgänglighet. Ett särskilt fokus riktas mot utvecklingsprogrammet "Bra Mottagning".

Tillgängligheten i primärvården följs upp via nationell mätning två gånger per år. Distriktsnämnderna följer för varje tertial upp den generella kravspecifikationen. Primärvårdsförvaltningarna gör löpande uppföljningar av tillgängligheten utifrån olika perspektiv. Samtliga uppföljningsmått har dock en del brister och i vissa fall är de inte anpassade till de nya arbetsformer som vårdcentralerna praktiserar bl.a. med Bra mottagningsprogrammet. Eftersom det till stor del är telefontillgängligheten som har dåligt resultat och är ett problem i nuläget är det särskilt angeläget att utveckla uppföljningsmetoder kring denna. Om telefontillgängligheten ska kunna utvecklas krävs att det finns en tillförlitlig uppföljning.

En resursfördelningsmodell för primärvården har införts under 2006. I sin nuvarande form styr modellen i huvudsak på en ökad produktion medan målstyrningen för medicinsk kvalitet och prioritering är begränsad. Den generella kravspecifikationen ger vissa incitament till ökad produktion men inte med nödvändighet till en ökad tillgänglighet. Kravspecifikationen har ett starkt fokus på läkarbesök vilket i vissa avseenden kan motverka intentioner om prioriteringar och om att alla yrkeskategoriers kompetens ska användas i syfte att öka tillgängligheten och resursutnyttjandet. Vi konstaterar att konstruktionen gör att ersättningsmodellen snarare styr mot ett ökat antal läkarbesök och inte mot en ökad tillgänglighet.

Region Skånes budget för år 2006 anger en rad insatser för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Primärvårdsförvaltningarna har vidtagit en rad olika åtgärder för att indirekt och direkt förbättra tillgängligheten. Inom ramen för verksamheten har flertalet av Skånes vårdcentraler genomgått utvecklingsprogrammet Bra Mottagning med positivt resultat på besökstillgängligheten. Utvecklingsprogrammet Bra mottagning bedöms som ett bra och i många fall framgångsrikt verktyg för att analysera verksamhet och starta ett förändringsarbete som ger effekter på bl.a. tillgängligheten. Bra Mottagning kan dock inte lösa resursbrist. En god tillgänglighet kräver balans mellan behov och resurser.

Utvecklingsarbetet avseende teknikutveckling har dock stannat av i avvaktan på ny telefonlösning. Det är angeläget att snarast hitta en lösning för det fortsatta utvecklingsarbetet för att kunna förbättra telefontillgängligheten.

De framgångsfaktorer som beskrevs i den tidigare granskningsrapporten har bekräftats av verksamheten och åtgärder i linje med dessa har vidtagits. Bra mottagningsprogrammet kan vara en katalysator till att skapa delaktighet, värdegrund och ett instrument för ledaren att påbörja ett längre förändringsarbete.

Den nya styrmodellen och den generella kravspecifikationen innebär en övergång från anslagsfinansiering till prestationsersättning. Således finns incitament för en ökad produktivitet. Incitamentet är dock begränsat då den nya ersättningsmodellen innehåller tak för de rörliga ersättningarna. Dessutom får den enskilda vårdcentralen inte behålla ett eventuellt ekonomiskt överskott. Incitamentet är dessutom av begränsat värde i en situation då det saknas tillgång till familjeläkare.

Vår granskning visar tydligt att det största hindret för en ökad besöksstillgänglighet är tillgången till familjeläkare. Vår bedömning är att det brustit i planeringen av åtgärder för att kunna ersättningsrekrytera. Region Skåne har under en längre tid fördelat budgeten för ST-läkare på ett sådant sätt att primärvårdens andel har varit för låg i förhållande till behovet. Åtgärder planeras nu för att förbättra möjligheterna men den eftersläpning i tillgång på läkare som uppstått kommer att ge effekter i vissa områden för lång tid framöver.

Det finns en problematik kring tillgänglighet; produktion och prioriteringar. Vissa läkare uppfattar detta som en motsättning. Ett ökat fokus på tillgänglighet *kan* innebära att prioriteringarna åsidosätts. Det är därför angeläget att styrningen och uppföljningen via kravspecifikationen även har fokus på prioritering och medicinsk kvalitet. Detta inte minst mot bakgrund av bristen på familjeläkare.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Tillgängligheten inom primärvården granskades av Öhrlings PricewaterhouseCoopers på uppdrag av Region Skånes revisorer år 2004. Revisionen ledde fram till ett antal iakttagelser och förslag till förbättringar. Revisorerna vill nu genomföra en uppföljande granskning.

Några utgångspunkter för uppföljningen:

- Sedan 1 november 2005 finns en vårdgaranti i hela landet. Vårdgarantin anger tidsgränser för när tid för besök och behandling senast ska ges. Region Skåne har tilldelats extra resurser för att arbeta med att öka tillgängligheten.
- Regionfullmäktige har fastställt en ny styrmodell från år 2006.
- Från och med 1/1 2006 finns en generell kravspecifikation för familjeläkarverksamheten i Region Skåne.
- I Region Skånes budget för 2006 anges insatser för att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Sedan 2003 finns ett utvecklingsstöd, Bra Mottagning, att tillgå i primärvården. Bra mottagning ska leda till en ökad tillgänglighet och bättre arbetsmiljö. Betydande insatser har gjorts vad gäller metodiken. Under 2004 utbildades 20 % av alla vårdcentraler inom primärvården. Arbetet har fortsatt under 2005 och målet är att samtliga vårdcentraler ska ha genomgått utbildningen vid utgången av 2006.
- Granskningsrapport (nr 29/2004) vilken behandlade framgångsfaktorer för en god tillgänglighet.

1.2 Uppdrag och revisionsfråga

Granskningen avser tillgängligheten i primärvården. Syftet med granskningen är att ge revisorerna ett underlag för att belysa möjligheterna att uppnå en bättre tillgänglighet i primärvården.

- Hur följer de olika primärvårdförvaltningarna upp tillgängligheten? Vilka mått och metoder används? Hur ser resultatet ut?
- Hur har den nya styrmodellen för Region Skåne implementerats? Har en resursfördelningsmodell utvecklats?
- Hur följs primärvårdens generella kravspecifikation?
- Vilka åtgärder har vidtagits mot bakgrund av vårdgarantin? Hur har statens extra resurser för en god tillgänglighet hanterats? Vilka effekter kan konstateras?

- Vilka särskilda åtgärder har vidtagits för att förbättra tillgängligheten inom primärvården? Vi beskriver särskilt hur arbetet har skett med telefontillgängligheten och ”Bra mottagning”. Hur ser resursåtgången ut och vilka resultat har dessa insatser gett?
- Hur har primärvårdsledningarna tagit till sig revisorernas granskning från 2004? Vilka satsningar har gjorts utifrån konstaterade framgångsfaktorer?
- Vilka incitament finns för ökad produktivitet?

1.3 Metod och genomförande

Granskning har skett av ”generell kravspecifikation för familjeläkarverksamheten” och övriga styrdokument för primärvården. Vi har vidare tagit del av den statistik som finns avseende tillgängligheten inom primärvården. Intervjuer har genomförts med samtliga fem förvaltningsledningar inom primärvården. Vidare har fem fallstudier genomförts avseende genomförda projekt för Bra mottagning fördelade på de olika primärvårdsområdena. Fallstudien innebar att vi tog del av dokumentation samt genomförde intervjuer med verksamhetschef, projektledare samt övrig personal i form av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter kring genomförandet. Vi har också genomfört intervjuer med verksamhetschefsnivån på ett antal vårdcentraler för att verifiera dels de särskilda satsningar som primärvården har vidtagit, dels hur arbetet med vårdgarantin har fungerat i praktiken, samt hur arbetet med tidigare identifierade framgångsfaktorer har fungerat.

Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (projektledare) och Christel Eriksson från Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB.

2 Utgångspunkter för aktuell granskning

2.1 Nationell vårdgaranti

Sedan år 1997 finns en besöksgaranti som innebär att primärvården skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare erfordras skall väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården skall erbjudas sådant besök inom 90 dagar. Från den 1 november 2005 gäller en vårdgaranti i hela landet.

2.2 Ny styrmodell

Från år 2006 gäller en ny styrmodell för Region Skåne som innebär att vårdlogikerna ligger till grund för styrningen. Distriktsnämnderna ansvarar för att utforma samt följa upp utvecklingen av närsjukvård. Distriktsnämnderna ansvarar vidare för respektive

vårdgivares budget på en övergripande nivå. Nämnderna har ett ekonomiskt ansvar för respektive vårdgivare samt ett totalansvar för samtliga Region Skånes vårdgivare inom distriktet. Uppdrag utformas för varje primärvårdsförvaltning som i sin tur tillgodoser åtagandet gentemot befolkningen.

Regionfullmäktige har fastställt en total ram till sektor vård och hälsa. Som underlag för fördelningen av resurserna till de fyra vårdlogikerna har Region Skånes vårdkostnadsdatabas för år 2004 använts. Budgeten för närsjukvården har i sin tur fördelats till de fem distriktsnämnderna utifrån distriktens andelar av närsjukvårdskonsumtionen för år 2004.

2.3 Budget 2006

I Region Skånes budget för år 2006 anges ett flertal insatser för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Under avsnitt Förbättra vårdens inre effektivitet anges att ”inom primärvården har ett stort antal åtgärder vidtagits för att förbättra vårdens inre processer i syfte att åstadkomma bättre flöden och bättre tillgänglighet. Telefontillgängligheten har successivt förbättrats med hjälp av ny teknik och en offensiv satsning på fler sjuksköterskor i rådgivningen och utbildning i telefonhändertagande har nu börjat ge resultat”.

Vidare beskrivs att det sedan 2003 finns ett utvecklingsstöd, Bra mottagning, i primärvården. I budgeten anges att ”målet är att samtliga vårdcentraler har utbildats i konceptet vid utgången av år 2006”.

Vad gäller den nationella vårdgarantin anges att ”för att underlätta införandet av den nationella vårdgarantin har regeringen tillfört landstingen extra resurser. Region Skåne har för år 2005 tilldelats 90 miljoner kronor och 64,4 miljoner kronor för år 2006. Resurserna ska i första hand användas för att öka tillgängligheten”.

2.4 Generell kravspecifikation

Det finns en generell kravspecifikation¹ för familjeläkarverksamheten i Region Skåne som gäller från och med år 2006. Syftet med kravspecifikationen är att ge förutsättningar för familjeläkarverksamheten i Region Skåne. Kravspecifikationen definierar på en övergripande nivå vilket åtagande som finns gentemot befolkningen i Skåne. Vidare beskrivs uppdraget i form av ansvar, basuppdrag, utökat basuppdrag, tilläggsuppdrag och kompetenskrav.

¹ Kravspecifikationen togs fram 2005-05-12 och reviderades 2006-01-02.

Ersättningsmodellen uppges ge incitament för vård med fokus på individnytta, tillgänglighet, ökad produktivitet, effektivitet och möjlighet till totalkostnadskontroll. Fast ersättning för allmänmedicinsk verksamhet indelas i ersättning för listning (kapitation) samt ersättning för områdesansvar. Vidare finns en rörlig ersättning för exempelvis läkarbesök. För de rörliga ersättningarna tillämpas ett ersättningstak. När taket uppnåtts halveras de rörliga ersättningarna. För distrikts-/sjuksköterskans arbete utbetalas dels ett fast arvode dels en rörlig ersättning². Sjukgymnast ersätts enligt motsvarande princip. Arbetsterapeut, kurator, psykolog och dietist ersätts med ett fast årligt arvode.

2.5 Tidigare genomförd granskning

Revisorerna i Region Skåne gav under år 2004 Öhrlings PricewaterhouseCoopers i uppdrag att belysa möjligheterna för att uppnå en bättre tillgänglighet inom primärvården (Granskningsrapport nr 29/2004). Ett antal hypoteser utformades för en god tillgänglighet vilka i sin tur utgjorde underlaget för intervjuer med ett antal berörda aktörer. För ändamålet studerades fem vårdcentraler.

De framgångsfaktorer som ringades in som de grundläggande och viktigaste var **ledarskapet, allas delaktighet och gemensam värdegrund**. En ledning som tydliggör uppdraget kring tillgänglighet, som engagerat följer upp resultatet och samtidigt stödjer de aktiviteter som måste till för att klara uppdraget har en väsentlig betydelse. Varje medarbetares ansvar och uppgift synliggörs som en del i att lösa det gemensamma uppdraget. Ledaren stödjer aktivt för att underlätta för personalen att kombinera tillgänglighet med prioritering av behov. Ledaren skapar också med detta, samt med information och uppföljning, förutsättning för allas delaktighet. Uppdraget blir tydligt och verksamhetschefen får alla att se, förstå och engagera sig i det gemensamma uppdraget och därmed dra åt samma håll. Därmed grundläggs den gemensamma värdegrund som av många intervjuade beskrevs som ”kulturen” eller ”andan” på vårdcentralen.

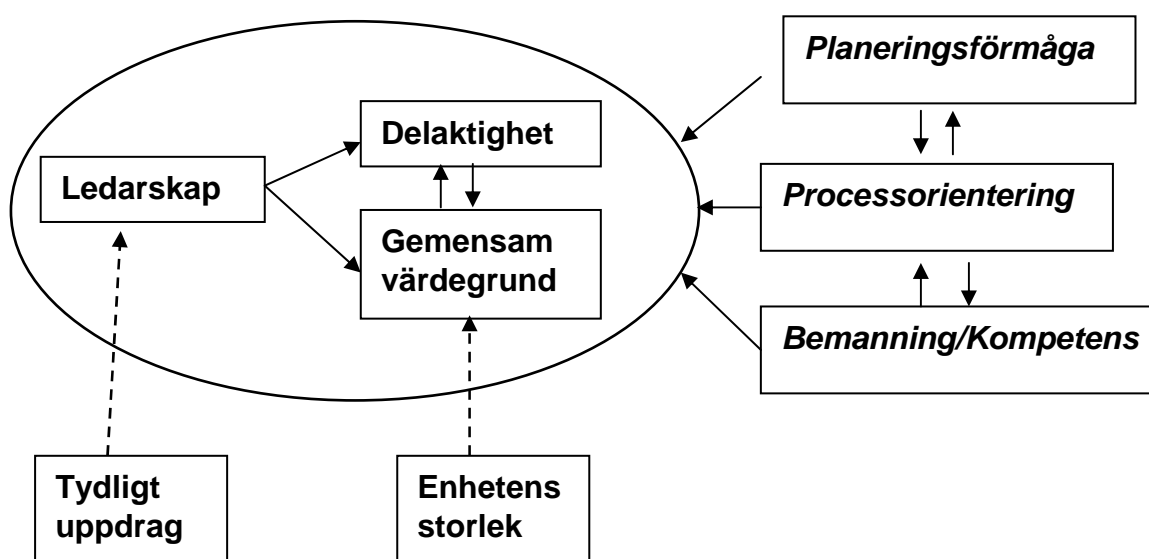
Studerade enheter kännetecknades även av god **planeringsförmåga**. Det fanns också en tydlig **processorientering** både internt och i förhållande till andra vårdgivare på de studerade centralerna. Rätt **bemannings/kompetens** gynnar dels den gemensamma värdegrunden och stödjer också möjligheten att planera flexibelt, samtidigt som de inre processerna i centralen underlättas.

En faktor som inte fanns med i våra hypoteser men som på olika sätt framkom vid intervjuerna var **vårdcentralens storlek**. Gemensamt för de studerade arbetsplatserna var

² Förutsättning för utbetalning av hela den fasta ersättningen är att den rörliga uppgår till viss volym.

att de var relativt små. För att den viktiga faktorn ledarskap ska kunna verka fullt ut behövs att ledaren har ett *tydligt uppdrag* som är såväl rimligt som avgränsbart.

Nedan beskrivs schematiskt de **framgångsfaktorer för tillgänglighet** som ringades in och deras samband med varandra.



Vidare pekade granskningen på att det saknades en definition för begreppet tillgänglighet och att det saknades en tydlighet i vad primärvården ska åstadkomma.

2.6 Nationell mätning av tillgängligheten

Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen presenterade under juni månad 2006 en rapport kring jämförelser av kvalitet och effektivitet inom den svenska hälso- och sjukvården. Här finns bl.a. uppgifter från Vårdbarometern³ om patient- och befolkningsuppfattningar om hälso- och sjukvården och sjukvårdsinsatser. En aspekt på tillgänglighet är den telefontillgänglighet som patienterna tycker sig ha. En fråga i Vårdbarometern vänder sig till de patienter som besökt vårdcentral, och som ringde vårdcentralen innan besöket. I Skåne ansåg 48 % att det var lätt eller mycket lätt att komma fram per telefon till vårdcentral. För riket som helhet var uppgiften 60 %. En anslutande fråga om patienternas uppfattning om primärvårdens tillgänglighet var om man anser att den

³ Vårdbarometern avser information från telefonintervjuer av 33 000 slumpvis utvalda individer under år 2005.

väntetid man hade till sitt besök var rimlig. För hela riket menade 77 % att väntetiden var rimlig medan uppgiften för Skåne var 73 %.

När det gäller primärvårdens läkartillgänglighet klarar sig Skåne bättre. Den senast genomförda mätningen avser perioden 27-31 mars 2006 då 950 vårdcentraler medverkade. För patienter som fick läkarbesök i primärvården inom 7 dagar var uppgiften 88 % (riket 87 %). För patienter som fick läkarbesök i primärvård samma dag var uppgiften 72 % (riket 64 %).

3 Granskningsresultat

3.1 Uppföljning av tillgängligheten

Den definition på tillgänglighet som lyfts fram är hämtad från den nationella vårdgarantin.

- ”Du ska få kontakt med primärvården per telefon eller på plats samma dag.”
- ”Bedömer primärvården att du behöver besöka en läkare där ska du få det inom högst sju dagar.”

Vidare anges i den generella kravspecifikationen för primärvården reglering av öppethållande. Våra intervjuer visar dock att det fortfarande finns företrädare inom primärvården som inte anser att definitionen är klar och tydlig.

Uppföljningen av tillgänglighet sker på ett gemensamt sätt inom de fem primärvårdsförvaltningarna. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att följa produktion och tillgänglighet. Primärvårdsförvaltningarna har tagit fram uppgifter angående telefon-tillgänglighet och väntetider per den 15 maj 2006 enligt tabellen nedan.

Primärvårdsförvaltningar	Telefontillgänglighet, andel besvarade (%)	Väntetid, andel inom 7 dagar (%)
Nordväst	49,2	95
Sydväst	55,8	83
Mellersta	45,7	91
Ystad – Österlen	75,3	83
Nordöstra	57,6	88

Nedan beskrivs ett antal mätvärden kopplade till tillgänglighet som finns att tillgå i Region Skåne. Mätvärdena beskrivs till sitt innehåll och de begränsningar och eventuella brister i relevans som finns med dem.

Upplevd tillgänglighet:

- *Patienternas upplevda tillgänglighet* hämtas ur enkäter till patienter som besöker mottagningen, finns att tillgå i de balanserade styrkortet. Detta mått begränsas av att vara ett mått endast avseende de som fått kontakt med vårdcentralen. De som inte fick kontakt finns inte med i detta underlag.
- En annan nationell mätning som beskriver upplevd tillgänglighet är *Vårdbarometern* som mäter befolkningens upplevelse av sjukvården på ett antal punkter. Denna mätning kan dock inte relateras till specifik vårdcentral eller område.

Telefontillgänglighet:

- *Telefontillgänglighet*; ett mått som bygger på mätning/statistik ur telefonsystemet i Primärvården Skåne. Måttet anger i procent hur många samtal som besvaras. För detta mått finns ett antal felkällor. Vid kontakterna med vårdcentralerna visade det sig att telefonsystemet har begränsningar, vilket gör att i detta mått ”försvinner” en del patienter bl.a. de som ringde och fick upptagetton. Systemet känner inte av antal individer som ringer utan endast antalet uppringningsförsök. Vidare fångas inte de samtal som går till enskilda vårdgivares direktnummer. Svarsfrekvensen visar förmågan att möta det aktuella behovet. Uppgift om svarsfrekvens behöver kompletteras med uppgift om faktiskt antal besvarade samtal. Tillgänglighetsmåttet säger inget om kvalitén hos rådgivningen av vårdgivaren.

Besökstillgänglighet:

- *T 3*; registrering av tredje tillgängliga bokningsbara tid (ej akuttid) för läkar-, sjuksköterske- och sjukgymnastbesök. Mäts vid speciell mätperiod. Mätetalet bedöms vara bra förutsatt att det jämförs med enheter som arbetar på ett motsvarande sätt vad gäller bokning av patienter. Måttet kan bli missvisande för mottagningar som använder ”Bra-mottagningsmodellen” med bokning samma dag.
- *Nationella mätningar* som genomförs två gånger per år och som mäter *genomsnittlig väntetid* för läkarbesök i primärvården. I mätningen ingår alla som fått en tid bokad; från kontakttillfället till tiden för det aktuella besöket. Dock framgår ej om patienten genom eget önskemål fått en tid förlagd framåt i tiden. Således säger måttet inte särskilt mycket om den enskilda vårdcentralens tillgänglighet. I mätning ingår endast de som fått en kontakt med primärvården.

Vidare finns det en ambition att avvikelserregistrera alla patienter där primärvården inte klarar vårdgarantin, dvs de tillfällen där patienten inte får tid inom 7 dagar trots att den

bedömdes ha behov av det. Denna rutin infördes november 2005, men var ännu inte fullt i drift då granskningen genomfördes.

3.2 Generella kravspecifikationen

Det finns olika synpunkter på den generella kravspecifikationen. Generellt ses det som positivt med en uppdragsbeskrivning för primärvården. År 2006 är det första året med ersättningsmodellen och den upplevs ännu inte vara färdigutvecklad.

Några intervjupersoner uttrycker en förväntan på en större målstyrning av verksamheten vilket inte infriats. Det finns en betoning på produktion snarare än kvalitet. Konstruktionen gör att ersättningsmodellen inte styr mot ökad tillgänglighet utan snarare ökat antal läkarbesök. Produktionsstyrningen innebär vidare att ersättningen inte tar någon hänsyn till resultatet av insatsen. Sjuksköterska eller läkare ges olika ersättning för samma insats. I sin konstruktion gynnar kravspecifikationen läkarbesök och motverkar idéer till att styra över patientbesök till andra yrkeskategorier. Exempelvis missgynnas teamarbete vid förebyggande åtgärder och ersättning ges ej till behandling som ges av undersköterska.

Någon menar att ersättningsmodellen inte styr mot tillgänglighet då den inte tar hänsyn till vilken patientkategori som ges företräde. Modellen kan snarare styra mot att ett fåtal patienter ”kommer till ofta”. Vidare premierar ersättningsmodellen flera vårdtillfällen istället för ett. Det är oftast mer ändamålsenligt att göra mer med samma patient vid samma tillfälle.

Ersättningsmodellen uppges inte ta hänsyn till ohälsa och socioekonomiska faktorer i tillräcklig utsträckning. Det finns exempelvis ett antal enheter i Malmö som inte kan finansieras av den generella kravspecifikationen.

Det framförs också synpunkter om att en del indirekta vårdkontakter skall registreras vilket skapar ökad administration.

Det finns ett incitament på chefsnivå att öka produktionen vilket i sin tur ska genomsyra enhetens arbete. Problemet är att det finns inga ”morötter” för enheten att öka intäkterna då det är oklart huruvida ett eventuellt överskott får behållas.

Vid intervjuerna framkommer att den generella kravspecifikationen förändrar beteendet endast om vårdens företrädare anser det vara betydelsefullt. En verksamhetschef uttryckte sig som så att ”vi ändrar oss inte av ekonomiska skäl om det inte är medicinskt ändamålsenligt”.

3.3 Statsbidrag för en ökad tillgänglighet

Region Skåne har för 2005 och 2006 tillförts extra resurser från regeringen för att underlätta införandet av den nationella vårdgarantin. Under år 2005 fattades ett antal centrala beslut i Regionfullmäktige avseende centrala anslag.

- 210 mkr. Anslag för omstrukturering för att bl.a. underlätta genomförande av Skånsk Livskraft. Beslut i RF 2004-06-28--29 § 39 (Budget 2005)
- 90 mkr. Tillgänglighet och nationell vårdgaranti. Beslut i RF 2004-12-07 § 109 (Tilläggsbudget för år 2005). I Regionstyrelsens förslag till Regionfullmäktige och i styrelsens övervägande framgår hur resurserna bör användas.
- 185 mkr. Tillfälligt generellt sysselsättningsstöd. Beslut i RF 2004-12-07 § 109 (Tilläggsbudget för år 2005) På motsvarande sätt framgår Regionstyrelsens övervägande.

De 90 mkr för *vårdgarantin* har genom beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden år 2005 fördelats som anslag. Större delen av fördelningen har tillförts sjukhusen inom Region Skåne.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade beslut 2005-02-14 (§ 35)

- att fördela 40,0 miljoner kronor ur anslaget för omstrukturering till Distriktsnämnden i Sydvästra Skåne för förstärkning av närsjukvården inom distriktet,
- att fördela 50,0 miljoner kronor ur anslaget för omstrukturering till Distriktsnämnden i Mellersta Skåne 12,0 miljoner kronor, till Distriktsnämnden i Nordöstra Skåne 7,4 miljoner kronor, till Distriktsnämnden i Sydvästra Skåne, 16,0 miljoner kronor, till Distriktsnämnden i Nordvästra Skåne 10,5 miljoner kronor samt till Distriktsnämnden i Ystad-Österlen 4,1 miljoner för omstrukturering till följd av Skånsk Livskraft - vård och hälsa, för att öka tillgängligheten inom distriktet samt för att utveckla närsjukvården

Förvaltningscheferna har gemensamt sökt vårdgarantipengar, 7,0 mkr, hos hälso- och sjukvårdsledningen. Något formellt ärende har dock inte behandlats av politisk nämnd.

Intervjuerna beskriver att förvaltningsledning och verksamhetschefer inte uppfattar att resurser för ökad tillgänglighet tilldelats primärvården utan att dessa har riktats till sjukhusen.

3.4 Åtgärder för att förbättra tillgängligheten

3.4.1 Bra Mottagning

Beskrivning av utvecklingsprogrammet

Bra Mottagning kan beskrivas som ett utvecklingsprogram med fokus på förbättrad tillgänglighet. Utvecklingsprogrammet innehåller ett antal kunskapsmoment:

- Kunskap om inflöde, efterfrågan och om det finns rimlig balans mellan efterfrågan och kapacitet
- Anpassning av scheman, bokning och arbetsuppgifter utanför mottagning mot en varierande efterfrågan.
- Systematiskt förbättringsarbete.
- Testa och vidta åtgärder för att;
 - Öka kapaciteten.
 - Minska efterfrågan.
 - Hantera variationer.
 - Öka den patientrelaterade tiden.

Utbildningsprogrammet Bra Mottagning har bedrivits inom ramen för Landstinget Jönköping och startade 1999. I Region Skåne startades utvecklingsprogrammet av primärvårdsförvaltningarna år 2003 och har sedermera övertagits av Region Skånes utvecklingscentrum. Utvecklingsprogrammet består av fyra lärandeseminarier under åtta månader för team från vårdcentraler och sjukhusmottagningar. Teamen ska vara multi-professionella och kan bestå av verksamhetschef, läkare, sjuksköterska, läkarsekreterare, samt någon mer profession. Teamen får handledning under hela perioden och tar del av föreläsningar och erfarenheter från andra enheter. Det har också tagits fram en "Bra Mottagning Light" för att tillgodose kraven. Den innebär en utbildningsdag för all personal och grunderna i förbättringskunskap samt Bra Mottagning. Syftet med utbildningen är att göra vårdcentralen tillräckligt intresserad för att genomgå hela utvecklingsprogrammet.

Efter en genomgång baserat på uppgifter från juli månad 2006 kan konstateras följande deltagande av utvecklingsprogrammet:

- Primärvården Nordväst, 17 av 21 vårdcentraler klara
- Primärvården Mellersta, 11 av 22 vårdcentraler klara
- Primärvården Nordost, 9 av 16 vårdcentraler klara
- Primärvården Sydväst, 16 av 25 vårdcentraler klara
- Primärvården Sydost, 4 av 5 vårdcentraler klara

Efter intervjuer med de olika förvaltningsledningarna kan konstateras att det vid årets slut endast kommer att kvarstå några vårdcentraler i Mellersta och Sydvästra som inte har genomgått programmet.

Det finns inga särskilda resurser avsatta för utvecklingsprogrammet utan satsningen görs inom ramen för ordinarie verksamhet. Det finns ingen uppgift över hur mycket utvecklingsprogrammet Bra Mottagning har kostat. Kalkylmässigt kostar utvecklingsprogrammet 15 000:- per team/vårdcentral för kursavgift. Sedan tillkommer 50 000:- för lön, resor, kost och logi samt produktionsbortfall de aktuella kursdagarna. Utöver detta kommer kostnader för eget utvecklingsarbete på vårdcentralen. Den totala kostnaden för samtliga 90 vårdcentraler i regionen uppgår således till 5 850 tkr (90 x 65 000) exkl produktionsbortfall i samband med utvecklingsarbete i verksamheten.

En nyligen gjord utvärdering⁴ av 80 enheter visar att merparten av förändringarna har varit åtgärder som ökar kapaciteten, därefter för att bättre hantera variationer och sedan åtgärder för att minska efterfrågan. I Skåne uppger 8 av 10 team att de uppnått betydande förbättringar i arbetsmiljö och tillgänglighet. Siffrorna kommer från de självskattningar som görs vid kursens slut.

Fallstudier

I granskningen har resultatet av fem enheter från vart och ett av Skånes primärvårdsförvaltningar studerats. Samtliga fem vårdcentraler hade själva tagit initiativ till att genomgå utvecklingsprogrammet. Enheterna hade olika ingångar till varför man valde att satsa på förändringsarbetet. De problem som fanns härrörde sig främst kring bristande tillgänglighet och arbetsmiljöproblem. De olika projekten har lett fram till olika förändringar i verksamheten. Förändringsidéerna har kommit dels från teamen och dels genom inspiration från andra. Nedan ges olika exempel på förändringar som har genomförts inom ramen för förändringsarbetet Bra Mottagning.

- Sjuksköterskorna har fått mer ändamålsenliga lokaler för telefonrådgivning. (Tomelilla)
- De senaste fem åren har befolkningens krav ökat och arbetsmiljön blivit svårare. Vårdcentralen har genomfört utbildningar hur man bemöter patienter och sjuksköterskepersonalen sitter inte mer än en halvdag i telefonrådgivningen. (Tomelilla)

⁴ Under hösten 2005 granskades slutrapporter från ett slumpvis urval av enheter från 6 landsting i södra Sverige. Antalet rapporter uppgick till 30 från primärvård och 50 från sjukhus vård.

- Vårdcentralen låter patienternas behov styra bemanningen i större utsträckning. Har bl.a. tagit bort besök på äldreboenden och personalmöten från måndagar då patienterna söker som mest frekvent. (VC Centrum, Landskrona)
- Avsatt speciell tid på dagen då specifik läkare är tillgänglig för ärenden rörande hemsjukvård. (VC Centrum, Landskrona)
- Förändrat distriktssköterskemottagningen från öppen mottagning till tidsbokad. (VC Sorgenfri, Malmö)
- Reducerat antalet besökskategorier. (VC Sorgenfri, Malmö)
- Varje vecka släpps en ny bokningsbar vecka för tidsbokning. (VC Sorgenfri, Malmö)
- Infört bokningsschema för läkarna. Undersköterskorna anpassar i sin tur sina scheman efter läkarna. (VC Ystad)
- Anpassat läkarnas akuttider efter dagligt behov. (VC Ystad)
- Läkarsekreterarna har organiserat om sitt arbete och ansvarsområden har införts. Som resultat är nu läkarsekreterarna i kapp i sin journalskrivning. (VC Ystad)
- Tagit bort väntelistorna. En del bevakning är kvar för exempelvis dementa eller svårt diabetessjuka. (VC Ystad)
- Sjukgymnasterna har preciserat för sjuksköterskorna i telefonrådgivningen avseende vilka patientkategorier som kan gå direkt till sjukgymnastbesök. (VC Ystad)
- Sjuksköterskan förbereder patientens läkarbesök genom förberedelsearbete som t ex blodtrycksmätning, ekg mm (Åhus VC)
- Bemannade lab hela dagen och öppnar redan 7.30 (Åhus VC)
- Slussar patienter till sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast när så är lämpligt (Åhus VC)
- Finns alltid en doktor med administrativ tid hela dagen; denne blir akutläkare och tar allt akut. Kan vid behov göra hembesök hos hemsjukvårdspatienter och i särskilt boende (Åhus VC)
- Sommartid ökar patienttillströmningen. Då har vi en sjuksköterska varje f.m som arbetar med sk triage; turisterna ringer inte i förväg (Åhus VC)
- Endast förbokade tider 8.30 och 9.00 (+ ev en eftermiddagstid) resten bokas under dagen. (Råå VC)
- Upprättat PM för vilka undersökningar som skall göras i förväg (Råå VC)
- Bemannat lab hela dagen (Råå VC)

Olika synpunkter har framförts från såväl förvaltningsledning som verksamhetsansvariga och övrig personal i verksamheten. Verktuget uppfattas som bra när det gäller att kartlägga och analysera enhetens verksamhet. Det uppfattas som tilltalande av deltagande enheter att bli försedda med förändringskunskap, praktiska verktyg och inspiration från andra enheter. Någon tyckte kanske att projektiden var något för tidskrävande. Bra mottagning kan dock inte ”maskera” läkarbristen. Det krävs balans mellan utbud och efterfrågan för att fullt ut genomföra konceptet. Ett annat problem för teamet är förankringen på den egna enheten. Det är också svårt att kunna avsätta tillräckligt med tid för

förändringsarbetet på ”hemmaplan”. Behovet av att se förbättringsarbetet som en ständigt pågående process betonas.

En invändning mot programmet som framförs är att Bra Mottagning styr mot en efterfrågestyrd vård där de aktiva patienterna ges en god tillgänglighet medan kroniker och ”passiva” patienter inte söker i samma utsträckning. Många enheter tar dock hänsyn till detta och har infört bevakning för särskilda patientkategorier.

Mot bakgrund av att många sjukhus genomför Bra Mottagning på sina mottagningar väcks frågan om primärvården kan ta emot nya patientkategorier från sjukhusen. Våra intervjuer visar entydigt att primärvården inte har möjlighet att ta nya uppdrag om inte resurser fördelas om till primärvården.

Sammanfattningsvis visar våra fallstudier på att *arbetsmiljön* vid fyra av fem vårdcentraler förbättrats. Sjuksköterskornas arbetsmiljö vid telefonrådgivningen har på vissa enheter blivit bättre och även vid distriktssköterskemottagningar där tidsbokning har införts. Läkarnas arbetsmiljö har förbättrats genom att ”en hopplöst lång väntelista inte hänger över”. Samarbetet mellan yrkeskategorierna har förbättrats.

Vid fyra av fem vårdcentraler har *tillgängligheten* förbättrats för patienterna. Dock uppger några verksamhetschefer att det är svårt att dra någon slutsats om det är Bra mottagningsprogrammet som förbättrat tillgängligheten. Faktorer som ny verksamhetschef och förändrad rekryteringssituation kan vara andra påverkansfaktorer.

Vår bedömning är att utvecklingsprogrammet visat goda resultat vid fyra av fem studerade vårdcentraler. Det är dock fortfarande bekymmersamt med tillgängligheten för enheter där det råder läkarbrist. Där inte projektet har lyckats beror det på att läkarna inte har ”köpt ideologin” fullt ut och att inte tillräckligt med tid avsatts för förändringsarbetet.

3.4.2 Telefontillgängligheten

Under de närmsta åren planeras ett införande med gemensam telefonihantering i Region Skåne. Det nya systemet har införts på 13 vårdcentraler. Införandet har inte fungerat och verksamheter upplever stora problem med den nya tekniken. Det är särskilt hanteringen av telefonköerna som inte fungerat.

Arbetet med Bra Mottagning har medfört att enheterna har bemannat telefonerna bättre och mer anpassat till variationer i efterfrågan. I övrigt har inte så mycket gjorts kring telefontillgängligheten sedan föregående granskning. Utvecklingsarbetet har stannat av i avvaktan på ny telefonlösning. För flera av vårdcentralerna i granskningen upplevs det otillfredsställande att mätresultatet vad gäller telefontillgänglighet är dåligt. Dels uppges

att det finns en osäkerhet i mätresultatet, dels upplevs att vårdcentralerna har små möjligheter att påverka bristerna i de tekniska lösningarna för telefonin.

3.4.3 Uppföljning av tidigare granskning

Våra intervjuer med förvaltningsledning och verksamhetschefer visar att det finns en samsyn kring betydelsen av de framgångsfaktorer som identifierades vid granskningsrapport 29/2004. De olika primärvårdsförvaltningarna har i olika utsträckning genomfört ledarförsörjningsprogram. Det har funnits en aktiv satsning på ledarskapet. Utbildningsinsatser har vidtagits såsom UGL⁵, arbetsrätt, hälso- och sjukvårdsrätt, utvecklingssamtal och konflikthantering. Förvaltningarna har arbetat med att utveckla, stötta och avveckla ledare.

När det gäller delaktighet är det lokala ledarskapet viktigt. Flera av de besökta centralerna arbetar med gemensamma utvecklingsdagar för all personal där uppdraget diskuteras och verksamheten planeras. Förvaltnings- och verksamhetscheferna tror att primärvårdens vision och verksamhetsidé i stort genomsyrar arbetet så att det finns en inriktning mot en gemensam värdegrund.

3.4.4 Övriga åtgärder

En rad andra åtgärder har vidtagits för att förbättra tillgängligheten. Stora satsningar har gjorts på att rekrytera läkare för att kunna förbättra tillgängligheten. Resultatet av denna satsning har dock varit magert. Under 2005 rekryterades endast 7 specialister i allmänmedicin externt. Under samma period försvann 17 medarbetare till andra arbetsgivare utanför Region Skåne.

Utbildning har genomförts och planeras för sjuksköterskor i telefonrådgivning och sk triage för att förbättra bedömning, råd om egenvård och prioritering. En handbok har utvecklats som stöd.

Verksamheten och vårdkedjan ses över kontinuerligt med utgångspunkt från invånarnas behov.

Någon vårdcentral har infört ”snabbmottagning” med 10 minuterstider till läkare. Detta för att kunna möta behovet av snabb rådgivning.

I samband med införandet av den nationella vårdgarantin tillsattes det tillgänglighetskoordinatorer för respektive förvaltning. Det sker dock ingen hänvisning till annan

⁵ UGL (Utveckling av grupp och ledare) bygger på upplevelsebaserad inläring.

vårdgivare om inte primärvården klarar av att erbjuda ett läkarbesök inom sju dagar. Ansvaret för att söka annan vårdgivare lämnas till patienten.

3.5 Övriga synpunkter

Det största problemet för en ökad tillgänglighet inom primärvården uppges vara läkarbristen och svårigheten att rekrytera läkare. Bemanningssituationen är på sina håll mycket besvärlig. I en gemensamt framtagen rapport från primärvårdsförvaltningarna framgår att det föreligger en brist på specialister inom allmänmedicin med 121,65 (23,5 %) resurser inom den offentliga primärvården i relation till uppdragen enligt den generella kravspecifikationen. Enligt politiskt beslut ska måtalet för bemanning vara 1 specialist i allmän medicin per 1800 invånare. Det motsvarar 518 läkartjänster. Resursbrist per förvaltning framgår av tabellen nedan.

	Nordväst	Nordost	Mellersta	Sydost	Sydväst	PV Skåne
Befintliga resurser Specialister i Allmän Medicin	72,6	50,7	127,8	15,75	129,5	396,35
Brist i relation till uppdrag enl GK	38,4	13,3	28,2	14,25	27,5	121,65

Dessutom tillkommer ytterligare behov för att täcka jouruppdrag, pensionsavgångar mm. Det finns ett flertal orsaker till varför det råder brist på specialistläkare inom allmänmedicin. Stora pensionsavgångar de närmaste åren riskerar att förvärra situationen. Region Skåne har under en längre tid fördelat budgeten för ST-läkare på ett sådant sätt att primärvårdens andel har varit låg i förhållande till behovet av ersättningsrekrytering. Lönesättningen av distriktsläkarna kan vara en bidragande orsak till att läkare väljer en annan specialiseringsriktning. I Skåne uppges lönerna för distriktsläkare vara lägsta i Sverige. Rekrytering av specialister i allmänmedicin inom andra sektorer av hälso- och sjukvården och samhället har ökat.

Ett annat problem är att många distriktsläkare inte arbetar heltid. Övriga uppdrag i form av hemsjukvård, barnhälsovård och administrativa åtaganden innebär att den direkta patienttiden minskar vilket påverkar tillgängligheten negativt.

Utöver läkarbristen uppges tradition, attityder och brister i värdegrunden vara orsaker till en bristande tillgänglighet. Det finns fortfarande utrymme för förbättringsarbete och ett

förändrat synsätt hos medarbetarna. Dock framhålls att utan tillgång till läkare finns begränsningar i möjligheten att uppnå en god tillgänglighet.

I något område uppges att det framöver även finns risk för brist på sjuksköterskor med specialistutbildning, vilket kan komma att förstärka effekterna av brist på läkare.

Ett antal åtgärder har vidtagits för att förbättra rekryteringssituationen för läkare; bl.a. ekonomiska satsningar för särskilda åtgärder för att rekrytera och antalet utbildningsplatser i primärvården har ökat.

Flera av förvaltnings- och verksamhetscheferna uppger att man ser en oro för att det är svårt att uppnå en god *upplevd tillgänglighet* hos befolkningen. Tillgången på resurser är begränsad och det innebär att prioritering för vem som ska ges vård ständigt måste göras. Dialogen med befolkningen behöver därför mer inriktas på information om att prioritering måste göras och att egenvård i många fall kan vara alternativ till besök i primärvården.

4 Analys och bedömning

Uppföljning

Tillgängligheten i primärvården följs upp via nationell mätning två gånger per år då andel patienter som fått tid samma dag och patienter som fick tid inom 7 dagar mäts. Distriktsnämnderna följer upp den generella kravspecifikationen varje tertiäl. Primärvårdsförvaltningarna gör på ett gemensamt sätt löpande uppföljningar av tillgängligheten med tre perspektiv; upplevd tillgänglighet via patientenkät, telefontillgänglighet via statistik ur telefonsystemet, samt besökstillgänglighet via registrering av sk T3 vilket är tredje tillgängliga bokningsbara tiden (ej akut) för besök hos läkare, sjuksköterska eller sjukgymnast. Samtliga uppföljningsmått har dock en del brister och i vissa fall är de inte anpassade till de nya arbetsformer som vårdcentralerna praktiserar bl.a. med Bra mottagningsprogrammet. Vårdcentralerna följer själva löpande produktion, besökstillgänglighet och telefontillgänglighet. Eftersom det till stor del är telefontillgängligheten som har dåligt resultat och är ett problem i nuläget är det särskilt angeläget att utveckla uppföljningsmetoder kring denna. Om telefontillgängligheten ska kunna utvecklas krävs att det finns en tillförlitlig uppföljning.

Ny styr- och resursfördelningsmodell

En resursfördelningsmodell för primärvården har införts 2006; generella kravspecifikationen. Det upplevs som positivt att primärvårdens uppdrag har tydliggjorts men modellen är ännu inte färdigutvecklad. I sin nuvarande form styr modellen i huvudsak på en ökad produktion medan målstyrningen för medicinsk kvalitet och prioritering är begränsad. Den generella kravspecifikationen ger vissa incitament till ökad produktion men inte med nödvändighet till en ökad tillgänglighet. Kravspecifikationen har ett starkt fokus på läkarbesök vilket i vissa avseenden kan motverka intentioner om

prioriteringar och om att alla yrkeskategoriers kompetens ska användas i syfte att öka tillgängligheten och resursutnyttjandet. Vi konstaterar att konstruktionen gör att ersättningsmodellen snarare styr mot ett ökat antal läkarbesök och inte mot en ökad tillgänglighet.

Nationella vårdgarantin

I samband med beslut om den nationella vårdgarantin tilldelades sjukvårdshuvudmännen extra ekonomiska resurser för att öka tillgängligheten. I Region Skåne har dessa medel främst riktats till sjukhusen. Några effekter av tillgänglighetsmedlen kopplat till primärvården kan därför inte redovisas. Distriktsnämnderna har tilldelats extra resurser om 50 mkr för ökad tillgänglighet 2005 genom satsning på närsjukvårdsutveckling. Endast en mindre del av dessa resurser har riktats till primärvården. Distriktsnämnden i sydvästra Skåne tilldelades ytterligare 40 mkr för förstärkning av närsjukvårdsområdet. Detta var dock att betrakta som en kompensation för tidigare besparingar för åren 2003-2004.

Åtgärder för en ökad tillgänglighet

Region Skånes budget för år 2006 anger en rad insatser för ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Budgeten innehåller bl.a. "skallkrav" på att alla vårdcentraler ska genomgå utvecklingsprogrammet Bra Mottagning. Några resurser för att genomföra programmet har dock inte anvisats. Inom ramen för verksamheten har ändå flertalet av Skånes vårdcentraler genomgått programmet med positivt resultat på besökstillgängligheten. Någon särskild aktivitetskod har inte använts för kostnader relaterade till utvecklingsprogrammet vilket gör det svårt att utvärdera ekonomiskt. Utvecklingsprogrammet Bra mottagning bedöms som ett bra och i många fall framgångsrikt verktyg för att analysera verksamhet och starta ett förändringsarbete som ger effekter på bl.a. tillgängligheten. Programmet kan användas som utgångspunkt för att utveckla ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Bra mottagningsprogrammet kan dock inte lösa resursbrist. En god tillgänglighet kräver balans mellan behov och resurser.

Primärvårdsförvaltningarna har vidtagit en rad olika åtgärder för att indirekt och direkt förbättra tillgängligheten. Satsningar på att utveckla ledarskapet på vårdcentralerna har gjorts. På vårdcentralerna har bl.a. telefonrådgivningen förstärkts och utnyttjandet av läkarresurser och övriga personalresurser har förbättrats genom förändrad schemaläggning och genom användning av samtliga yrkeskompetenser. Rekryteringsåtgärder har vidtagits för att bemanna läkartjänster.

Utvecklingsarbetet avseende teknikutveckling har dock stannat av i avvaktan på ny telefonlösning. Det är angeläget att snarast hitta en lösning för det fortsatta utvecklingsarbetet för att kunna förbättra telefontillgängligheten.

Framgångsfaktorer för en ökad tillgänglighet

De framgångsfaktorer som beskrevs i den tidigare granskningsrapporten har bekräftats av verksamheten och åtgärder i linje med dessa har vidtagits. Bra mottagningsprogrammet kan vara en katalysator till att skapa delaktighet, värdegrund och ett instrument för ledaren att påbörja ett längre förändringsarbete.

Incitament för en ökad produktivitet

Den nya styrmodellen och den generella kravspecifikationen innebär en övergång från anslagsfinansiering till prestationsersättning. Således finns incitament för en ökad produktivitet. Incitamentet är dock begränsat då den nya ersättningsmodellen innehåller tak för de rörliga ersättningarna. Dessutom får den enskilda vårdcentralen inte behålla ett eventuellt ekonomiskt överskott. Incitamentet är dessutom av begränsat värde i en situation då det saknas tillgång till familjeläkare.

Hinder för en ökad tillgänglighet

Vår granskning visar tydligt att det största hindret för en ökad besöksstillgänglighet är tillgången till familjeläkare. Vår bedömning är att det brustit i planeringen av åtgärder för att kunna ersättningsrekrytera. Region Skåne har under en längre tid fördelat budgeten för ST-läkare på ett sådant sätt att primärvårdens andel har varit för låg i förhållande till behovet. Åtgärder planeras nu för att förbättra möjligheterna men den eftersläpning i tillgång på läkare som uppstått kommer att ge effekter i vissa områden för lång tid framöver.

Det finns en problematik kring tillgänglighet, produktion och prioriteringar. Vissa läkare uppfattar detta som en motsättning. Ett ökat fokus på tillgänglighet *kan* innebära att prioriteringarna åsidosätts. Det är därför angeläget att styrningen och uppföljningen via kravspecifikationen *även* har fokus på prioritering och medicinsk kvalitet. Detta inte minst mot bakgrund av ovan beskrivna brist på familjeläkare.