

7. Processororienterat arbetssätt

I praktiken innebär arbetet med processer att linjeorganisationen och processorganisationen möts i en matrisorganisation. Samtidigt som hälso- och sjukvårdens värde skapas i processer så sker styrningen vertikalt och per vårdenhet eller funktion. Inom regionens ledningssystem finns underlag som syftar till att vägleda och stödja arbetet med processledning och processutveckling inom Region Örebro läns verksamheter. Dessa finns på intranätet: <http://intra.orebroll.se/ledning--styrning/processer/>.

Generellt gäller att ledningen för linjeorganisationen anger vad som skall utföras medan processägaren har rollen att tillsammans med processledningen ta beslut om hur det skall genomföras. Linjeorganisationen avgör hur uppgifterna ska fördelas och utföras inom respektive verksamhet. Linjeorganisationen och dess roller är självklara aktörer i processledningen och för vissa processer sammanfaller linjeansvaret med ansvaret för processen.

Varje process behöver ha en processägare på en nivå som innebär ett mandat och ett strategiskt ansvar att arbeta med processen och de organisatoriska enheter som är inblandade. Det innebär att ansvar för regionövergripande processer bör fördelas av regionledningen. Ansvaret för processer av övergripande art i hälso- och sjukvårdsförvaltningen fördelas av hälso- och sjukvårdsdirektören. För en process avgränsad till primärvård, som implementering av ett arbetssätt eller en riktlinje, kan central primärvårdsledning vara processägare.

Processledare utses av, och arbetar på uppdrag av, processägaren. Ansvaret kan vara för en hel process eller för en delprocess. Processägaren avgör den exakta uppgiftsfördelningen mellan processägare och processledare. För vissa processer inom hälso- och sjukvården kan även en medicinskt ansvarig behöva utses.

Processägarens och processledarens framgång är beroende av tydlighet från ledningen kring olika rollers ansvar och mandat för att underlätta samarbetet med andra inom verksamheten. Det behöver bli rätt balans mellan central styrning och lokal frihet. Vilka forum som ska finnas och vad som ska vara på den lokala respektive centrala agendan måste vara tydligt. En kritisk framgångsfaktor är att linjeorganisation engageras och blir en motor för fungerande processledning och att linjechefer ansvarar för processens tillämpning och resultat inom sin enhet. Centralt är att en av den högsta ledningen prioriterad process inte kan nedprioriteras på lägre nivåer i linjeorganisationen. En ifrågasatt *vad*-fråga måste alltid lyftas uppåt i linjen till högsta ansvarig. Den ska aldrig processledaren själv behöva försvara eller argumentera för. En diskussion om *hur* denna process ska anpassas lokalt är däremot en livskraftig del av organisationens nödvändiga utveckling.

8. Översiktligt om dagens organisation

8.1 Införande av närsjukvård och länsverksamhet

I utredningsrapporten ”Närsjukvård och samordnad produktionsplanering” från oktober 2014 skrivs:

Avsikten med patientfokuserad lokal samverkan är att identifiera de verksamheter inom landstinget som bör ingå i en närsjukvårdslösning men också hur samverkan ska ske med kommunernas verksamheter. Målsättningen är att en jämlik och tillgänglig vård uppnås i hela länet.

Landstingsstyrelsen tog i december 2014 beslut om att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle delas in i fyra närsjukvårdsområden. Från 7 april 2015 fick länet denna indelning:

Närsjukvårdsområde Norr

- Kopparbergs vårdcentral
- Lindesbergs vårdcentral
- Nora vårdcentral
- Storå vårdcentral
- Hällefors vårdcentral
- Freja vårdcentral (mottagning i Frövi och Fellingsbro)
- Jourvårdcentral norra länsdelen
- Verksamheter vid Lindesbergs lasarett:
 - o Akutmottagning och ambulansverksamhet
 - o Specialistmottagning
 - o Kliniken för medicin och geriatrik

Närsjukvårdsområde Väster

- Laxå vårdcentral
- Baggängens vårdcentral
- Brickegårdens vårdcentral
- Karolina vårdcentral
- Pilgårdens vårdcentral Degerfors
- Jourvårdcentral västra länsdelen
- Verksamheter vid Karlskoga lasarett:
 - o Akutmottagning och ambulansverksamhet
 - o Specialistmottagning
 - o Kliniken för medicin och geriatrik

Närsjukvårdsområde Söder

- Askersunds vårdcentral
- Hallsbergs vårdcentral
- Kumla vårdcentral

- Jourvårdcentral södra länsdelen

Närsjukvårdsområde Örebro

- Adolfsbergs vårdcentral
- Brickebackens vårdcentral
- Karla vårdcentral
- Lillåns vårdcentral
- Mikaeli vårdcentral
- Odensbackens vårdcentral
- Olaus Petri vårdcentral
- Skebäcks vårdcentral
- Tybble vårdcentral
- Varberga vårdcentral
- Ängens vårdcentral
- Jourvårdcentral Örebro
- Akutkliniken och ambulansverksamheten, USÖ

8.2 Närsjukvården och dess ledning

Inom Region Örebro län är idag Hälso- och sjukvårdsdirektören den i linjen som har ansvaret för att hålla ihop de olika närsjukvårdsområdena. Uppdraget att leda processen kring omställningen till en nära vård ligger på biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, en funktion som i linjen inte är överordnad de tre områdescheferna inom närsjukvården. Det yttersta och sammanhållande ansvaret ligger på hälso- och sjukvårdsdirektör som i nuvarande organisation i praktiken har begränsade möjligheter att utgöra en sammanhållande kraft för en del av vården medan övriga områden i förvaltningen hålls samman under en områdeschef.

På länsdelsnivå finns fyra närsjukvårdsområden där två av dem, Örebro och Söder, finns under samma områdeschef. Område Norr och Väster har varsin områdeschef.

Verksamheter med länsövergripande uppdrag finns organisatoriskt inom Hälsovals-enheten eller inom närsjukvårdsområde Örebro-Söder. Inom Hälsovals-enheten finns utanför Krav- och kvalitetsbokens reglering av vårdcentralerna länsuppdragen:

- Mödrahälsovårdsenhet
- Barnhälsovårdsenhet
- Utvecklingsenhet

Inom Närsjukvårdsområde Örebro finns följande verksamheter med länsuppdrag:

- Ungdomsmottagning (UM)
 - Samtalsmottagning
 - Psykologienhet för mödra- och barnhälsovård
- } Med samma verksamhetschef

- Sjukvårdsrådgivningen 1177

8.2.1 Olika förutsättningar för de olika närsjukvårdsområdena

Alla tre närsjukvårdsområden är organiserade så att de har jour- och akutmottagning inom området. Både närsjukvårdsområde väster och norr inkluderar medicin/ geriatrik och har specialistmottagningar inom sitt område, något som saknas i Örebro-Söder.

Närsjukvårdsområde Örebro-Söder

Området har 17 vårdcentraler (varav 3 som drivs i privat regi) och omfattar kommunerna Örebro, Lekeberg, Kumla, Hallsberg och Askersund. Område Örebro–Lekeberg har en befolkning på ca 164 000 och område Söder har ca 49 000 invånare. Närsjukvårdsområdet har en sammanlagd befolkning på ca 213 000 vilket omfattar mer än två tredjedelar av länets totala befolkning som vid årsskiftet var 304 805.

Området är det enda av länets närsjukvårdsområden som också innefattar privata vårdgivare. De fyra privata vårdcentralerna hade vid årsskiftet sammanlagt ca 34 500 listade patienter. Antalet listade på de regiondrivna vårdcentralerna är ca 174 800. Området har två vårdcentraler med 19–20 000 och fem vårdcentraler med mer än 10 000 och de två minsta har under 7 000 listade.

Närsjukvårdsområde Väster

Området har 5 vårdcentraler och omfattar kommunerna Degerfors, Laxå och Karlskoga med en sammanlagd folkmängd på knappt 46 000 invånare. Av dessa var vid årsskiftet 37 200 listade på någon av områdets vårdcentraler. De två största vårdcentralerna har ca 11 000 vardera medan den minsta har knappt 6 000 listade.

Närsjukvårdsområde Norr

Området har 6 vårdcentraler och omfattar kommunerna Hällefors, Nora, Lindesberg och Ljusnarsberg med en total befolkning på 46 100. Av dessa var ca 42 000 listade på en vårdcentral. De två största vårdcentralerna har ca 11 000-12 500 listade medan den minsta har ca 4 800 listade.

8.2.2 Ledningsstöd kopplat till länets primärvård/närsjukvård

Förvaltnings- och länsövergripande nivå

Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör med uppdrag nära vård

- 1 verksamhetsutvecklare och medicinsk rådgivare
- 1 samordnare nära vård

Närsjukvårdsområde Örebro-Söder

- 1,0 (i nuläget 0,8) chefssekreterare
- 0,8 chefläkare, varav 0,5 för primärvård och 0,3 för akutkliniken
- 1,0 controller
- 1,0 områdessamordnare

- 3,0 (i nuläget 1,8) verksamhetsutvecklare
 - 2 samverkansledare – 1 för södra länsdelen och 1 för länsdel Örebro – tjänsterna delas lika med kommunerna 50/50
 - 0,5 HR-partner
 - 1,5 HR-konsult
 - 1,5 områdesekonom (i nuläget < 1)
- } tillhör central organisation för HR respektive ekonomi

Närsjukvårdsområde Väster

- 1 biträdande områdeschef, tillika verksamhetschef specialistmottagningarna
- 1 chefssekreterare
- 1 HR-konsult
- 0,3 AT-samordnare
- 1 verksamhetscontroller
- 0,5 teknisk chef
- 2 kommunikationsstrateg, varav 1 vakant, för närvarande 0,2 tjänst
- 1 IT-samordnare
- 0,3 samordnare
- 0,3 AT-chef
- 0,2 Chefläkare
- 2,0 inom utvecklingsenheten (fördelat på 4 personer)

Närsjukvårdsområde Norr

- 0,25 chefläkare
 - 1 HR strateg
 - 1 HR specialist
 - 1 teknisk chef (både för närsjukvård och länsklinikerna)
 - 1 kommunikatör (inom central organisation för kommunikation)
 - 1 chefssekreterare
 - 1 samverkansledare, varav 0,5 riktat till kommunerna i norr
 - 0,5 områdessamordnare, just nu vakant
 - 1 vårdplatskoordinator, resurs på medicinkliniken
 - 1 utvecklingschef, vissa delar för både närsjukvårdsområdet och länsklinikerna i norr
tex chef för KTC
 - 1 samordnare för KTC och utbildare (både för området och sjukhuset)
 - 1 verksamhetsutvecklare vissa delar för närsjukvården och vissa för hela sjukhuset
 - 1 verksamhets controller
 - 1 bibliotekarie, sjukhusbiblioteket
 - 1 områdesekonom
 - 1 ekonom
- } tillhör central organisation för ekonomi

Gemensamt inom närsjukvårdsområdena är att det finns uppdrag som biträdande områdeschef men dessa är utan särskilt avsatt tid för uppdraget.

Välfärd och folkhälsa

Område Välfärd och folkhälsa på Regional utveckling stöder samverkan mellan kommunerna i Örebro län, Region Örebro län, Örebro läns idrottsförbund och Örebro läns bildningsförbund i strategiska utvecklingsfrågor samt samordnar arbetet för kunskapsutveckling.

Regionen och länets kommuner har slutit en mängd överenskommelser i olika sakfrågor som finns tillgängliga på webben:

<https://www.regionorebrolan.se/sv/Regional-utveckling/Valfard--folkhalso/Samverkan-mellan-regionens-kommuner-1/Samverkansdokument/Avtaloverenskommelser/>

I överenskommelserna formuleras prioriterade insatser i samverkansprocessen. I överenskommelsen för god, jämlik och jämställd hälsa finns tre prioriterade insatsområden:

- måluppfyllelse i skolan
- inkluderande arbetsliv
- åldrande med livskvalitet.

Stort fokus läggs på folkhälsoarbete för att förbättra hälsan samt stödja och utveckla skyddsfaktorer. Trots att ett prioriterat område är åldrande med livskvalitet saknas idag koppling till regionens och kommunernas hälso- och sjukvård och dess insatser.

8.3 Hälsovalsenheten

Hälsoval är en avtals- och vårdvalsenhet som ansvarar för att administrera frågor kopplade till Krav- och kvalitetsboken som reglerar Hälsoval Örebro län enligt Lagen om vårdval (LOV). Vårdcentraler som drivs av Region Örebro län och privata vårdcentraler har samma förutsättningar genom Hälsoval Örebro län.

Regionens Hälsovalsenhet hanterar utöver vårdcentraler och psykoterapi enligt LOV även avtal med privata vårdgivare som Capio läkargruppen, lymfterapeuter, naprapater och läkare och fysioterapeuter inom nationella taxan. Vid sidan av uppdraget kring avtal och vårdval ansvarar Hälsovalsenheten även för barnhälsovårds-enheten, mödrahälsovårdsenheten och utvecklingsenheten. Vårdcentralernas uppdrag beskrivs i sin helhet i Krav- och kvalitetsboken. I vårdcentralens uppdrag ingår förutom ett ansvar för listade patienters behov av basal hälso- och sjukvård också att utveckla samverkan med kommunen rörande äldres hälsa och hemsjukvård.

8.4 Länsövergripande funktioner inom primärvården

Idag finns ett antal verksamheter som fungerar som länsverksamhet för alla vårdcentraler oavsett driftform. Dessa länsverksamheter är organisatoriskt placerade i Hälsöval eller i närsjukvårdsområde Örebro-Söder.

8.4.1 Länsövergripande funktioner placerade inom Örebro/Söder

Ungdomsmottagning (UM)

UM finns under en verksamhetschef för hela länet och har mottagningar i Örebro, Hallsberg, Lindsberg och Karlskoga där ungdomar upp till 23 års ålder kan söka för frågor kopplat till SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter). År 2011 fick UM:s uppdrag att vara en del av första linjen för behandling vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. På mottagningen jobbar barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, kuratorer, psykologer och samtalsterapeut.

Samtalsmottagning

Till samtalsmottagningen kan barn och unga mellan 6 och 14 år komma tillsammans med förälder. Orsaken till att man söker hit kan vara nedstämdhet, depression, oro, ängslan, beteendeproblem, kris och sorg, ätproblem eller psykosomatiska besvär. Besök erbjuds i länsdelarna och bokas genom kontakt med sin vårdcentral.

Psykologenhet för mödra- och barnhälsovård

MHV och BHV vid samtliga vårdcentraler kan aktualisera ärenden till enheten som arbetar med hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i ett tidigt skede. Enheten riktar sig till blivande föräldrar och familjer med barn i förskoleåldrarna. Målgrupper är gravida och gravidas partners, barn 0-6 år och föräldrar till barn 0-6 år.

1177 sjukvårdsrådgivningen

1177 är ett nationellt telefonnummer för sjukvårdsrådgivning. Varje region har sjukvårdsrådgivning, antingen i egen regi eller genom upphandlad underleverantör. Alla regioner ingår i ett nationellt nätverk och sjuksköterskorna på 1177 bedömer behov av vård, ger råd och vägleder till lämplig vårdmottagning när så behövs.

8.4.2 Länsövergripande funktioner placerade inom Hälsövalsenheten

Mödrahälsovårdsenhet

Regionens centrala mödrahälsovårdsenhet (MHV) har 1,0 samordnande barnmorska (SAMBA), 0,6 mödrahälsovårdsöverläkare (MÖHL), 1,0 administrativ sekreterare, 0,25 kurator, 0,20 dietist samt 0,1 MBHV-psykolog. MHV-enheten anpassar samtliga riktlinjer för mödrahälsovården utifrån lokala förutsättningar. I uppdraget ingår kvalitetsuppföljning och att identifiera behov i relation till utsatta befolkningsgrupper.

Barnhälsovårdsenhet

Regionens centrala barnhälsovårdsenhet (BHV) är stöd för länets BVC för utveckling och kvalitetssäkring. Den utgörs av 1,0 barnhälsovårdsöverläkare, 1,0 verksamhetsutvecklare/sjuksköterska, 0,3 verksamhetsutvecklare/psykolog och 1,0 administratör. Barnhälsovårdsöverläkaren är medicinskt ansvarig och har en myndighetsuppgift. I uppdraget ingår att följa upp den samlade kvaliteten på barnhälsovården i länet samt att identifiera behov i relation till utsatta grupper i länets befolkning.

Utvecklingsenhet

Enheten har 1,0 verksamhetsutvecklare med samordningsfunktion, 1,0 verksamhetsutvecklare för administrativa rutiner och patientavgifter, 0,2 verksamhetsutvecklare och samordnare för primärvårdens bassängverksamhet, 0,5 kvalitetsansvarig för vårdcentralslaboratorierna, 1,0 utbildningsledare, 0,15 allmänläkare med ansvar för Vårdpraxis och distriktsläkardagarna samt 0,5 administratör. Enheten driver och håller samman kvalitets- och kompetensutveckling inom det medicinska området i primärvården. Arbetet innefattar utveckling av rutiner och riktlinjer, implementering och utbildningsinsatser med målet att skapa så standardiserade arbetssätt som möjligt inom områdena administration, vårddokumentation och patientnära arbete.

9. Synpunkter förmedlade i genomförda intervjuer

Här ges en summering av de vanligaste synpunkterna från drygt 30 genomförda intervjuer. Fokus ligger på positivt och negativt i ett nuläge och på framåtsyftande förväntningar och farhågor. Ett fylligare underlag från intervjuerna finns i bilaga 2.

Positivt om nuvarande organisation

- Det finns engagemang och kraft i länsdelarnas lokala samverkan, något som förstärkts under coronapandemin.
- Arbete med nära vård och lokal samverkan fungerar bra i vissa länsdelar.
- Ett positivt undantag från brist på tillgängliga och gemensamma riktlinjer är BHV-riktlinjerna.
- Hälsoval är, tillsammans med de som jobbar med nära vård, i vissa delar en sammanhållande kraft för en jämlik vård.
- Idag finns inom område Örebro-Söder en mötesmodell som innebär att verksamhetschefer från privata vårdgivare deltar på ledningsgruppens möten.

Brister i nuvarande organisering

- Det saknas en central och sammanhållande primärvårdsledning som fattar tydliga övergripande beslut, sätter ramar, ger samma spelregler, gör prioriteringar och identifierar *vad* som måste göras.
- Länsdelsområdena är det största hindret för en jämlik vård. Styrningen är oklar, delad och spretig och primärvården styrs utifrån flera enskilda intressen och engagemang.
- Varje länsdel och i många fall även vårdcentraler har blivit öar. Det saknas kunskap om vad som sker i andra närsjukvårdsområden. Vårderbjudanden kan skapas utifrån engagemang men finns bara i en liten del av regionen. Goda exempel får inte förutsättningar för spridning.
- Organisatoriskt finns inbyggda ojämlikheter och snedfördelningar. Örebro-Söders stora ansvarsområde och dess förhållande till universitetssjukhuset ger ojämlika förutsättningar.
- Uppbyggandet av flera områdesstaber bidrar till resursslöseri och har en splittrande effekt.
- Reella förutsättningar för att genomföra en omställning till nära vård saknas både vad gäller organisation och ansvar/mandat.
- Rutiner och strukturer för uppföljningar brister, vilket medför att det saknas en samlad bild av var resurserna behövs bäst.
- Enhetliga rutiner som kan underlätta för personal som går mellan enheter saknas.
- En otydlig struktur och mandatfördelning i central samverkan med kommuner och andra aktörer.
- Nuvarande placering av MHV/BHV innebär ”dubbel styrning”, något som blev mycket tydligt under coronapandemin.

Förväntningar på en eventuell omorganisation

- En stark central och sammanhållande primärvårdsledning som fattar tydliga övergripande beslut, sätter ramar, ger samma spelregler, gör prioriteringar och identifierar *vad* som måste göras. En enad grund är bra för patientsäkerhet, ekonomi och kvalitet.
- En formalisering av patientfokus som utgångspunkt för allt förändringsarbete.
- En central ledning (primärvård och berörda verksamheter inom HS) behöver sätta en målbild kring omställning nära vård samt identifiera och hålla i en miniminivå i omställning kopplat till geriatrik, medicin och specialistvård/ länsverksamhet.
- Styrkan och initiativen i länsdelsområdena behålls. *Hur* uppdrag ska genomföras avgörs lokalt medan *vad*-frågor avgörs centralt.
- Viktigt att behålla närhet till ledning.
- Säkra en struktur för spridning av goda idéer till hela regionen.
- En bättre lösning för de dubbelt styrda och ibland ojämnt fördelade länsgemensamma verksamheterna, förslagsvis i form av en hälsovårdsinriktad

familjehälsa med bland annat BVC, MVC, psykologmottagningen, samtalsmottagningen och ungdomsmottagningen under en egen verksamhetschef.

Farhågor inför en eventuell omorganisation

- En alltför stor, otymplig och splittrad central ledningsgrupp.
- Den dubbla styrningen av BVC/MVC glöms bort och blir kvar.
- En alltför stor omorganisation som tar kraft och tid. Ojämligheten handlar i grunden om brister i gemensamma och förankrade arbetsätt, incitament, visioner och mandat. Det kan räcka om detta styrs upp.

10. Utredningens reflektioner och förslag

I detta kapitel lyfts åtta aspekter av utredningens huvudfrågor i form av reflektioner och förslag som underlag till ställningstagande kring primärvårdens organisering.

10.1 Att säkerställa en vård på lika villkor i länet

De olika organisatoriska förutsättningar som finns idag för länets närsjukvårdsområden och de synpunkter som tydligt framkommit i intervjuerna pekar på att dagens organisation medför att länsbor inte erbjuds vård på primärvårdsnivå på lika villkor. Organisationen behöver identifiera en *chef med ansvar och mandat för att prioritera och genomföra vad som ska vara gemensamt* i hela länet.

10.2 Sammanhållen primärvård för ett länsperspektiv

En avvägning mellan central och lokal styrning väcker ett antal frågor. Hur skapas en tydlighet i mandat och beslutsvägar och vad i dessa avvägningar gör skillnad för patienten? Skiftar människors behov och preferenser så mycket mellan olika platser att det berättigar en mindre jämlik vård? Eller kan patienters preferenser vara så lika att en långtgående lokal anpassning inte medför något mervärde i jämförelse med centralisering? Är det ur ett patient- och personalperspektiv fördelaktigt att fastställa en miniminivå för länsgemensamma vårderbjudanden? Kan den viktigaste anpassningen i hälso- och sjukvården vara den som sker i patientmötet, där hälso- och sjukvården ska anpassas efter olika individers skiftande behov? Hur mycket handlar om inställning och anda och hur mycket om organisation, mandat och beslutsvägar?

Mycket talar för att en primärvård sammanhållen under en chef kan ge fördelar. Samtidigt kan en decentraliserad organisation reducera belastning på den centrala chefen och dessutom spara administrativ tid för organisationen genom att operationella beslut kan tas på annan nivå och inte behöver upp till ledningen. Genom uppdrag och ansvar till ytterligare funktioner på andra nivåer skapas tid för de övergripande strategiska frågorna i en central ledning. Enskilda individers motivation kan också

gynnas av att de får arbeta självständigt utifrån ett uppdrag eller ansvarsområde. Återstår sorteringen av vilka strategiska *vad*-frågor som en central ledning måste orka hålla i och följa upp. En tydlig sortering medför en tydlighet i vilka linje- och processfunktioner som har mandat att driva på *hur*-frågorna.

Länets primärvård/närsjukvård föreslås ha en och samma chef. Det finns behov av att ha en, i relation till nuvarande länsdelar, överordnad funktion med ansvar för att hålla samman länets närsjukvård. En chef med en central ledningsgrupp bedöms ha bättre förutsättningar att skapa tydlighet och genomföra en sortering och prioritering av strategiska *vad*-frågor. Förutsättningar skapas för en tydlig kommunikation kring utvecklingsfrågor och implementering av riktlinjer och rutiner.

En sammanhållande funktion skapar även tydlighet för aktörer som ska samverka med primärvården. Specialistvårdens företrädare efterfrågar en sådan funktion och den kan sannolikt också ge fördelar i samverkan på länsnivå med kommunerna. Tillsammans med övriga i HS ledningsgrupp kan en sammanhållen ledningsfunktion stödja ett processdrivet arbetssätt genom att förmedla målbilder och strategier till de processer som prioriteras och beslutas. Parallellt behöver ledningen ge förutsättningar för arbetet i beslutade processer genom att verka för att linjechefer och medarbetare tar sin del av ansvaret för arbetet med processer och lokala samverkansytor.

10.2.1 Centrala frågor

Områden/frågor som kan vara aktuella för central styrning

- Samspel med politisk ledning
- Samverkan med
 - Hälsovalsenheten
 - Privata vårdgivare. Säkerställer en arena för delaktighet i utvecklings- och samverkansfrågor som omställning till nära vård.
 - Länets kommuner
 - Specialistvården
 - Utbildnings- och forskningsväsende
- Prioritering av *vad* som ska genomföras och av olika förbättringsinitiativ för att öka förmågan till patientfokus och en resurseffektiv vård.
- Vara kulturbärare och garant för att fokus ligger på de av ledningen prioriterade frågorna, som jämlik vård, nära vård-omställning, patientfokus, regional vi-anda, gemensamma förhållnings- och arbetssätt, och samarbete över länsdels-, områdes- och avdelningsgränser.
- Säkerställa att vårdgivarwebben utvecklas så att den lätt kan ge tillgång till gemensamma riktlinjer, rutiner och intygsblanketter.

10.2.2 Centrala resurser

I dagens organisation finns de flesta stödfunktioner på områdesnivå, men även inom övrig förvaltning samt på regionkansli och Regional utveckling. I intervjuer förmedlas behov av specifik primärvårdskunskap och ett tydligt näravårdsperspektiv, något som medfört växande staber i närsjukvårdsområdena. ***Med en chef för sammanhållen primärvård/närsjukvård kan fördelningen av stödresurser behöva omprövas.***

Utredningen har identifierat ett värde i att samla en stab bestående av kompetenser och funktioner som kan stå för och utveckla en specifik nära vård-kunskap:

- HR inklusive gemensamma arbetssätt
- Ekonomi
- Förändringsledning, verksamhetsutveckling och processledning
- Dataanalys för strategiskt planeringsarbete med utdata och analys
- IT-samordning
- Kommunikation

En del av dessa kompetenser kan eventuellt säkras via tätt samarbete med andra delar i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, inom Regionkansliet eller Regional utveckling.

10.3 Personcentrerat arbetssätt

Utvecklingen inom vården behöver gå mot ett mer patient- och personcentrerat arbetssätt. Generellt finns ett ***behov av att förändra kultur och tradition i vården*** och fokusera på personen med dess bekymmer och resurser istället för organisationen med olika verksamhets- eller huvudmannagränser.

Ledningens förmåga att i en pressad organisation skapa tydlighet och påminna om förhållningssätt och vad som är angeläget att förändra och förbättra är svår att överskatta. En sammanhållen primärvårdsledning ger förutsättningar för ett övergripande perspektiv med ansvar för både personcentrerad och jämlik vård. Ansvaret för ett personcentrerat arbetssätt kommer sannolikt utmanas under resursmässigt pressade perioder då tydliga prioriteringar krävs.

Övriga regioner arbetar med samma problembild men olika sätt att göra målbilden levande och relevant. Region Gävleborg har valt att arbeta med gemensamma nämnare och bärande principer för en kulturell resa. Visionen kring kroniskt sjukas vårdbehov är: *gör färdigt patienten och avskaffa remisser*. I ett liknande arbete i Region Örebro län bör fokus ligga på enande visioner och levande målbilder som kan prägla allas förhållningssätt och därmed på sikt genomsyra hela organisationen.

10.4 Ansvar för omställning och samverkan på läns-, länsdels- och kommunnivå

Behovet av tydlighet vid ansvarsfördelningar för omställning och intern och extern samverkan på olika nivåer har blivit uppenbart under utredningsarbetet. Många lyfte också i intervjun tankar kring ett reducerat antal chefer.

10.4.1 Regionnivå - länsnivå

Samtidigt som regioner och kommuner påverkas av olika samhällsprocesser finns ett brett engagemang inom vård och välfärd. En utmaning för huvudmännen är att säkerställa att medborgare och medarbetare upplever trygghet och tillit till samhället, regionen och kommunen. Inom regionens och kommunens verksamhetsområden blir det viktigt med ett bra samspel dem emellan men även med medborgare, patienter och professioner kopplat till förväntningar på olika insatser, prevention, verksamhets- och kunskapsutveckling.

En utmaning för regionen i omställningen till nära vård är att skapa en för länet gemensam och konkret målbild för vart verksamheterna ska sträva. Med en delad vision och tydliga mål kring omställningen underlättas kommunikation och diskussion kring hur vägen dit ser ut i relation till vår regions förutsättningar. Det finns ett behov av att i ett brett samspel konkretisera vad en god och nära vård ska innehålla, kort- och långsiktigt.

Inom ramen för länets primärvård och omställningsarbete finns flera möjliga uppdrag som kan hanteras i en processtruktur under en central ledning med ansvar att kommunicera till lokal länsdelsnivå. Rollen som ansvarig processledare/verksamhetsutvecklare för nära vård ställer höga krav på bred förståelse för verksamheten inom både primärvård och sjukhusvård men också kompetens och skicklighet i hur engagemang och utveckling skapas i nätverk snarare än inom linjeorganisationen.

10.4.2 Central nivå för regionens hälso- och sjukvård

För att få bra förutsättningar för ett förändrings- och omställningsarbete är det viktigt att identifiera vad som är ett centralt respektive lokalt ansvar. ***Ledningsfunktionen för primärvård behöver vara processägare för utvecklingsarbeten*** oavsett om de ska genomföras på läns-, länsdels- eller kommunnivå, detta för att säkerställa att länets primärvård utvecklas så att alla får en vård på jämlika villkor. För regionen saknas idag en funktion som har överordnat ansvar för samverkan med kommunerna och som har uppdraget att stå för *helhetsperspektivet* när det gäller regionens hälso- och sjukvård. I Region Gävleborg deltar hälso- och sjukvårdsdirektören i det centrala samverkansorganet, vilket ger samma organ mer tyngd. Det kan ***överbägas om hälso- och sjukvårdsdirektör bör delta i chefs-samverkansgruppen*** för att på motsvarande sätt ge tyngd och mandat i Region Örebro län, se mer nedan.

10.4.3 Samverkan för gemensam planering region och kommuner

Inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har förutom länsnivån också länsdels- sjukvården och de enskilda vårdcentralerna viktiga roller i samverkan med interna och externa aktörer. För länsdelen inkluderar samverkan myndigheter och delar av specialistvården medan fokus för vårdcentralen är kommunsamverkan.

På central regional nivå finns behov av samverkan för att hantera frågor kring hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå oavsett om vården bedrivs i regionens, kommunens eller i privat regi. Det finns politiska specifika samverkansråd och kopplat till dem finns ett tjänstemannastöd. Samverkansrådet för Folkhälsa, social välfärd och vård har två specifika samverkansråd: *Social välfärd samt vård och omsorg* och *Folkhälsa*. På tjänstemannasidan finns samverkan kring hälso- och sjukvårdsfrågor centralt för länet i Chefssamverkansgruppen som hålls samman från Välfärd och folkhälsa. Där ingår områdeschefer från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och länets socialchefer.

Ansvar för samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor är i regionen uppdelad på två olika förvaltningar, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Regional utveckling. Då det i praktiken saknas en sammanhållande kraft för hälso- och sjukvårdsfrågor medför uppdelningen i två förvaltningar, och därmed även två nämnder, svårigheter att få tillräcklig överblick, vilket i sin tur gör att olika initiativ många gånger inte samordnas utifrån gemensamma mål och prioriteringar. Utan en sammanhållande kraft som överbryggat de två förvaltningarna kvarstår ottydligheter även om en sammanhållen primärvård skapas.

I huvudbetänkandet ”God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem” (SOU 2020:19) föreslås att krav införs på att huvudmännen gemensamt ska ta fram en plan för utveckling och planering av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Ett antal regioner har redan arbetat fram gemensamma planer. Mot bakgrund av utredningens förslag och de erfarenheter som inhämtats från andra regioner så **föreslås en för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Välfärd och folkhälsa gemensam plan och projekt-/omställningsorganisation** för det utvecklings- och omställningsarbete som behöver ske.

Ett exempel på en fråga som med fördel kan hanteras i en för kommunerna och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gemensam styrning/ledning är uppdraget i årets verksamhetsplan där

hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utveckla samarbetet och tydliggöra gränsytan i samarbetet med kommunerna och civilsamhället kring förebyggande åtgärder. Uppdraget innefattar även att i samverkan med länets kommuner ta fram konkreta förslag på ett förändrat gränssnitt/avtal när det gäller hur rehabiliteringsresurser i form av fysioterapeuter och arbetsterapeuter ska organiseras för att skapa bra förutsättningar för öppenvårdsinsatser.

En gemensam plan och omställningsorganisation för de två förvaltningarna bör också bidra till ett bättre samarbete mellan förvaltningarnas utvecklingsresurser, se mer i kapitel 10.7.

10.4.4 Länsdelsspecifika processer

Den process som identifierats på länsdelsnivå har primärt ett fokus på samverkan med berörda specialistkliniker på aktuellt sjukhus men sekundärt kan det finnas behov av att samla företrädare för de kommuner vars invånare främst vänder sig till det aktuella sjukhuset. Detta för att utveckla processer kring till exempel multisjuka äldre med behov av insatser från många aktörer. Beroende på vad en central ledning prioriterar så kan det finnas behov av en lokal process för genomförandet på länsdelsnivå.

Idag finns länsdelsprocesserna i linjeorganisationens länsdelsområden med specifika chefer för varje område och i ett fall två områden. Genomförs förslag om ett mindre antal verksamhetschefer med strategiska uppdrag skulle det kunna utses en verksamhetschef med ansvar för dels respektive sjukhus dels samordning av sjukhusrelaterade frågor inom den länsdelen.

Med tanke på ovan och även det behov av färre chefer och chefsled som utvecklas mer i kapitel 10.6 bör det ***överbägas om de länsdelsspecifika processerna kopplade till sjukhusen ska ägas av primärvårdsledning och drivas av processledare /verksamhetschef med uttalat ansvar för frågan.***

10.4.5 Process lokal samverkan med kommunen

Vårdcentralen som är ensam på en ort är en naturlig lokal samarbetspart kring vård för patienter aktuella inom både kommun och primärvård. Ledningsstrukturen för primärvården behöver väga in de villkor som råder i den lilla kommunen med bara en vårdcentral där samverkan har goda förutsättningar med en verksamhetschef som har ett uttalat ansvar att arbeta med utveckling av samverkan med de funktioner som kommunen identifierar, se exempelvis socialchef, MAS och MAR. I Krav- och kvalitetsboken står följande:

Vårdcentralen skall känna till och följa de beslut, riktlinjer och överenskommelser som rör samverkan mellan Region Örebro län och andra huvudmän. Vårdcentralen skall delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå. Vårdcentralen skall vid förfrågan aktivt delta i planering och utveckling av sjukvården i samverkan med kommuner och sjukhus samt medverka i den samverkan och i de samverkansmöten som organiseras i området eller har betydelse för samverkan inom närområdet.

Denna skrivning ger stöd för förslaget att en verksamhetschef/enhetschef på vårdcentral i en liten ort har ansvar för samverkan på kommunnivå. När det gäller kommuner med fler vårdcentraler finns det behov av att ***identifiera en verksamhetschef/enhetschef som har ansvaret för samverkan med den aktuella kommunen.***

En speciellt utmanande situation är regionens samverkan med Örebro kommun med tanke på det stora antalet vårdcentraler. En bra lösning på denna utmaning kan ses som en av de viktigaste nycklarna till att säkra en god samverkan såväl internt som externt, se vidare i kapitel 10.6.

10.5 Samspel central ledning – Hälsoval

Med en central primärvård/närsjukvårdsledning aktualiseras frågan om Hälsovalsenhetens uppdrag fortsättningsvis ska inkludera verksamhetsutveckling eller om uppdraget ska vara avgränsat till avtal, vårdval och uppföljning relaterat till dessa.

Hälsoval har i sin roll att ställa krav som sen följs upp. Detta regleras i krav- och kvalitetsboken. En central primärvårdsledning har att leda och prioritera i förändringsarbetet mot en nära vård. Oavsett om verksamhetsutveckling ska vara en del av Hälsovalsenhetens uppdrag har enheten en viktig roll att i samverkan med en central primärvårdsledning utforma en krav- och kvalitetsbok som ger stöd för omställning till en nära vård oavsett vårdgivare. De båda parterna behöver gemensamt identifiera hur krav och uppföljning ska justeras över tid för att understödja omställningsarbetet och båda behöver ge privata vårdgivare möjlighet att vara delaktiga i omställningsarbetet. Detta innebär att ***Hälsovalsenhetens roll och uppdrag är centralt i en eventuell ny primärvårdsledningsstruktur.***

10.6 Jämlika förutsättningar och färre chefer

Utifrån att både västra och norra länsdelen har en befolkning på endast ca 46 000 och att områdena inkluderar medicin/geriatrik och specialistmottagningar så har de bra förutsättningar för både samverkan och omställningsarbete. Dessa fördelar behöver tillvaratas och omsättas i förändringar för Örebro-Söder för att ge jämlika villkor.

I arbetet med en sammanhållen primärvårdsledning bör ett fokusområde vara att hitta bra lösningar för hur Örebros område ska få till en fungerande samverkan mellan alla vårdcentraler, universitetssjukhuset och den enda kommunen. En komplicerande faktor är att kommunens och regionens geografiska områdesindelningar inte sammanfaller. Utredningens bedömning är att en tydlig struktur för samverkansansvaret mellan vårdcentraler och universitetssjukhus också kommer att underlätta samverkan med kommunen.

Flera lyfter tanken att en verksamhetschef har ett strategiskt ansvar för fler vårdcentraler som i sin tur har varsin enhetschef för den dagliga styrningen. Redan idag är detta en lösning för tre vårdcentraler i norr. Med färre verksamhetschefer skulle de kunna ansvara för frågor som idag ligger på områdeschef. En möjlig väg kan vara att bemanna med enhetschefer på vårdcentralnivå och att en verksamhetschef har det strategiska ansvaret för kommunikation av ledningens beslut och prioriteringar samt

för samverkan med kommunen. I Region Värmland har verksamhetschefer i Karlstad upp till ca 50 000 invånare inom sitt område. I jämförelse med dem skulle det då kunna vara en verksamhetschef i norr respektive i väster.

Med en primärvård under en chef och färre verksamhetschefer kan en effektiv ledningsgrupp för strategiska frågor skapas. En utmaning i en så stor organisation som primärvården är att inte skapa alltför många ledningsnivåer och ändå kunna erbjuda medarbetare och chefer på lägre nivå tillgång till sin överordnande chef.

Utredningens förslag är att ***koncentrera uppdrag på färre verksamhetschefer som i en tydlig struktur ges ansvar och mandat för intern och extern samverkan.***

10.7 Utvecklingsfrågorna i organisationen

Idag finns resurser som kan fungera som stöd i utvecklingsfrågor inom området närsjukvård/primärvård på flera håll i organisationen. Verksamhetsutvecklare finns både på förvaltnings- och områdesnivå inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt inom Regional utveckling/Välfärd och folkhälsa och Regionkansliet/Hälsoval.

De resurser som finns behöver identifieras och tydliggöras vad gäller uppdrag och ansvar för att de gemensamt ska kunna utgöra ett effektivt stöd. Förändringsledare, processledare, verksamhetsutvecklare, samverkansledare, samordnare kan vara resurser i många typer av processer, förändringsarbeten och strategiska administrativa arbeten genom att vara metodspecialister på processledning och förändringsledning.

Kopplat till skapandet av en sammanhållen primärvård/närsjukvård, kan det utifrån ett övergripande perspektiv vara aktuellt att ***kartlägga regionens stödresurser för utvecklings- och förändringsarbete för att optimera nyttan för verksamheten.***

Genom kunskap om resurserna kan de bli tydliga vad gäller koppling till varandra och möjliga uppdragsgivare. Det är här viktigt att tänka igenom skillnaden mellan och värdet av centrala och lokala utvecklingsresurser. Vilken kompetens och funktion behöver finnas på central nivå och vilka har en fördel om de finns längre ner i organisationen? Idag finns mycket av stödresurser för utvecklings- och förändringsarbete på områdesnivå inom förvaltningen.

På central nivå är det viktigt att ge förutsättningar för genomförande av utvecklings- och förändringsarbete. Förutsättningar kan ges genom att central nivå tillhandahåller spetskompetens, men det kan också vara så att expertkunskapen finns längre ner i organisationen och att den ges uppdrag och mandat från central ledning. När resurser på central regional nivå och förvaltningsnivå tydligt kunnat knytas ihop med de lokala ges förutsättning för att kompetent, resurseffektivt och förtroendefullt ge stöd till verksamheten.

10.8 Ändrad placering för primärvårdens länsövergripande verksamheter?

Ett beslut om en central ledning för primärvård/närsjukvård *aktualiserar frågan om hur den organisatoriska placeringen ska vara för primärvårdens länsövergripande verksamheter* som idag endera finns i ett närsjukvårdsområde eller inom Hälsoval, se organisationsdetaljer i kapitel 8.2.

En förändrad organisatorisk placering föreslås för BHV- och MHV-enheterna, som med nuvarande placeringar inom Regionkansliet/Hälsoval idag saknar direkt koppling till ledningen av primärvården. Utredningen kan se två alternativa lösningar. Endera i enlighet med den utredning som gjorts kopplat till Krav- och kvalitetsboken där en egen verksamhet med egen verksamhetschef förordas eller att enheterna ligger centralt under primärvårdschefen.

Från BHV och MHV-enheterna förordas en organisering i en ”Barn- och familje-hälsa” som också kan inrymma Ungdomsmottagningen, Samtalsmottagningen, Psykologenheten och MHV-dietisten. Liknande organisering finns inom flera andra regioner.

11. Summering av förslag

Här följer utredningens huvudsakliga förslag till förändringar och de överväganden som behöver göras.

- En sammanhållande chef för primärvård/närsjukvård som är kulturbärare samt processägare för utvecklingsarbeten och ansvarar för prioritering och genomförande av det som ska vara gemensamt i hela länet.
- De goda förutsättningar för samverkan och omställning som finns i västra och norra länsdelarna bör tillvaratas och omsättas i förändringar för närsjukvårdsområde Örebro/Söder.
- Överväg om de länsdelsspecifika processerna kopplade till sjukhusen ska ägas av primärvårdsledning och drivas av processledare/verksamhetschef.
- Fördelningen av stödresurser kan behöva omprövas.
- Överväg om hälso- och sjukvårdsdirektör bör delta i chefsamverkansgruppen.
- Ta fram en för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Valfärd och folkhälsa gemensam planering och gemensam projekt-/omställningsorganisation.

- Koncentrera uppdrag på färre verksamhetschefer som i en tydlig struktur ges ansvar och mandat för intern och extern samverkan.
- Hälsovalsenhetens roll och uppdrag är centralt i en eventuell ny primärvårdsledningsstruktur.
- Område Örebro/Söder behöver säkerställa en tydlig struktur för ansvar och mandat i både intern och extern samverkan.
- Resurser för utvecklings- och förändringsarbete bör kartläggas och organisatorisk placering av Hälsovalsenhetens utvecklingsenhet bör prövas.
- Organisatorisk placering för primärvårdens länsövergripande verksamheter bör prövas och en förändring föreslås för BHV- och MHV-enheterna.

Bilagor

En sammanhållen primärvård med
länsdelsspecifika processer

Innehåll

| | |
|--|---|
| Bilaga 1. Exempel på olika regioners organisation..... | 4 |
| Bilaga 2. Synpunkter från intervjuerna..... | 8 |

Bilaga 1. Exempel på olika regioners organisation

Västmanland

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen omfattar områdena akutsjukvård, diagnostik och nära vård. Även den medicinska staben och planerings- och utvecklingsstaben ingår i förvaltningen. I området Nära vård som leds av biträdande förvaltningsdirektör ingår primärvård, psykiatri och habiliteringsverksamheten. Mödrahälsovårdsenheten (MHV) tillhör organisatoriskt Kvinnokliniken, men arbetar på uppdrag av Vårdvals-enheten vilket regleras via avtal.

Region Skåne

Primärvården finns under regiondirektören som en av fem förvaltningar som bedriver hälso- och sjukvård. Primärvården leds av en förvaltningschef och består av vårdcentraler, barnmorskemottagningar, barnvårdscentraler och kvälls- och helgmottagningar, dietistverksamhet, familjecentraler, Centrum för primärvårdsforskning och Kompetenscentrum för primärvården. Förvaltningen har även ansvar för ungdomsmottagningar, barnhälsovårdspsykologer, palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).

Inom Kompetenscentrum för primärvård i Skåne finns en enhet ”AKO Skåne” som arbetar producentneutralt och som består av allmänläkarkonsulter som bland annat arbetar för samverkan mellan primärvårdens Hälsoval och specialiserad sjukvård.

Region Skåne genomförde en utredning 2018 och där konstateras att den insats som kan göras av lokala primärvårdschefer förmodligen inte är tillräcklig för att stärka samverkan med sjukhusvård och även kommunal vård och omsorg. Det har identifierats behov av lokala processledare som kan agera som pådrivare och katalysator, bland annat för att realisera de överenskommelser som utvecklas centralt. Mot bakgrund av att viktiga målgrupper inte bara är primärvård i offentlig och privat regi utan även specialiserad sjukhusvård och kommuner så har de sett det som en fördel om processledare inte tillsätts inom primärvårdens linjeorganisation.

Västra Götaland

Närhälsan är den offentliga primärvården i Västra Götaland. Närhälsans förvaltningsledning består av primärvårdsdirektör med stab samt chefer för de olika primärvårdsområdena. Ledningsgruppen hanterar övergripande frågor för Närhälsan.

Primärvårdsdirektören ansvarar för drift och strategisk utveckling av Närhälsan på övergripande nivå. Stabsavdelningarna inom Närhälsan stöttar primärvårdsdirektören och verksamheterna inom sitt respektive område.

Strukturerna och strategierna för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna sker i huvudsak delregionalt inom ramen för sex delregionala vårdssamverkansgrupper där företrädare från kommunerna, primärvården och sjukhusen möts för utveckling av den nära och sammanhållna vården. De sex grupperna utgår från sjukhusområdena och både de offentliga och privata vårdgivarna är inbjudna att delta.

Region Kronoberg

I Region Kronoberg finns under Regiondirektören tre olika förvaltningar: hälso- och sjukvård, regional utveckling och trafik. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören är indelad i verksamhetsområdena primärvård och rehab, sjukhusvård, psykiatri, tandvård och rättspsykiatri. Verksamhetsområdet Primärvård och rehabilitering hålls samman under en chef. Området inkluderar Habilitering, Jourläkarcentraler, Primärvårdens hälsoenhet, Primärvårdens rehabilitering, Rehabiliteringskliniken, Vårdcentraler samt 1177.

Regionen har 31 vårdcentraler, varav 10 privatdrivna 2 akutsjukhus. Vårdcentralerna har distriktsläkarmottagning, telefonrådgivning, distriktsköterskemottagning, mottagningar för astma/kol, diabetes, inkontinens och BVC, livsstils- och mottagningar samt primärvårdsrehab.

Primärvårdens hälsoenhet är en länsverksamhet med två mottagningar med ett 10-tal medarbetare som erbjuder levnadsvanerelaterad behandling kopplat till fysisk aktivitet/FaR, kost, ohälsosamma matvanor, alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar. Enheten har också ett informativt och preventivt uppdrag i frågor om alkohol och narkotika samt ett uppdrag att gentemot länets kommuner verka för god nutrition hos äldre med hemsjukvård.

Primärvårdsrehab verksamhet är indelad i fyra geografiska områden som servar vårdcentralerna i Kronobergs län med rehabiliteringsinsatser som arbetsterapi, fysioterapi/sjukgymnastik, fysisk aktivitet på recept (FaR), medicinsk fotvård, samtalsbehandling och anpassad träning i bassäng. Ungefär 110 personer arbetar inom primärvårdsrehab.

Sörmland

Hälso- och sjukvården leds av hälso- och sjukvårdsdirektör och Primärvården är en av fem divisioner under direktören och leds av en divisionschef som har det samlade ansvaret för regionens alla vårdcentraler samt sjukvårdsrådgivning, rehabilitering, forskning och olika typer av utvecklingsarbete bedrivs bland annat på två akademiska vårdcentraler i samarbete med Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet.

Region Sörmlands Hälsovalsstab administrerar val av vårdcentral och inom staben administreras även privata vårdgivare, Tandvårdsenheten, Barnhälsovården, Asyl- och migranthälsan samt PrimUS-enheten, som stödjer och stimulerar primärvårdens utveckling och kvalitet genom bland annat fortbildning och vidareutbildning.

Region Västernorrland

Region Västernorrland har ingen sammanhållen hälso- och sjukvårds-förvaltning utan är organiserad i sex olika förvaltningar, där vård bedrivs i fyra av dem och Primärvården är en av dem. Primärvårdsdirektör leder förvaltningen och den regiondriva primärvård. Ledningen består utöver direktören av medarbetare inom närstödsorganisationen där administratör, ekonomer, HR-konsult, informatör samt verksamhetsutvecklare finns representerade.

Det finns 21 hälsocentraler som drivs av Region Västernorrland. Den regiondrivna primärvården består av fyra verksamhetsområden för hälsocentralerna och fem verksamhetsområden för särskilda uppdrag. De särskilda uppdragen är Mödravårdscentralerna och ungdomsmottagningarna, 1177 Vårdguiden, Psykologienhet för föräldra- och barnhälsovård, Primärvårdsjouren och Österåsens Hälsohem.

Region Norrbotten

Under regiondirektören finns fem divisioner och en stab. En av de fem divisionerna är Närsjukvård. Det finns 28 hälsocentraler i Norrbotten. Av totalt 24 vårdcentraler drivs fyra av privata vårdgivare.

Division Närsjukvård leds av två divisionschefer med olika geografiska områden. Under divisionscheferna finns sedan närsjukvårdschefer för de fyra olika närsjukvårdsområdena. Verksamhetsområden primärvård, akut omhändertagande, vuxenpsykiatri och internmedicin/ rehabilitering ingår i närsjukvården. Ledningsarbetet i varje område har fokus på de gemensamma vårdprocesserna och arbetet sker i nära samverkan med övriga vårdaktörer i Region Norrbotten och i kommunerna.

Det geografiska området för division Närsjukvård Gällivare-Kiruna, Kalix och Piteå är i sin tur uppdelad i fyra geografiska närsjukvårdsområden. Varje närsjukvårdsområde omfattar närsjukvårdens verksamhet vid det sjukhus som finns i det området och de en till sex hälsocentralerna i området.

Det geografiska området för division närsjukvård Luleå-Boden omfattar utöver närsjukvårdens verksamhet vid Sunderby sjukhus och de 10 hälsocentralerna i området även ett antal kompetenscentra som är ett stöd för hela länets närsjukvård, inom exempelvis kardiologi, infektion, rehabilitering, mödra- och barnhälsovård, rättspsykiatri, missbruk och beroende.

Region Norrbotten saknar en för länet sammanhållen organisation för ungdomsmottagningarna. Vissa mottagningar samarbetar med kommunerna på respektive ort och verksamhetens uppdrag varierar från att vara avgränsat till sexuell och reproduktiv hälsa till att även inkludera psykisk ohälsa.

Region Östergötland

Primärvårdscentrum samlar de 33 regiondrivna vårdcentralerna. Tre närsjukvårdsenheter ansvarar för närsjukvården i respektive länsdel. Två vårddirektörer har ett linjeansvar och ett gemensamt ledarskap för hela hälso- och sjukvården, som består av centrum, kliniker och en hälso- och sjukvårdsstab. Vårddirektörerna är direkt underställda regiondirektören. Specialistsjukvården finns på Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala.

Primärvårdscentrum inkluderar Allmänmedicinskt utbildningscentrum som bedriver utbildning och fortbildning för medarbetare i primärvården. Främsta verksamhetsområdet är specialistutbildning, så kallad ST-utbildning, av läkare samt fortbildning för alla yrkeskategorier i primärvården. En särskild del av verksamheten är utbildningsmottagningarna som drivs med syftet att ge en allmänmedicinsk introduktion av läkare med utländsk utbildning. Inom projektet AMC Resurs rekryterar Allmänmedicinskt centrum resursläkare som vid behov kan gå in och ersätta distriktsläkare vid länets vårdcentraler.

Bilaga 2. Synpunkter från intervjuerna

Synpunkterna har sammanställts i följande teman: Central sammanhållen ledning, Länsdelsspecifika processer, Övrig styrning och ledning, Läns gemensamma verksamheter, Hälsoval och privata vårdgivare, Processororienterad styrning, Samverkan samt Chefssamverkansgruppen och Regional utveckling.

För att visa hur vanliga synpunkterna är bland de drygt trettio intressenter som har intervjuats används följande begrepp: de allra flesta (indikerar över ca 90%), de flesta (ca 70-90%), majoriteteten (ca 51-70%), samt många (ca 20-50%). Enstaka åsikter (under ca 20%) samlas under rubriken ”Ytterligare synpunkter”.

Central sammanhållen ledning

- De allra flesta önskar en central primärvårdsledning som är en tydlig part mot övriga aktörer. En central stab efterfrågas för ökad tydlighet och som också blir en garant och röst för en jämlik vård för patienten. De allra flesta anser att primärvården idag är för splittrad vilket minskar möjligheterna att skapa en jämlik vård; ställa om till nära vård; samt vara en stark och tydlig part i samverkan med övriga aktörer från HS-parter som sjukhus och specialistmottagningar till kommuner. En sammanhållen primärvårdsledning kan också stärka ett område som oavsett nuvarande splittring är i en bransch kulturellt svag position.
- De flesta menar att det är för långt till beslut. Det behövs rakare och tydligare beslutsvägar. Det är i nuvarande linjestruktur svårt att säkra implementering av beslut och få ut information till alla berörda.
- De allra flesta anser att en central ledning ska fatta tydliga övergripande beslut, visa riktningen, sätta rammar, ge samma spelregler, göra prioriteringar och identifiera VAD som måste göras. Prioriteringarna får inte hamna lokalt. Alla ska i grunden göra lika med övergripande riktlinjer, rutiner, samarbeten och kontaktvägar mellan primärvård, sjukhus och specialistmottagningar.
- Vanliga förslag på vad en central primärvårdsledning ska hålla i är utveckling, forskning, uppföljning, strategiska vägval och prioritering av processer, men många lyfter även riktlinjer, vissa principer kring arbetsätt och utdata, HR-policys och övergripande ekonomi samt breda kontinuerliga utbildningsinsatser.
- En central ledning ska enligt många garantera jämlik vård oavsett var patienten befinner sig i organisationen och detta går att få till med kunskapsstyrning. Vårdcentralerna ska i grunden vara lika och inte som idag då en patient som listar om sig ibland kan uppleva olika världar. En enad grund är bra för patientsäkerhet, ekonomi och kvalitet. Tiden till vården kommer dock alltid variera beroende av geografiska förutsättningar.
- Återkoppling och uppföljning anser de allra flesta är viktigt dels för att beslut ska bli implementerade och dels för att en jämlik vård ska kunna bli verklighet. Idag

finns inget sånt flöde och enligt de flesta finns inte heller nåt kommunikations- och utbytesflöde mellan närsjukvårdsområdena. Lyckade koncept stannar ofta där de jobbades fram.

- Vanliga förslag på vad en central primärvårdsledning ska ha för stabsresurser är HR- och ekonomistöd med kompetens kring primärvårdens särskilda villkor. För ett kraftfullt arbete med processer, oavsett om dessa finns i linjen eller inte, krävs också förändringsledare och kvalitetsutvecklare.
- Ett övergripande sammanhållande paraply för primärvården måste enligt många byggas i de högsta leden parallellt med Hälsoval. Båda parter måste involvera privata aktörer och genom politiken driva på en utveckling av KOK-boken.
- Paraplyorganisationen med en central ledning kan enligt många säkra jämlikhetsuppdraget, strategiska förebyggande insatser och att resurser hamnar rätt utifrån olika demografiska- och hälsorelaterade förutsättningar. Dagens 1-1 fördelning plus lite CNI räcker inte.
- Flera ser en tydlig sammanhållen primärvård med stöd från specialistvården som enda vägen till att dels vinna allmänhetens och medarbetarnas förtroende och dels öka primärvårdens tillgänglighet för minskat tryck på akut- och specialistvård.
- Det saknas enligt de flesta en samlad bild och ett strategiskt grepp om var resurserna behövs bäst, hur vi vet det och hur vi kan sprida goda exempel.
- Idag anser många att det är fritt valt arbete inte bara inom respektive länsdelsområde utan även på vårdcentralsnivå.
- Många efterfrågar färre verksamhetschefer närmare kopplade till en sammanhållen central primärvårdsledning.
- En beslutad riktning måste enligt de allra flesta hållas i, utvärderas och följas upp. Det blir då enklare att föra samtal med dem som inte hänger på. Många menar att det idag är för lätt att komma undan och det blir tufft internt att vara lydig då systemet inte premierar detta. Dessutom får goda idéer ingen spridning.
- En samlad primärvårdsledning kan, i nära samarbete med Hälsoval, tydligt peka på vad som behöver följas upp och som ska in i KOK-boken, anser flera. En tät kontakt mellan Hälsoval och en sammanhållen primärvårdsledning säkrar också att information om riktlinjer, rutiner och medicinska frågor sprids i linjen.
- Flera betonar riskerna med att sätta en alltför stor omorganisation då de menar att ojämlikheten i grunden handlar om brister i synkade och förankrade arbetssätt, incitament, visioner och mandat. Det kan räcka om detta styrs upp.

Ytterligare synpunkter:

- Högprioriterade områden och satsningar bör vara omställning till nära vård, barn och ungas hälsa och vård, samt de äldres hälsa och vård.
- En chef för primärvården bör ha jobbat en längre tid i primärvården.
- Alla bör någon gång få möjlighet att arbeta eller praktisera i primärvården. För att säkra det breda perspektivet på vårdförlopp och patientprocesser bör detta vara en

del av utbildningsuppdraget. ST-läkarblocket bör exv ha med primärvården i utbildningen för att minska klyftorna. Medvetenheten om och respekten för vilket avancerat arbete som utförs i primärvården måste öka hos specialisterna. Alla bör också ha kännedom om patienternas olika och ibland långa vägar genom vårdsystemet och vilka krav det ställer på bemötande.

- En central fot med ramarna måste sättas ner centralt men ansvaret för omsättningen i vardagen bör finnas lokalt. Ett exempel på detta behov gäller hur vi fördelar ST-läkare mellan vårdcentralerna.
- Det måste finnas en plan för hur ledningen hanterar de som inte är med på tåget. Det får inte vara ok att bara bevaka sin domän och bromsa ett av den centrala ledningen prioriterat förändringsarbete.
- Centralt prioriterade styrda breda kontinuerliga utbildningsinsatser efterfrågas för både region och kommun för att stärka ett tätare samarbete mellan alla parter. Exempel är palliativ vård för den växande skörbarhetsgruppen som enligt många är kärnan i den nära vården. Tryggade patienter kommer avlasta akuten.
- Under en centralt sammanhållen primärvårdsledning kan personalresurser fördelas bättre och mer effektivt över områdesgränser såsom under pågående coronapandemi. I nuvarande organisation och med nuvarande covid-19-situation hamnar det tyngsta trycket på ett närsjukvårdsområde som tvingas omfördela och stänga ner enheter medan andra områden blir i stort sett opåverkade.
- Hälsoekonomer har en kompetens som bör nyttjas bättre.
- En central sammanhållen primärvårdsledning kan tillsammans med Hälsoval underlätta i utvecklandet av en bättre samverkan med privata aktörer.
- Många saknar idag en samordning av primärvården med en mötesplats för en mindre grupperings medicinska och resursmässiga resonemang. Kanske även med kunskapsstyrning.
- Om vi skulle jobba ihop 5-6 enande principer så skulle 50% av vardagsarbetet förbättras.
- Det behövs en ersättningsmodell som verkligen underlättar samarbete.
- Dra nytta av monumentalt viktiga ensande krafter som Läkemedelskommittén och konkretisera det nationella kliniska kunskapsstödet. Skapa också en redaktion för att standardisera riktlinjer etc.

Länsdelsspecifika processer

- Många påminner om att dagens ojämlika och diversifierade situation möjligen har stärkts på grund av en splittrad primärvård men att de grundläggande förutsättningarna för denna situation lades redan från början i form av olika inriktningar med olika uppdrag och länsverksamheter i respektive närsjukvårdsområde.
- Många trycker på vikten av det lokala genomförandet dvs HUR uppdrag ska genomföras. Det är viktigt att, oavsett hur en central ledning utformas, behålla

- styrkorna i de geografiskt anpassade länsdelsområdena vilket inkluderar en närhet till ledning. En central styrning ska inte begränsa de positiva lokala initiativen.
- Flera som förordar en konkret central styrgruppsstyrning (en stark sammanhållen primärvård) med prioriteringar av uppdragen och processerna, anser att arbetssätt sen ska utformas i lokala arbetsgrupper. Lokalt engagemang måste säkras och med en tydlig central ledning gör det då inget om vissa lokalgrupper jobbar längre och mer med vissa uppdrag.
 - Många påtalar att primärvårdens arbete har fungerat bra i vissa länsdelar och det inkluderar arbetet med nära vård, samverkan med kommuner och slutenvården.
 - Många är måna om att bevara styrkorna i det arbete som länsdelsupplägget har lett till framför allt i Norr och Väster, dvs ett närmare samarbete mellan primärvård och de mindre sjukhusen, i synnerhet kliniken för medicin- och geriatrik. En eventuell omorganisation får enligt många inte leda till att dessa positiva tendenser och samverkansytter tappas.
 - De flesta ser en problematik i Örebros och Söders stora ansvarsområden inklusive förhållandet till universitetssjukhuset. Örebro och akuten har inte haft samma nytta av nuvarande organisation. Universitetssjukhuset har inte kommit närmare, snarare tvärtom. Många påtalar att akutperspektivet tenderar att ta över oproportionerligt mycket och att primärvården blir svagare och mer diffus i samarbetet med en stark slutenvård på det stora USÖ. Många ser att den organisatoriska komplexiteten i Örebro, med en enda snabbt växande kommun, alla privata vårdgivare och ett starkt splittrat USÖ, först bör få sin lösning innan övriga länsdelar, som har helt andra utmaningar, kan få sina lösningar, eventuellt anpassade efter ett eventuellt grundtänk kring det centrala området.
 - Primärvården borde enligt många ligga närmare medicinkliniken och geriatriken, snarare än akuten.

Ytterligare synpunkter:

- Idag finns det ingen gemensam styrning för hur vissa yrkesgrupper ska arbeta, utan det är helt upp till verksamhetscheferna. Då får vi ingen jämlik vård.
- Ett prövande av idéer i specifika länsdelar och områden efterfrågas men då krävs en transparens och stabilitet i uppföljningar och ett övergripande grepp för att få önskad spridning i övriga länsdelar.
- Det är viktigt att definiera vad som är högspecialiserad vård och länsdelsvård. Idag finns många oklarheter här.
- Många ser behov av fler samlade möten mellan primärvårdsledning och Hälsoval för att säkra en samlad bild. Se mer om detta nedan under Hälsoval.
- En del styrningsprocesser fungerar bra som akutklinikerna och ortopedin. Det är värt att beakta varför.
- Avståndet mellan sjukhusen är för stort och det gäller såväl de högsta cheferna som personalen, inte minst de opererande i länsdelarna.

- Det finns en stor förbättringspotential i nya digitala lösningar för möten mellan invånare och vården. Det kräver dock en medvetenhet hos alla berörda om att ett nytt IT-system inte löser allt i sig själv utan måste gå hand i hand med övriga omställningar av verksamheten och införandet av nya arbetssätt.
- En jämlik och hållbar vård kräver att vårdcentraler i grunden gör lika och att specialiseringar inte präglar även grunduppdragen. Det är bara eventuellt de minsta vårdcentralerna i regionens ytterområden som inte kan klara alla grunduppdrag. Diabetiker ska exempelvis kunna hanteras av i princip alla.
- En viktig fråga är hur kommunikationen mellan hemsjukvård och primärvård kan säkras utan att gå via akuten.
- Centrala prioriteringar är inte nödvändiga när det gäller exempelvis hälsofrämjande arbete där lokala förutsättningar är så olika. Där räcker det med centrala övergripande analyser, ev av hälsoval.
- Närhetsprincipen till sjukhusen bör värnas.

Övrig styrning och ledning

- Det råder olika syn på chefsledsstrukturen under den primärvårdschef som de allra flesta efterfrågar. De flesta har dock inte reflekterat mycket över eventuella alternativ till nuvarande områdeschefer. De flesta efterfrågar färre verksamhetschefer och därunder verksamhetsnära enhetschefer på de vårdcentraler som delar verksamhetschef. Många ser en fara i för många verksamhetschefer direkt under en primärvårdschef. De få som har reflekterat över en eventuellt förändrad roll för områdeschefer är noga med att betona värdet i att behålla ett strategiskt länsdelsperspektiv, det vill säga antingen säkra detta uppdrag hos annan/andra funktioner eller arbeta om både funktion och uppdrag.
- Det råder olika syn på värdet av att ha samma verksamhetschef för vårdcentraler med olika storlekar och geografiska och demografiska förutsättningar. De flesta ser att det är bra med verksamhetschefer som samstyr flera vårdcentraler så att fler hör samma sak. Chefer för stora kliniker och verksamhetsområden blir också mer synade vilket är bra för säkrandet av jämlik vård. Det råder också olika syn på lämpligt antal verksamhets- och enhetschefer i relation till vårdcentralers storlek respektive förutsättningar. De flesta ser att det idag är för många verksamhetschefer men många ser också en fara i få verksamhets- och enhetschefer. Om för stort skadas relationen och lojaliteten.
- Många anser att biträdande områdeschefer och biträdande verksamhetschefer är problematiska oklara nivåer som bör jobbas bort i en mer tydlig linje.
- Många ser stora fördelar med att specialistmottagningars chefer som nu sitter i samma ledningsgrupp som vårdcentralernas chefer. Detta forum där även representation från akutmottagningen och ekonomi finns bör bevaras då detta ger bättre förutsättningar för samverkan och synliggör primärvården för specialisterna och tvärtom. Här har det enligt många hänt saker.

Ytterligare synpunkter:

- En potentiell ledarstruktur med en central primärvårdschef och över 25 verksamhetschefer är inte idealisk. En tanke kan vara att ha ett mellanled med strategiska länsdelsspecifika samordnare istället för dagens områdeschefer. Det blir då en annan typ av uppdrag än idag. Då nackdelarna med att inte befinna sig i linjen av erfarenhet är stora bör detta vägas in i denna eventuella struktur.
- Primärvården är den naturliga ytan mot akutsjukvården: Primärvård börjar i hemmet och här måste de som arbetar med vägen till sjukhuset ha ett patient- och primärvårdsfokus. Utan stor kunskap om både specialist- och primärvård kan mindre genomtänkta triageringar bli både livshotande och dyra.

Länsgemensamma verksamheter

- Majoriteten anser att de verksamheter som idag är länsgemensamma ska finnas under en central ledning eller/och i en paraplyorganisation.
- Det finns olika åsikter kring BHV och MHV men de allra flesta anser att nuvarande organisation som innebär ”dubbel styrning” varken är bra, effektiv, hållbar eller patientsäker. Den dubbla styrningen innebär att vårdcentralchefen inte fullt ut kan hantera sina resurser inom BVC och MVC. Den innebär en otydlighet gällande ledning och styrning för de anställda och det finns också exempel på krockar och intressekonflikter exempelvis mellan ansvariga för uppdrag och resurser men även mellan medicinskt ansvar på MHV/BHV och vårdcentral. Detta blev tydligt vid hårdprioriteringar under coronapandemin då MHV/BHV många gånger hamnade i periferin på grund av beslut i linjen som satte riktlinjer ur spel.
- Många anser att BHV och MHV ska vara en samlad fristående verksamhet. Det krävs enligt många en central samverkan där någon håller i taktpinnen. Då kan resurser inom berörda yrkesgrupper skiftas efter behov, även mellan olika VC.
- Många ser inte nödvändigheten av lokal placering då MVC/BVC är frisk/hälsovård som bör samlas under en chef (se Barn- och familjehälsa) och som för ökad tydlighet kan särskiljas från sjukvård. Många ser en klar tendens till att BVC, MVC, Ungdomsmottagningen etc så småningom kommer att bli del av större regional-kommunala samlokaliserade familjecentraler men på vägen dit bör den problematik som blev tydlig under coronapandemin åtgärdas.
- Många anser att MVC/BVC bör finnas i primärvårdslinjen och ligga direkt under primärvårdschefen eller i eget verksamhetsområde. BVC lyder ändå under Hälsoval och KOK-boken medan BHV inte är så låsta. Detta skulle dock innebära ökade krav på att primärvårdsledningen hela tiden tänker in de privata vårdgivarna.
- Många anser att Ungdoms- och Samtalsmottagningen borde ha en gemensam och mer central styrning och tillhörighet. Detta bör inte hindra kraften i det lokala

nätverket. Samma sak gäller för psykologmottagningen som många anser verkligen jobbar utifrån jämlik vård och patientfokus.

- Palliativ vård måste enligt flera ha ett länsperspektiv. Med ett gemensamt grundkrav om vad som ska uppfyllas i varje länsdel kan dessa sen finna olika lösningar. En uppdragsbeskrivning till varje länsdel måste upprättas.
- Undantag måste enligt flera finnas. En del mottagningar är för små för att dela upp på flera VC, se Minnesmottagningen på Ängen. Här bör noteras att relationen till specialisterna har utvecklats positivt.

Ytterligare synpunkter:

- Det är olyckligt att så många vårdcentralschefer saknar insikt och kunskap om vad MVC och BVC gör och hur de arbetar utifrån riktlinjer från MHV och BHV.
- Samtliga berörda länsverksamheter bör ligga centralt i primärvårdslinjen. Det är problematiskt att exv Utvecklingsenheten under Hälsoval inte finns i HS-förvaltningslinjen. Det blir svårroddat. Det kräver dock att den centrala ledningen ser värdet i att samverka med de privata aktörerna.
- En central primärvårdsledning skulle rimligen innebära att länsgemensamma verksamheter inte blir tvungna att som idag jobba på olika administrativa sätt beroende av länsdelsområde. Effektiviteten skulle öka markant.
- Det geriatriska perspektivet lyfts. Viktigt att fördela demensansvaret på få VC. Dela upp fem VC med demenssköterskor med ambulerande konsulter från Samtalsmottagningen.
- Det som inte fungerar bra är organisatoriska undantag som sjukgymnaster, neurosjukgymnaster, psykosociala funktioner, hemrehab, dietister och fotvårdare. Då de även är till för de privata vårdgivarna blir det särskilt besvärligt med planering inne i Örebro där majoriteten av de privata finns. Andra lösningar bör övervägas som att dela ut pengar och låta var och en lösa uppdragen för sig.
- Framarbetade riktlinjer med brett intresse delas inte mellan områden, enheter och inte heller mellan sjukhusen och primärvården.

Omställning till nära vård

- De allra flesta menar att den idag splittrade primärvården minskar möjligheterna till en omställning till nära vård. En central enad primärvårdsledning som bär, förvaltar och utvecklar nära vård-perspektivet förenklar det arbetet.
- De flesta saknar en samlad bild av nära vård och tydliga definitioner på alla relevanta begrepp. Det krävs också en gemensam målbild och tidplan samt tydliga uppföljningsbara effektmål.
- Flera ser nyckeln till en omställning till nära vård i ett på alla nivåer säkrande av ledningsgrupper med sammansättningar av chefer som garanterar det breda perspektiv som krävs.

- Många ser att Nära vårdarbetet måste in i linjen och fungera som ett paraply. Idag upplever många ett svalt intresse antingen från delar av primärvården eller från specialistvården. Nära vårdarbetet upplevs som ett hot mot viss verksamhet och då krävs ett huvudansvar i linjen med ett tydligt uppdrag och ett tydligt mandat för att något ska hända.
- Många ser Omställning till nära vård som en process som måste arbetas igenom centralt för att sen genomsyra allt förändringsarbete.
- Många påtalar behovet av att flytta mindset till att alla i vårdkedjan, alla enheter och kliniker, mer eller mindre är en del av omställningen till nära vård och därmed måste vara inkluderade i arbetet. Ingen kan eller får komma undan ett anpassande av verksamheten. Vi behöver aktivt hitta anställningsformer där det säkras att vi är i varandras verksamhet längre. Vi behöver aktivt hitta projekt där alla tvingas tänka Nära vård. Du måste exempelvis ha jobbat i primärvården för att förstå att endast få verkligen är sjuka.
- Många efterlyser mer fokus på lösningar och mindre på vad man gör fel.
- Många ser ett stort behov av att centralt landa i definitioner av de tolkningsbara begreppen nära, akut, öppen och slutna vård.
- Flera påtalar patientprocessen som central för att lyckas med omställningen till en jämlik nära vård. Att det jobbas med detta perspektiv och denna process centralt är betydligt viktigare än att organisationsstrukturen får en viss form.

Ytterligare synpunkter:

- Uppdraget omställning till nära vård bör läggas mer i linjen och ges i uppdrag till en verksamhetschef med enhetschefer mer som utförare.
- Centrala processer och kärnan i nära vård är skörhetsbegreppet, palliativ vård och demens.
- Ortopedi och kirurgi bör kopplas mer till Nära vård som en del av den palliativa vården.
- En mer sammanhållen primärvård ger större möjligheter att arbeta med vårdnivåer, vilket bör vara högprioriterat.
- Jobba igenom värdet av och samsynen kring att samverka. Ha som strävansmål i nära vårdarbetet att jobba bort remisserna.
- I väntan på en remissfri vård måste inställningen vara att aldrig avvisa en remiss. Du måste alltid hjälpa till.
- Styrning och ledning med arbetsmodeller där psykiatri är central är nödvändiga för att få kraft i en omställning till nära vård.
- Specialistvården behöver få mer kunskap om nära vårdomställningen och få ett ansvar att samverka i utvecklingen. Medvetenheten om och respekten för vilket avancerat arbete som utförs i primärvården måste öka hos specialisterna, exempelvis genom att ST-läkarblocket måste ha med primärvården i utbildningen.

- Att äldre opropor­tionerligt ofta hamnar på akuten är ett Örebrofenomen och beror bland annat på att distriktsläkare inte har tillräckligt med tid för äldre. Distriktsläkarna måste stärkas och känna att de har stöd och tillit uppifrån för sina beslut.
- I nuvarande organisation eftersträvas konsensus mer än goda argument utifrån nationella och lokala utredningar och övrigt underlag. Det innebär att många till synes tydliga strategiska vägval och vägutstakanden kompromissas bort på vägen.
- En medborgardialog kan bidra till att landa i gemensamma centralt kommunicerade tydliga definitioner av nära vård.

Hälsoval – Privata vårdgivare

- Det finns stora skillnader i synen på Hälsovals uppdrag och roll.
- Flera lyfter det problematiska i Hälsovals dubbla roll som kravställare och utvecklare/utförare.
- Majoriteten ser i nuläget Hälsoval som den enda tydligt centrala samlade kraften för primärvården men många ser att de också hamnar i HUR-frågor vilket bör undvikas. Hälsoval är samtidigt osynlig för många. Vi bör ställa oss frågan om vad som är önskvärt här.
- Det finns hos många en uppfattning om att Hälsoval tenderar att främst ägna sig åt offentligt drivna vårdcentraler och inte på samma sätt finns till för de privata. Om detta är bra eller dåligt beror på den intervjuade.
- Flera anser att ett nära samarbete mellan Hälsoval och en sammanhållen primärvårdsledning skulle vara en garant för ett mer jämlikt arbete även mot privata vårdgivare. Med tätare kontakt skulle mycket dubbelarbete och dubbelstyrning också kunna undvikas. Arbetet kan eventuellt delas upp på grund av få privata vårdgivare. En tät kontakt mellan Hälsoval och primärvården säkrar också att information om riktlinjer, rutiner och medicinska frågor sprids i linjen. En primärvårdsledning identifierar vad som är viktigt att följa upp och som ska in i KOK-boken varpå Hälsoval kan fokusera på att hålla i denna linje.
- Många påpekar att om kravställaren och utföraren blir densamma och resursdelen då hamnar i det större perspektivet, då måste högsta ledningen reflektera över detta med kravställarna.
- Samverkan med privata vårdcentraler och även med Capio måste enligt många utvecklas mer än via Hälsovalsdagarna, förslagsvis genom gemensamma möten fyra gånger per år. Pediatriken och habiliteringen är områden som kräver mer dialog för att uppnå samförstånd.
- Det finns enligt vissa ett behov av att säkerställa att de privata vårdcentralerna kan vara delaktiga i utvecklingsarbetet mot nära vård. Ansvaret att säkerställa detta behöver delas mellan Hälsoval och en central primärvårdsledning.
- Det finns behov av att ha en strategi för hur de privata vårdgivarna ska involveras till exempel i samarbetet med specialistvården.

Ytterligare synpunkter:

- Även privata aktörer måste kopplas till specialister som del av SÄBO-uppdraget. Om vården av äldre ska ligga på så många aktörer som idag, så måste det skapas ett lärocentrum för bästa äldrevård på boenden. Detta skulle säkra specialister på området i primärvården och i kommunerna. Det skulle även avlasta primärvården och bli ett stort steg framåt i omställningen till nära vård.
- Utvecklingsenheten som idag ligger under Hälsoval bör få mer renodlade uppdrag oavsett utförare. Idag upplevs gränsen mellan kravställande och verksamhetsutveckling mindre klar.
- Hälsoval bör stärkas resursmässigt i arbetet för jämlik hälsa och Målbild 2030.
- Den medicinska ledningen borde inte ligga under hälsoval utan i primärvårdens centrala ledning, eventuellt under en närvårdledning. Bra dock om de även fortsättningsvis är neutrala oavsett vårdgivare.

Processororienterad styrning

- De flesta uttrycker att det i praktiken ofta är svårt att komma framåt i ett processarbete. För bättre förutsättningar krävs tydliga beslut om vilka processer som är prioriterade och att tydligt mandat/uppdrag ges till processledare som har en koppling till en processägare i central ledning i linjen och som kan ge kraft åt och bred delaktighet i processen. En tydlig styrgrupp och arbetsgrupp bidrar också till att säkra processledarens mandat.
- De allra flesta tecknar en bild av en splittrad och spretig verksamhetsutveckling där ingen har det övergripande greppet och där många process-, samverkans- och projektledare, chefer eller vårdutvecklare arbetar med processer och förändringsarbete utan tydligt mandat. Det blir lättare i nuvarande struktur att få mandat och kraft i Norr och Väster än i ett mer komplext Örebro. Det finns inte heller en samlad bild av vad som är prioriterat och någon gemensam vision framträder inte. För många verksamhetschefer medför detta också att det blir otydligt med mandat både vertikalt och horisontellt. Olika organisatoriska och geografiska områden är till en följd inte jämlika och har inte förutsättningar att bli jämlika i nuvarande struktur.
- Många förordar att tänka in prioriterade processer i kunskapsstyrningsprocessen då parallella system inte gagnar tydligheten.
- Flera ser samordningen av patientprocessen som nyckeln i arbetet med nära vård och överhuvudtaget. Patientens behov måste bli utgångspunkt, inte organisationens.
- Flera ser att resurseffektiva processer och rutiner måste identifieras för att exv minska antalet remisser och höja kvaliteten.
- Flera förordar en central förändringsledning som håller ihop och även stödjer utvecklingen och uppföljningen av de prioriterade processerna. Detta inbegriper

en professionell grupp processledare som är kommunikativt och beslutsfärdigt kopplade till linjen och den centrala primärvårdens och HS-ledningens paraply. Flera lyfter behovet av att samla förändringskunskapen och därtill hörande utbildningsresurser centralt för jämlik tillgång oavsett var i HS. Det behöver också säkerställas centralt att prioriterade områden genomförs på ett jämlikt sätt.

- Flera efterfrågar en struktur där dessa förändringsledare samspelar med lokalt förankrade verksamhetsutvecklare och sakkunniga för att säkra hela kedjan inklusive förankring, implementering och uppföljning.
- Kunskap om förändringsledning måste enligt många genomsyra fler nivåer i linjen från centrala primärvårdsledningen till avdelningschefer. Då ökar möjligheterna för processledare och verksamhetsutvecklare att få genomslag för sitt arbete. Flera som efterfrågar kunskap om förändringsledning knuten till högsta ledningen ser det som centralt att släppa och lämna över till redan inarbetade verksamhetsutvecklare med lokal förankring och tillit. Många påpekar vikten av att lokalkännedom beaktas och respekteras och att dialog med de olika linjerna krävs. Idag är processarbetet också bristfälligt gällande flöden vårdcentraler och länssjukvården, se urologen och kirurgen.
- Många tänker sig att en styrande processledare/förändringsledare i paraplyet jobbar med verksamhetschefer i linjen för beslutsmandat och med arbetsgrupper som inkluderar lokalt förankrade sakkunniga och verksamhetsutvecklare för säkrande av relevans och genomförande. De brinnande sakkunniga förändringsledarna i verksamhetens olika led bör lyftas och kopplas på detta bygge. Ett processarbete ska inte släppas från den centrala förändringsledningen förrän alla berörda kan använda den direkt. Implementeringen måste vara en del av arbetet redan innan lokala verksamhetsutvecklare eventuellt tar över i genomförandefasen.
- Flera påtalar vikten av en genomarbetad uppföljningsprocess. Utan denna kommer den splittrade bilden till stora delar bestå.
- Många påpekar att det finns en mängd samordnings- och utvecklingsfunktioner inom HS-förvaltningen och på Regionkansliet och Regional utveckling men att de många gånger saknar tillräckligt mandat. Det finns inte heller någon samordning och uppstyrring av dessa kompetenser.
- Många chefer efterfrågar verksamhetsutvecklare och controllers. Med färre verksamhetschefer borde detta kunna vara möjligt.
- Många påtalar behovet av att från högsta HS- och primärvårdsledning identifiera resurseffektiva processer och sen hålla i dem. Prioritera och få kraft i några få större processer som måste genomsyra det centrala HS-arbetet, såsom omställning till nära vård, psykisk hälsa och patientfokus. Om dessa processer arbetas igenom ordentligt påverkas nästan allt direkt eller indirekt. Först då HS har en samsyn om de stora frågorna och vart HS är på väg kan en jämlik vård bli en möjlighet i alla

- delar av HS. En övergripande prioriterad process med central uppföljning kan sen enligt flera vara lokalt anpassad.
- Flera efterfrågar en tydligare formalisering av patientfokus som utgångspunkt för allt förändringsarbete. Det pratas mycket men blir på grund av otydliga beslutsvägar och chefers positioneringar alldeles för lite verkstad.
 - En central process som kräver stark styrning och som många lyfter gäller skörhetsbegreppet, komplext sjukdomspanorama, eller multisjuka med koppling geriatrik, primärvård, kommun med vård i hem och boende samt ofta flera olika specialistmottagningar (handlar om totalt ca 3500 personer i regionen). Här måste skapas former/mekanismer för dialog och medvetenhet om nära vård i verkligheten på alla nivåer med individanpassade vårdplaner. Riktlinjer måste arbetas fram centralt och implementeras lokalt för exempelvis distriktsläkares hantering av komplexa sjukdomspanoraman och multisjuka.
 - Många lyfter vikten av att förvalta och utveckla lärdomarna av nuvarande covid-19-arbete. Samarbetsvägar och vårdförlopp mellan de så kallade stuprören som tidigare inte har fungerat fungerar nu plötsligt, vilket inkluderar bedömningar av ambulansen med en brobyggande roll. Säkra att dessa flöden och samarbeten fortsätter att utvecklas efter covid-19: ambulansen-akutkliniken-kommunerna-mobila team och palliativa teamet kopplat till medicinkliniken.
 - Det är enligt många viktigare att patientprocessen prioriteras och arbetas igenom än att organisationsstrukturen får en viss form.

Ytterligare synpunkter:

- För att en större process ska bli framgångsrik krävs helhetslösningar. Införandet av ett nytt vårdinformationsstöd är till exempel i sig ingen hållbar lösning om det inte synkas med tillhörande omställning gällande nya arbetssätt och förbättrad samverkan över stuprören. Först då kan regionen få full utväxling av detta digitala hjälpmedel och då inte bara i form av en strukturerad patientorienterad journal utan även som besluts- och processtöd. En central förändringsledning ökar möjligheterna för att detta ska hända.
- Undvik att hamna i för mycket systemförvaltning. Fokus måste vara utveckling.
- Målsättningen med processarbetet måste vara att alla ska känna ett ansvar och ska med ett tydligt direktiv kunna sätta igång direkt.
- Ett alternativ till lokala processledare är verksamhetschefer med specifika uppdrag på vissa vårdcentraler.
- En tydligt mätbar process gäller den strategi för demensutredningar som idag saknas i primärvården. Det behövs här enligt vissa en central styrning med primärvården, geriatriken och läkemedelscentrum.
- Det saknas på många håll i organisationen en förståelse för vårdförlopp och det faktum att endast en del av alla patienter i första linjen är i behov av mer vård än ett gott bemötande.

- Det finns för många inga incitament för att följa riktlinjer till exempel för hyrläkarberoende.
- Centrala processer och kärnan i nära vård är skörhetsbegreppet, palliativ vård och demens.
- Det förespråkas en gemensam modell likt samverkansmodellen ViSam där fokus är sjuka äldre, men denna kan appliceras på det mesta om syftet är genomarbetat och klart i central ledning. Om den styrs upp med processägare, utvecklingsledare, samverkansledare och verksamhetsutvecklare ute i verksamheten bör den kunna bidra på ett mycket positivt sätt.
- Erfarna verksamhetschefer är lämpliga processledare och processkartläggare.
- Det är viktigt att undvika politiska i verksamheten ej processade beslut som exempelvis drop-in. Även en bra idé kan hamna fel om inte alla är med från början. En central primärvårdsledning kan förhoppningsvis säkra en mer aktiv och konstruktiv dialog med politiken.

Samverkan

- De befintliga samverkansytorna som lyfts fram av de allra flesta är:
 - Mellan olika vårdcentraler, inte minst där en vårdcentral får ett uppdrag för fler vårdcentraler.
 - Med kommunerna inom respektive länsdelsområde utifrån regionens och kommunernas olika geografiska indelningar.
 - Med socialtjänst, polis, skola och försäkringskassa kring oro för barn, våldsutsatta, missbruk mm.
 - Med patientföreningar, elevhälsa, smittskydd, apoteken och civilsamhället.
 - Med äldrevård, hemsjukvård och särskilt boende för äldre (SÄBO) där vi ser en tydlig utveckling i samverkan kommun-primärvård-geriatrik.
 - Med delar av specialistvården, i synnerhet kring den ofta äldre patienten med en komplex medicinsk problematik, se ovan.
 - Med Livsstilmottagningen på sjukhuset.
- De samverkansytorna som behöver utvecklas mer hänger enligt många ihop med omställningen till nära vård. Flera påtalar behovet av att flytta mindset till att alla mer eller mindre är en del av omställningen till nära vård. Då blir betydelsen och relevansen av alla ovan nämnda samverkansformer en självklarhet och en nödvändighet. Alla verksamhetschefer och även alla vårdcentraler måste involveras i någon grad i samverkan med kommuner och andra externa aktörer. Det säkrar ett gemensamt fokus på Nära vård.
- Flera anser att det är mycket möten, prat och handlingsplaner men ytterst lite noterbar verkstad som gör skillnad.
- Många ser ett stort behov av ett forum för att diskutera patientprocessen från hem till första linjen vidare till akuten och slutenvård/specialistvård.

- De allra flesta ser ett behov av att identifiera de lokalt ansvariga för att utveckla samverkan som kan kommuniceras till samverkansparterna. Detta inkluderar en tydlighet i regionens ansvarsfördelningar och vägar in till beslut och verkstad.
- Kommunernas och regionernas olika förutsättningar, såsom exv områdesansvar och listning, kräver smarta samverkanslösningar.
- Fler anser att det behöver skapas förutsättningar för samverkan mellan vårdcentraler till exempel genom olika uppdrag, se TBE-vaccination etc.
- Många ser gemensamma samverkansledare som en väg att få samverkan att fungera i praktiken. Med ännu mer centraliserad styrning kan länsdelsindelningen då bli en verklig framgång.
- Många tycker att det är värt tiden att samverka ordentligt kring centrala frågor för att ge goda förutsättningar att kunna ta det från dokument till verkliga resultat.
- De flesta lyfter en väl fungerande samverkan med kommunerna under coronapandemin. Detta bör underhållas och utvecklas även efter denna speciella fas. Många efterfrågar ett länsdelsorganiserat samarbete med kommunala vårdplatser på regionala vårdavdelningar med större läkarnärvaro. Detta krävs för att få ett kommunalregionalt tankesätt utan diken och med ett tydligt patientperspektiv.
- Flera ser ett behov av att tydliggöra vilka strukturer som ska gälla för samverkan med en stor kommun. Det saknas exempelvis en tydlig struktur för var och hur primärvårdsfrågor ska kommuniceras från samverkanspartners i andra delar av vården. Det finns också ett stort behov av att tydliggöra vilka strukturer som ska gälla för samverkan mellan primärvården och sjukhusen där den stora utmaningen ligger i att hitta bra lösningar i centrala Örebro med universitetssjukhuset. Flera anser att lösningarna där rimligen bör skilja sig från de mindre komplicerade områdena Norr och Väster. Många tycker att det skulle vara ok att utgå ifrån en bra lösning för centrala Örebro och sen anpassa övriga områden efter denna. Detta då det är betydligt lättare att anpassa Norr och Väster efter Örebro och Söder än tvärtom.
- Flera anser att små 1-1 kommuner (en kommun med en vårdcentral) bör slås ihop med andra mindre kommuner och samverka för att få ett större sammanhang. Detta bör underlätta bemanning etc.
- Kontinuiteten är enligt många central i primärvårdens samverkan med kommunerna med stöd av geriatriken.
- Hantera fungerande positiva kommunsamarbeten med varsamhet menar många. De bör behållas även om andra delar i organisationen justeras.
- Då samverkan av de flesta anses fungera väl i länsdelarna Norr och Väster ligger den stora utmaningen när det gäller samverkan och kloka sammanslagningar i områdena Örebro och Söder. Här behöver vi enligt de allra flesta lägga fokus för att få det att fungera i förhållandet mellan den stora kommunen, den splittrade primärvården och den stora, starka men splittrade parten universitetssjukhuset.

- Flera anser att sammanslagningar för bättre samverkanskanaler också bör gälla i centrala Örebro. Ingen har dock en klar lösning på hur detta bör gå till. Flera ser en rimlighet i att i centrala Örebro slå ihop vårdcentraler under sammanlagt cirka tio verksamhetschefer. Resultatet blir en mer hanterbar ledningsgrupp med större möjligheter till att ensas och få kraft. Det blir då samtidigt viktigt att på ett överblickbart sätt fördela ansvaret över alla samverkanskanaler med i synnerhet kommunens alla parter. MAS/MAR måste knytas närmare, bland annat i arbetet med riktlinjer.
- Samverkan mellan specialistvården och primärvården måste utvecklas. Medvetenheten om och respekten för vilket avancerat arbete som utförs i primärvården måste öka hos specialisterna och ävenså kunskapen hos båda parter om vad som krävs av alla för en omställning till nära vård. Idag delas inte alltid riktlinjer mellan de så kallade vårdformerna.
- Flera ser ett förebyggande och hälsofrämjande arbete med barn och skola som ett tydligt lokalt samverkansuppdrag.
- Psykiatrin är enligt många en viktig samverkanspartner, inte minst när det gäller den psykiska hälsans roll i alla delar av vårdkedjan.

Ytterligare synpunkter:

- Samverkan kring fler mobila verksamheter behövs för att möta upp med hälso- och sjukvård i hemmen.
- Speciellt ansvar bör finnas hos en på varje sjukhus för en ingång och god samverkan med kommunerna. Då kan akuten, medicinska kliniken och specialistmottagningarna när så behövs synkas med en mer sammanhållen primärvård.
- Det efterfrågas mer medicinskt inriktade diskussionsfora för individanpassade vårdplaner genom exv SIP. Det krävs till exempel nära kontakt med kommunen vid den initiala SIP:en då demensdiagnosen ges. Idag saknas ofta kommunens plan samt uppföljningen.
- Det krävs mer digitala möten för att nöta ner barriärerna mellan specialister, kommun och primärvård. Ett tydligt exempel är behovet av en ingång för skörbarhetsgruppen som finns i kommunerna på hemmen och hos läkarna på specialistmottagningar.
- Det finns ett fortlöpande och växande behov av samverkan med kommunerna kring identifierandet av vårdplatser för palliativ vård. Ett kommunicerande kärldäremellan skulle säkra en bättre uppbackning under kvällar/helger, exempelvis genom kommunala vårdplatser i anslutning till annan regional vård.

Chefssamverkansgruppen och Regional utveckling

- Det finns enligt de flesta stora behov av att utveckla och tydliggöra den gemensamma beslutsprocessen. Viktigt att de enskilda representanterna är

förberedda och har mandat från sin organisation när gemensamma beslut ska tas. Om grunden är lika och det riggas på samma sätt med en tydlig ansvarskedja kan chefssamverkansgruppens beslut få kraft.

- Många ser glapp mellan olika chefsnivåer vilket resulterar i bristande kraft för grupperingen.
- Många ser svårigheter i implementeringsfrågan. Det finns fall där de olika parterna är överens och ser det gemensamma ansvaret, men då samverkansgruppen inte är ett beslutande organ blir det ändå inte verkstad. Om centrala processledare på Regionkansliet och Regional utveckling inte ska ner på denna nivå måste vägen dit säkras i en formaliserad struktur. Många vittnar om alltför många glapp och ogenomarbetade idéer och riktlinjer som aldrig får liv i verksamheten.
- Många anser att nuvarande centrala funktioner på Regional utveckling bör synkas betydligt bättre med HS- och primärvårdens linjeorganisation. Ett tydligt centralt grepp krävs för att kunna styra var och hur vi behöver göra fler åtgärder. Flera vittnar om både konkret, och en känsla av, dubbelarbete och ineffektiva övergångar från processarbete till implementering och verkstad.
- Många ser Regional utvecklings roll och mandat som oklara, i synnerhet i relation till HS. Resurser på RU som jobbar med rekviderade medel är alltför ofta inte synkade med resurser i verksamheten och inte heller alltid med de reella behoven. Många gånger kan det tyvärr handla om märkbart djupa diken över vilka kommunikationen inte bär. Här har Region Örebro län stora möjligheter att förbättra sitt nyttjande av resurser på ett effektivt sätt.
- Det noteras att exempelvis socialcheferna idag verkar anse sig företräda länsdelar snarare än hela regionen. Länsdelsgrupperna borde vara utskott till en central styrgrupp alternativt chefssamverkansgruppen. Innan utskottsmöten borde representanter förankra huvudpunkterna centralt. Besluten hamnar annars alltför snabbt på detaljerad nivå. Vi behöver komma åt övergripande beslut och inriktningar. Då blir också förtroendet större för lokala införanden.
- De allra flesta trycker på hur viktigt de nu är att förvalta de samarbetsföretag som har uppstått under coronapandemin. Det gäller strategi- och listarbete, se exempelvis demens och skörhet.

Ytterligare synpunkter:

- Regional utveckling måste bli en tydligare part i samverkan och de skulle kunna hjälpa till att sprida de goda exemplen.
- Denna grupp och struktur är inte funktionell. Demokrati- och konsensusaspekter blir för bromsande i den här typen av operativa angelägna uppdrag. För sega ineffektiva flöden och oklara beslutsformuleringar leder till bristande och ibland helt utebliven implementering.

7

Svar på revisionsrapport Granskning av tillgänglighet till vården, delrapport 1 - uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården

20RS7112

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2020-09-30

FöredragningsPM
Dnr: 20RS7112

Organ
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Svar på revisionsrapport Granskning av tillgänglighet till vården, delrapport 1 - uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionstyrelsen besluta

att godkänna yttrandet och överlämna det till regionens revisorer.

Sammanfattning

År 2017 överlämnade Region Örebro läns förtroendevalda revisorer en granskning av tillgängligheten inom regionens primärvård utifrån fullmäktiges mål om att ha en tillgänglighet i enlighet med den nationella vårdgarantin. Nu har en uppföljande granskning genomförts, för att kunna bedöma om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnades i den ursprungliga granskningen. Revisorernas bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt gjort det. Hälso- och sjukvårdsnämnden kan konstatera att det sker ett aktivt arbete med att förbättra tillgängligheten inom primärvården där flera olika delar är aktuella.

Ärendebeskrivning

Det här är den första delen av fyra i en granskning av vården i Region Örebro län. Utifrån den uppföljande granskningen gör revisorerna bedömningen att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning. Av fyra revisionsfrågor bedöms två som uppfyllda och två som delvis uppfyllda. Hälso- och sjukvårdsnämnden bedömer att rapporten är relevant och stämmer överens med den bild nämnden har av primärvårdens nuvarande tillgänglighet, liksom med det framtida arbete som behövs för att förbättra tillgängligheten. Region Örebro län arbetar med flera olika delar för att förbättra

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Eva Åkesson Enele

Sammanträdesdatum
2020-09-30

FöredragningsPM
Dnr: 20RS7112

tillgängligheten inom primärvården, genom bland annat produktionsplanering och utveckling av webbtidbokning och digitala besök. Utvecklingen kring digitala besök kommer att följas särskilt under hösten, då målet är att dessa ska öka.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Ekonomiska konsekvenser

Förslag till beslut har inga konsekvenser för dessa perspektiv.

Beslutsunderlag

FöredragningsPM
Yttrande
Revisionsrapporten

Jonas Claesson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Skickas till:

Regionstyrelsen

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Eva Åkesson Enelo

Sammanträdesdatum
2020-09-30

Beteckning
Dnr: 20RS7112

Er beteckning

Regionens revisorer, c/o PwC
Box 885
721 23 Västerås

Svar på revisionsrapport Granskning av tillgänglighet till vården, delrapport 1 - uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården

År 2017 överlämnade Region Örebro läns förtroendevalda revisorer en granskning av tillgängligheten inom regionens primärvård utifrån fullmäktiges mål om att ha en tillgänglighet i enlighet med den nationella vårdgarantin. Granskningen utmynnade i ett antal rekommendationer till regionen. Nu har en uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården genomförts, för att bedöma om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning. Den uppföljande granskningen avser både regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Det här är den första delen av fyra i en temagranskning av tillgängligheten i vården i Region Örebro län.

Revisorernas bedömning

Revisorernas bedömning är att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning. Av fyra revisionsfrågor bedöms två som uppfyllda och två som delvis uppfyllda. De frågor som bedöms som delvis uppfyllda är följande: ”Har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen givit?” samt ”Pågår ytterligare aktiviteter som har koppling till granskningsresultatet?”.

Hälso- och sjukvårdsnämndens bedömning

Nämndens bedömning är att granskningsrapporten sammantaget är relevant och stämmer överens med den bild nämnden har av primärvårdens nuvarande

tillgänglighet, liksom med det framtida arbete som behövs för att förbättra tillgängligheten.

När det gäller revisionsfrågorna som bedöms vara delvis uppfyllda så vill nämnden lyfta fram att det har arbetats aktivt med produktionsplanering och individualiserad vård enligt principen Bästa effektiva omhändertagandenivå, BEON. Arbetet har haft positiv effekt för tillgängligheten och kommer att fortsätta under hösten. Det har även genomförts en rad åtgärder för att förbättra telefontillgängligheten och den förstärkta vårdgarantin. Under de senaste åren har ett gediget arbete med aktiv produktionsplanering genomförts på ungdomsmottagningen, vilket väsentligt förbättrat tillgängligheten.

Det stämmer att telefontillgängligheten varierar över tid och att det finns en stor variation mellan hur väl olika vårdcentraler klarar målet. Under hösten 2019 krävdes en särskild handlingsplan in från de fyra vårdcentraler med sämst resultat, där de fick redogöra för vilka åtgärder som var planerade för att komma tillrätta med problemet. Webbtidbokningen har ökat markant under den rådande pandemin. Flera erbjudanden, bland annat webbtidbokning för antikropp- och PCR-provtagning, har lanserats genom 1177 och fungerat väl. I 2020 års Krav och kvalitetsbok, som regionstyrelsen beslutade om i december 2019, ställs det krav på att samtliga vårdcentraler ska erbjuda nybokning av webbtider för minst en yrkeskategori, utöver att erbjuda av- och ombokning. Genom det lärande som finns mellan vårdcentraler utgår nämnden från att goda exempel på arbete med tillgänglighet kommer att spridas.

Det sker också en utveckling av digitala besök och webbtidbokning till drop in-mottagningar. Tidbokning till drop in-mottagningar har redan införts på några vårdcentraler, vilket fungerat bra. Det har även skett ett arbete med att minska eftersläpningen av journalregistrering samt med att följa produktionen för olika yrkeskategorier, där det skett en förbättring av tillgängligheten för bland annat kuratorer och psykologer. Självcheckning, där bokade patienter meddelar sin ankomst via en digital skärm på vårdcentralen, är efterfrågat och något som införs successivt. Digitala behandlingsmetoder, som KBT på internet för vissa åkommor, har utvecklats.

På grund av den rådande pandemin har det skett en förändring i kontaktvägar mellan vården och patienter. Fler kontakter tas per telefon och digitala besök sker i högre utsträckning. Under hösten kommer utvecklingen att följas särskilt, då målsättningen är att antalet digitala besök ska öka.

För Region Örebro län



Till regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande
Regionfullmäktige för kännedom

Granskning av tillgänglighet till vården; delrapport 1 – uppföljande granskning av tillgängligheten inom primärvården

PwC har på uppdrag av Region Örebro läns förtroendevalda revisorer genomfört en uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården. Denna granskning utgör den första delen av fyra i en temagranskning avseende tillgänglighet till vården i Region Örebro län. Syftet med granskningen var att bedöma om Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Utifrån genomförd uppföljande granskning gör vi den sammanfattande revisionella bedömningen att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Den sammanfattande revisionella bedömningen baseras på följande bedömning av respektive revisionsfråga.

| Revisionsfråga | Kommentar |
|---|--|
| Har granskningsresultatet besvarats av regionstyrelsen? | <p>Uppfyllt</p> <p>I yttrandet bedöms det framgå att de ser tillgänglighet som en prioriterad åtgärd och att de kommer arbeta vidare med detta. Det beskrivs att de står bakom den förstärka professionsneutrala vårdgarantin.</p> <p>I yttrande bedöms det finnas relevanta åtgärder för att skapa förutsättningar för en förbättrad tillgänglighet inom primärvården såsom digitala vårdbesök, drop-in mottagning och samverkan mellan vårdcentralerna.</p> |





Har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen har givit?

Delvis uppfyllt

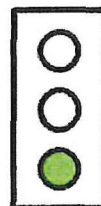
Vi bedömer att det utifrån revisorernas granskning från år 2017 har vidtagits åtgärder gällande tillgänglighet till telefoni och besök. Det sker en uppföljning av tillgänglighet till telefoni varje månad. Resultatet varierar dock över tid, och skillnaden mellan vårdcentralerna kvarstår. Granskningen indikerar att det finns ett fortsatt behov av fokusering kring att nå målet om att 30 procent av alla besök ska bokas via webbtidbokning samt digitala vårdbesök.



Har information delgivits ansvarig nämnd avseende granskningen och eventuellt vidtagna åtgärder?

Uppfyllt

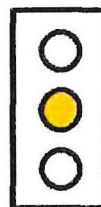
Vi bedömer att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har fått rapportering med anledning av uppdrag och åtgärder. Vi bedömer att det till övervägande del sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat av de aktiviteter som pågår både med anledning av granskningen samt det arbete som pågår nationellt och regionalt kopplat till tillgänglighet i primärvården.



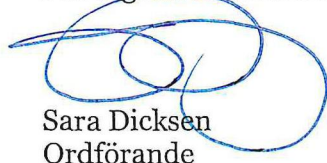
Pågår ytterligare aktiviteter som har koppling till granskningsresultatet?


Delvis uppfyllt

Vi bedömer att det genomförs en rad aktiviteter i syfte att stärka tillgängligheten. Vi har dock inte tagit del av någon sammanställning av pågående aktiviteter eller initiativ kopplat till arbetet med att förbättra tillgängligheten till telefoni och besök. Det är därför i nuläget utan en utvärdering svårt att svara på vilka effekter som kommer att uppnås.



För regionens revisorer


Sara Dicksen
Ordförande


Anders Larsson
Revisor

Granskning av tillgänglighet till vården

Delrapport 1 - Uppföljande granskning av tillgängligheten inom primärvården

Region Örebro län

Juni 2020

Louise Tornhagen



Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 2 |
| Inledning | 4 |
| Bakgrund | 4 |
| Syfte och revisionsfrågor | 4 |
| Avgränsning | 4 |
| Metod | 5 |
| lakttagelser och bedömningar | 6 |
| 2.1. Hur har granskningsresultatet besvarats av Regionstyrelsen? | 6 |
| lakttagelser | 6 |
| Bedömning | 7 |
| Vilka åtgärder har vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen har givit? | 7 |
| lakttagelser | 7 |
| Bedömning | 10 |
| Vilken information har delgivits ansvarig nämnd avseende granskningen och eventuellt vidtagna åtgärder? | 11 |
| lakttagelser | 11 |
| Bedömning | 11 |
| Vilka övriga aktiviteter pågår som har koppling till granskningsresultatet? | 11 |
| lakttagelser | 11 |
| Bedömning | 12 |
| Bedömningar utifrån revisionsfråga | 13 |
| Bedömningar mot revisionsfrågor | 13 |
| Rekommendation: | 14 |

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av Region Örebro läns förtroendevalda revisorer genomfört en uppföljande granskning av tillgänglighet inom primärvården. Denna granskning utgör den första delen av fyra i en temagranskning avseende tillgänglighet till vården i Region Örebro län. Syftet med granskningen var att bedöma om Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Utifrån genomförd uppföljande granskning gör vi den sammanfattande revisionella bedömningen att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden **inte helt** har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning.

Den sammanfattande revisionella bedömningen baseras på följande bedömning av respektive revisionsfråga:

1. Har granskningsresultatet besvarats av Regionstyrelsen?

Revisionsfrågan är: **Uppfylld**

Vi bedömer att regionstyrelsen har inkommit med yttrande till revisionen med anledning av revisionens rapport och skrivelser. I yttrandet bedöms det framgå att de ser tillgänglighet som en prioriterad åtgärd och att de kommer arbeta vidare med detta. Det beskrivs att de står bakom den förstärka professionsneutrala vårdgarantin.

I deras yttrande bedöms det finnas relevanta åtgärder för att skapa förutsättningar för en förbättrad tillgänglighet inom primärvården såsom digitala vårdbesök, drop-in mottagning och samverkan mellan vårdcentralerna.

2. Har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen har givit?

Revisionsfrågan är: **Delvis uppfylld**

Vi bedömer att det utifrån revisorernas granskning från år 2017 har vidtagits åtgärder gällande tillgänglighet till telefoni och besök. Det sker en uppföljning av tillgänglighet till telefoni varje månad. Resultatet varierar dock över tid, och skillnaden mellan vårdcentralerna kvarstår.

Det är svårt att få ett jämförbart resultat till besök. Det sker ett utbildningsarbete för att säkerställa att all legitimerad personal och kuratorer har förutsättningar att diagnos- och åtgärdskodning på ett korrekt vis.

Granskningen indikerar att det finns ett fortsatt behov av fokusering kring att nå målet om att 30 procent av alla besök ska bokas via webbtidbokning samt digitala vårdbesök.

Vi ser dock att de gemensamma aktiviteterna såsom webbtidbokning, digitala besök och återbesök, drop-in mottagning kan skapa förutsättningar att förbättra tillgängligheten och i syfte att möta den "nära vården".

3. Har information delgivits ansvarig nämnd avseende granskningen och eventuellt vidtagna åtgärder?

Revisionsfrågan är: **Uppfylld**

Vi bedömer att regionstyrelsen och hälso-och sjukvårdsnämnden har fått rapportering med anledning av uppdrag och åtgärder. Vi bedömer att det till övervägande del sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat av de aktiviteter som pågår både med anledning av granskningen samt det arbete som pågår nationellt och regionalt kopplat till tillgänglighet i primärvården. Uppföljning av tillgängligheten har stärkts i och med den förstärkta nationella vårdgarantin. Region Örebro län arbetar med uppföljning för både på kvantitativa och kvalitativa delar av tillgängligheten. Det sker uppföljning via Hälsoval Region Örebro län för alla vårdcentraler samt för respektive område som är regionens vårdcentraler i egen regi via "årshjulet" samt gemensamt inom hälso-och sjukvårdsförvaltningen.

4. Pågår ytterligare aktiviteter som har koppling till granskningsresultatet?

Revisionsfrågan är: **Delvis uppfylld**

Vi bedömer att det genomförs en rad aktiviteter i syfte att stärka tillgängligheten. Vi har dock inte tagit del av någon sammanställning av pågående aktiviteter eller initiativ kopplat till arbetet med att förbättra tillgängligheten till telefoni och besök. Det är därför i nuläget utan en utvärdering svårt att svara på vilka effekter som kommer att uppnås. Några av aktiviteterna genomförs även nationellt såsom RAK och kompetensutbyte och möjligheter till benchmarking finns bland annat via olika SKR nätverk. Effekterna av tillgänglighet mäts och följs upp varje månad, och kan därför ge en viss indikation kring vad som är framgångsrikt.

Initiativen som genomförs såsom självcheckning och hälsosamtal kommer att drivas som projekt. Vi undrar därför om regionen har satt upp någon tidsgräns för projekten, hur de planerar att utvärderas och hur de ska bedömas som framgångsrika.

Rekommendationer

Regionstyrelsen och hälso-och sjukvårdsnämnden bör initiera en uppföljning av vilka effekter som de pågående initiativen, som har gjorts inom ramen för vårdcentralernas förbättringsarbete, har gett.

Inledning

Bakgrund

Regionens förtroendevalda revisorer granskade under år 2017 tillgängligheten inom primärvården i Region Örebro län. Syftet med granskningen var att ge revisorerna underlag för att bedöma om regionstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att uppnå målet om att ha en tillgänglighet till primärvården i enlighet med den nationella vårdgarantin. Sedan granskningen genomfördes 2017 har det även tillkommit en hälso- och sjukvårdsnämnd som tillsammans med regionstyrelsen har ansvar för styrning och uppföljning av tillgänglighet inom primärvården.

2017 års granskning indikerade att det fanns en variation mellan vårdcentralerna som visade på både olika förutsättningar att nå god tillgänglighet, men också på olika sätt att analysera, ta fram åtgärdsplaner och arbeta efter dessa i syfte att förbättra tillgängligheten för patienterna. Granskningen visade också att regionstyrelsen vidtagit en del åtgärder för att nå de nationella målen för tillgänglighet i enlighet med den nationella vårdgarantin. Exempel på åtgärder var att tillse att berörda verksamheter fick tillgång till mätningar, rapportering, stöd och forum för erfarenhetsutbyte.

Sedan granskningen genomfördes år 2017 har den nationella vårdgarantin för primärvården förstärkts. Det som tidigare var 0–7 dagar för en medicinsk bedömning av läkare har nu från och med årsskiftet 2019 blivit 0–3 dagar för en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär ökade krav på primärvården att tillgodose patienternas behov.

Som ett led i revisorernas arbete genomförs uppföljningar av vilka åtgärder som vidtagits efter genomförda granskningar.

I sin revisionsplanering för år 2020 beslutade revisorerna att genomföra en uppföljning av de åtgärder som vidtagits med anledning av revisorernas granskning år 2017 och Regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens arbete därefter.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med uppföljningen var att få en bild av vilka åtgärder som vidtagits och vilken utveckling som skett utifrån 2017 års granskning.

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga: Har regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av den bedömning och de åtgärdsförslag som lämnats i genomförd granskning?

1. Har granskningsresultatet besvarats av regionstyrelsen?
2. Har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen har givit?
3. Har information delgivits ansvarig nämnd avseende granskningen och eventuellt vidtagna åtgärder?
4. Pågår ytterligare aktiviteter som har koppling till granskningsresultatet? Revisionskriterier

De kriterier och de rekommendationer som användes vid den tidigare genomförda granskningen.

Avgränsning

Den tidigare granskningsrapporten utgör avgränsningen. Inga andra frågor besvaras än de som har relevans för den genomförda granskningen.

Metod

Utgångspunkten är revisorernas synpunkter och förslag till åtgärder som lämnats i missivskrivelse och revisionsrapport och det svar som revisionen erhållit.

Inhämtande av lägesbeskrivningar för granskning från ansvariga tjänstemän, inhämtande av kompletterande underlag för granskning och verifiering av genomförda åtgärder och utveckling, samt övrig materialinsamling nödvändig för att fånga statusen för granskningen.

Inom ramen för granskning har intervjuer genomförts med: Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, chef hälsovalsenheten samt controller, områdeschef Väster samt en verksamhetschef och områdeschef Norr samt en verksamhetschef.

Dokumentgranskningen har omfattat relevanta styrande och uppföljande dokument.

Iakttagelser och bedömningar

Granskningen av tillgänglighet i primärvården genomfördes år 2017, och riktade sig då till regionstyrelsen. Sedan granskningen genomfördes har region Örebro läns politiska styrning förändrats i och med införandet av hälso- och sjukvårdsnämnd år 2019. Uppföljning görs med anledning av detta för fråga 1 endast av regionstyrelsen. De övriga frågorna kommer dock att adressera såväl regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden. Regionstyrelsen säkerställer konkurrensneutralitet mellan vårdcentraler i egen regi samt privata genom krav- och kvalitetsboken som är styrande för samtliga vårdcentraler i länet. Med utgångspunkt i verksamhetsplan med budget för år 2020 fastställer respektive närsjukvårdsområde sin verksamhetsplan. Av regionens 29 vårdcentraler bedrivs 25 i egen regi och 4 i privat regi. De 25 vårdcentralerna som drivs i egen regi är en del av de fyra närsjukvårdsområdena (Örebro, Södra, Väster och Norr), och styrs således även via områdenas verksamhetsplaner. För vårdcentraler i egen regi sker därtill en styrning från hälso- och sjukvårdsnämnden.

2.1. Har granskningsresultatet besvarats av Regionstyrelsen?

Iakttagelser

Revisorerna beslöt 2017-06-13 att översända revisionsrapporten till regionstyrelsen med begäran om svar senast 2017-09-01 om vilka åtgärder styrelsen avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen.

Regionstyrelsens svar: Regionstyrelsen inkom 2017-10-19 med ett yttrande som svar på revisorernas skrivelse.

I yttrandet framhålls att regionstyrelsen anser att tillgänglighet inom primärvård är en prioriterad fråga. Regionstyrelsens välkomnar revisorernas rapport som belyser viktiga frågor, och menar att rapporten sammanfattar nuläget och belyser de utmaningar som finns inom primärvården.

Regionstyrelsen menar vidare att den nationella vårdgarantin står inför betydande förändringar i och med den förstärkta vårdgarantin som väntas införas 1 januari 2019 med en professionsneutral vårdgaranti och ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning. De har ställt sig bakom förslag från den statliga utredningen "God och nära vård", och menar att det är viktigt att förbättra tillgängligheten i samklang med den utvecklingen.

Regionstyrelsens svar på hur de kommer att arbeta vidare med rekommendationerna:

Rekommendation 1: *Att mer systematiskt sätt arbeta med att förbättra tillgängligheten för samtliga vårdcentraler, men också minska skillnaderna.*

Rekommendation 2: *Att se över vad det finns för möjligheter att samordna på samtliga nivåer inom vården.*

För de båda rekommendationerna vill regionstyrelsen framhålla den organisationsförändring som innebär att den primärvård som Region Örebro län driver är organiserad i egen regi inom fyra närsjukvårdsområden. En av fördelarna med organisationen är att skillnaderna mellan vårdcentralerna, bland annat när det gäller tillgängligheten, kan minska genom samarbeten. Under sommaren 2017 fanns mer samverkan mellan vårdcentralerna än tidigare somrar. Regionstyrelsen menar på att det är exempel på positiva effekter som organisationsförändringar kan ge på tillgängligheten.

Rekommendation 3: *Att ställa större krav på åtgärder för att förbättra tillgängligheten.*

Regionstyrelsen betonar det arbete som sker inom ramen för verksamhetens utvecklingsarbete. De lyfter fram drop-in mottagningar som har utvecklat tillgängligheten på flera vårdcentraler. De menar vidare att det i verksamhetsplanen för 2017 finns åtgärder för förbättrad tillgänglighet. En särskild vikt ska också läggas vid patientens möjlighet att komma i kontakt med sjukvården samma dag som man upplever ett behov.

Rekommendation 4: *Att påbörja mätning av alla vägar in.*

Regionen kommer att följa de mätningar som sker nationellt för möjligheten till jämförelser.

Rekommendation 5: *Att se över möjligheten att få bättre användning av mobila enheter.*

Lagen om samverkan vid utskrivningsklara patienter och samarbetet mellan region och kommun om utskrivningsklara patienter ska förbättras. Regionstyrelsen bedömer att mobila enheter kommer att vara en viktig del av det samarbetet.

Rekommendation 6: *Utveckla det digitala användandet i olika delar av vården.*

Regionstyrelsen lyfter fram följande initiativ: 1) det finns ett uppdrag att ta fram en plan för vårdbesök via video. 2) Digital vårdcentral inom länet. 3) Slutföra upphandling av ett nytt vårdinformationssystem. Därtill har det gjorts en kvalitetsuppföljning om utnyttjandet av webbtidbokning via 1177.se samt informations och utbildningsinsatser.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågan är: Uppfylld

Vi bedömer att Regionstyrelsen har inkommit med yttrande till revisionen med anledning av revisionens rapport och skrivelser. I yttrandet bedöms det framgå att de ser tillgänglighet som en prioriterad åtgärd och att de kommer arbeta vidare med detta. Det beskrivs att de står bakom den förstärka professionsneutrala vårdgarantin.

I deras yttrande bedöms det finnas relevanta åtgärder för att skapa förutsättningar för en förbättrad tillgänglighet inom primärvården såsom digitala vårdbesök, drop-in mottagning och samverkan mellan vårdcentralerna.

Har åtgärder vidtagits utifrån de rekommendationer granskningen har givit?

Iakttagelser

Avsnittet beskriver vilka åtgärder som har vidtagits utifrån rekommendationer i granskningen 2017 samt även den nationella utvecklingen som skett i syfte att förbättra tillgängligheten inom primärvården. Rekommendation 1) Att mer systematiskt arbeta med att förbättra tillgängligheten för samtliga vårdcentraler, men också minska skillnaderna. 2) Att se över vad det finns för möjligheter att samordna på samtliga samt 6) Utveckla det digitala användandet i olika delar av vården besvaras i den första delen. Därefter besvaras övriga rekommendationer separat.

Regionstyrelsen beslutar årligen om **Krav- och kvalitetsbok Hälsoval Örebro län** som anger uppdragets innehåll, ekonomiska förutsättningar och mål som varje vårdcentral i länet ska uppfylla. Krav- och kvalitetsboken är styrande för alla vårdcentraler inom hälsovalet, vilket innebär att det sker en uppföljning på de delar som finns. Det finns en uppdelning mellan vilka delar som gäller verksamhetsuppföljning samt vilka delar där det är kopplad en prestationsbaserad ersättning till.

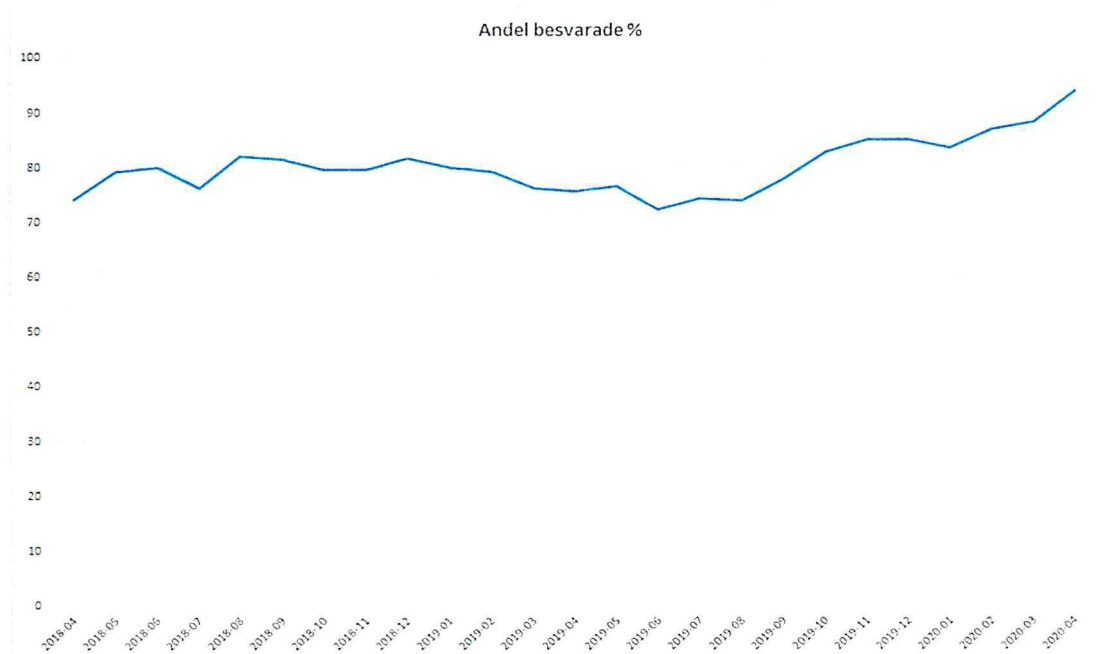
Inför 2019 beslutade regionstyrelsen om följande förändringar och nya målområden i krav- och kvalitetsbok Örebro län för **tillgänglighet:**

- Förstärkt vårdgaranti, 3 dagar för bedömning

- Drop-in mottagning
- E-bokning
- Digitala återbesök påbörjas

Tillgänglighet: Det finns ett mål om att 90 procent av patienterna ska komma i kontakt med sin vårdcentral samma dag. Detta målet mäts och följs upp varje månad av hälsovalsenheten, och kommuniceras till respektive vårdcentral. Månadsuppföljning görs också inom ramen för hälso- och sjukvårdsförvaltningens "årshjul" av respektive område. Vid granskningen år 2017 indikerade mätningarna av tillgängligheten till telefoni och läkare att det var en skillnad mellan vårdcentralerna. Av årsrapport hälsoval 2019 framgår att primärvården som helhet inte uppnått målet för telefontillgängligheten under 2019. Medelvärde för året är 78 procent. 2018 var medelvärdet 79 procent. Det är en stor variation mellan vårdcentralerna avseende telefontillgängligheten, där 13 vårdcentraler klarar målet (90 procent tillgänglighet på telefon samma dag) och 4 vårdcentraler ligger på en låg nivå mellan 38 procent och 54 procent tillgänglighet.

Vi har även tagit del av statistik från hälsovalsenheten som visar de första fyra månaderna 2020. Statistiken visar att antalet besvarade samtal har ökat under årets första fyra månader 2020. Enligt de intervjuade finns såväl ett gediget arbete med att bemanna telefoni efter patienternas sökmönster som att prioritera telefoni i och med pågående pandemi Covid-19. Enligt de intervjuade är det extra viktigt att vara tillgänglig för patienter med misstänkt symptom eller med oro kopplat till exempelvis att tillhöra en riskgrupp i tillägg till det vanliga inflödet av patienter.



Figur 1: Tillgänglighet till telefoni samtliga vårdcentraler från Hälsovalsenheten.

Tillgängligheten till besök är inte direkt jämförbar med 2017 års granskning när såväl tid till besök (2017 7 dagar och 2020 3 dagar) har ändrats samt att det inte längre enbart är läkarbesök som mäts. Mätning från väntetider i vården visar att Region Örebro Län under mars månad har en tillgänglighet på 85 procent i förhållande till rikets 80 procent. Det kan

dock ses en skillnad mellan tillgängligheten till såväl olika vårdcentraler som olika kompetenser. Enligt de intervjuade beror detta delvis på att andra kategorier förutom läkare numera anger diagnos- och åtgärds-koder.

Förstärkt vårdgaranti: Förändringar i lagstiftning såsom förändring i den nationella vårdgarantin ställer krav på att vårdcentralerna anpassar sin verksamhet. Från och med 1 januari 2019 trädde en nationell lag om utökad vårdgaranti i kraft som fastställer att patienterna ska erbjudas medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården vid nya eller förvärrade besvär. Garantin gäller samtliga legitimerade yrkesgrupper inom primärvården. Vårdgarantin gör det möjligt att följa upp alla patientkontakter som sker i primärvården, oavsett yrkeskategori och form av kontakt/besök. Med den nya utökade uppföljningen kommer den nationella uppföljningen av vårdgarantin inom primärvård att utökas till att vara månatlig för besök.

Webbtidbokning: I granskningen från år 2017 framkom att verksamheterna var i startgroparna för att införa webbtidbokning. Av verksamhetsplan med budget för år 2020 och planeringsförutsättningar för 2021–2022 framgår att möjligheten att använda webbtidbokning ska öka. Minst 30 procent av primärvårdens nybesökstider ska vara möjliga att boka via webbtidboken.

Granskningen 2020 visar att webbtidbokning fortfarande inte är implementerad på bred front. Försök har gjorts på ett flertal vårdcentraler, men utmaningarna från 2017 upplevs finnas kvar. Utmaningen med dagens system för webbtidbokning uppges vara att det saknas en tydlig triagering. De intervjuade menar att det fortfarande finns en osäkerhet kring att patienterna bokar besök till fel kompetenskategori. Målet har tagits bort från krav- och kvalitetsboken då måttet upplevdes vara svårt att utvärdera/mäta, men enligt hälsovals-enheten en rimlig målsättning. I krav- och kvalitetsboken anges därför istället att minst en yrkeskategori ska erbjuda nybesökstider som är möjliga att webbtidboka.

Drop-in-mottagning: Det är numera ett politiskt mål att samtliga vårdcentraler ska erbjuda drop-in mottagning. De intervjuade beskriver att drop-in mottagningar används i syfte att förbättra tillgängligheten, men också att stärka den jämlika vården och möta patientens olika behov inom olika patientgrupper. Det arbetet har avstannat i och med pågående pandemi, men väntas upptas igen vid ett normalläge.

Flexitid och bemanning: Enligt de intervjuade sker ett arbete med att förbättra tillgängligheten i telefoni och till besök framförallt på områdesnivå. Vårdcentraler med samma områdeschef försöker arbeta på ett likartat sätt. De intervjuade menar att det gäller att arbeta aktivt med att planera bemanningen efter inflödet under veckan, och där det är störst tryck i början på veckan.

Enligt de intervjuade arbetar respektive område för att förbättra och upprätta tillgängligheten samt minska skillnaderna inom området. De ger som exempel att de täcker upp för de vårdcentraler som har sjukskrivningar eller svårt att rekrytera genom att besvara varandras samtal i telefonrådgivningen, dela tidbok samt att erbjuda akuttider om någon av vårdcentralerna har lediga tider kvar. De menar att det är ett sätt att både se till att tillgängligheten till områdets samtliga vårdcentraler ligger på en acceptabel nivå i linje med uppsatta mål, men också att samordna mellan vårdcentralerna.

Digitala återbesök: Det har de senaste åren varit en uttalad ambition att påbörja digitala besök via video. De intervjuade beskriver att det har varit ett relativt långsamt arbete, men att det har fått fart i och med pågående pandemi. Medarbetarna har sett ett stort värde av att komplettera de traditionella besöken med digitala bland annat för riskgrupper som nu inte nödvändigtvis behöver besöka vårdcentralerna för ett uppföljningsbesök. Det pågår ett arbete med att utreda förutsättningarna för en digital mottagning.

Utbildning i diagnos- och åtgärdskodning: Lagförändringen ställer krav på diagnos- och åtgärdskodning av fler yrkeskategorier än tidigare då detta endast innefattade läkare. Hälsovalsenheten har anordnat flera utbildningar i diagnos- och åtgärdskodning i syfte att säkerställa att alla legitimerade har tillräcklig kunskap. Utbildningsinsatserna har genomförts för att säkerställa att tillgänglighetssiffrorna stämmer överens med vårdcentralens verkliga situation. Kompletterande utbildningar har gjorts på områdesnivå.

Rekommendation 3: *Att ställa större krav på åtgärder för att förbättra tillgängligheten.*

Vid bristfällig måluppfyllelse hos en vårdcentral följs detta upp kontinuerligt av verksamhetschef och områdeschef. Hälsovalsenheten har även särskilda uppföljningar, vilket innebär att hälsovalsenheten träffar vårdcentraler med bristfällig måluppfyllelse. För att uppnå bättre resultat tar hälsovalsenheten, tillsammans med berörd vårdcentral, fram handlingsplaner som beskriver arbetet framåt.

Enligt intervjuer med hälsovalsenheten har ett arbete pågått under en tid med anledning av att 4 vårdcentraler inte klarat att uppfylla kraven på telefontillgänglighet. Vårdcentralerna har fått i uppdrag att ta fram en särskild åtgärdsplan som begärts in, vilken beskriver vilka åtgärder som planeras för att uppfylla kraven. För tre av vårdcentralerna ses tydliga förbättringar i telefontillgängligheten under sista kvartalet 2019. En av vårdcentralerna har fortsatt problem, och följs kontinuerligt.

Rekommendation 4: *Att påbörja mätning av alla vägar in.*

Det sker en uppföljning av den nationella vårdgarantin för telefoni och besök. Mätning sker varje månad för DSM-telefon (telefon som bemannas av distriktssköterska och för rådgivning och tidsbokning).

Rekommendation 5: *Att se över möjligheten att få bättre användning av mobila enheter.*

Utifrån Hälso- och sjukvårdens handlingsplan för en ekonomi i balans fattades politiskt beslut om att inte bedriva mobil distriktssköterskemottagning efter år 2019 i den form som skedde vid granskningen 2017. Enligt de intervjuade var inte kostnadseffektivt samt att det fanns en begränsning kopplat till hygienfaktorer. Dock menar de intervjuade att finns ett behov att se över var invånarna kan få sina vaccinationer mot exempelvis TBE i fortsättningen. Istället för det mobila teamet i 2017 års granskning finns istället ett flertal mobila team inom de olika områdena. De utgår dock från specialiserad vård och arbetar exempelvis med rehabilitering efter stroke och palliativt team.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågan är: Delvis uppfylld

Vi bedömer att det utifrån revisorernas granskning från år 2017 har vidtagits åtgärder inom tillgänglighet till telefoni och besök. Det sker en uppföljning av tillgänglighet till telefoni varje månad. Resultatet varierar över tid, och skillnaden mellan vårdcentralerna kvarstår.

Det är svårt att få ett jämförbart resultat till besök. Det sker ett utbildningsarbete för att säkerställa att all legitimerad personal och kuratorer har förutsättningar att diagnos- och åtgärdskodning på ett korrekt vis.

Granskningen indikerar att det finns ett fortsatt behov av fokusering kring att nå målet om att 30% av alla besök ska bokas via webbtidbokning samt digitala vårdbesök.

Vi ser dock att de gemensamma aktiviteterna såsom webbtidbokning, digitala besök och återbesök, drop- in mottagning kan skapa förutsättningar att förbättra tillgängligheten och i syfte att möta den "nära vården".

Har information delgivits ansvarig nämnd avseende granskningen och eventuellt vidtagna åtgärder?

lakttagelser

Tillgängligheten inom primärvården är ett område som följs noggrant av såväl regionstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden och där den nationella vårdgarantin och jämförelsen till riket ger en god vägledning. Tillgänglighetsfrågor är en återkommande fråga på såväl styrelse som nämndmöte. Regionstyrelsen följer tillgängligheten inom primärvården genom de månadsrapporter som redovisas till ledning och politik. Tillgänglighet står högt på agendan, och rapporteras månadsvis med en fördjupad beskrivning under delår samt årsredovisning. Vid sämre tillgänglighet på någon vårdcentral kan regionstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsnämnden be om en analys avseende bristen på tillgänglighet och återkoppling kring vilka åtgärder som vidtas.

I och med arbetet med att stärka den nära vården har en beredning för nära vård bildats. Beredning för närsjukvård är beredningsorgan till hälso- och sjukvårdsnämnden. Beredningen har inte något beslutsmandat, utöver budgeten för den egna verksamheten. Syftet med beredningen är att stödja och bistå nämnden, förbättra/möjliggöra kunskapsfördjupning samt skapa ökad tillgänglighet till politiken för medborgare och andra aktörer. Beredning till nära vård har möten varannan månad. Närsjukvårdsområdescheferna gör en gemensam rapportering i beredning och dialog med politiker. Enligt de intervjuade följs samma indikatorer upp för att skapa en möjlighet till jämförelser samt att det sker en uppföljning av olika tema/områden som kan variera från gång till gång. Rapportering till nämnden görs av biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör och områdeschefer bjuds in om det är någon specifik fråga som ska behandlas gällande området. Därtill sker månatliga uppföljning avseende tillgänglighet i respektive närsjukvårdsområde och i hälso- och sjukvårdsförvaltningen kopplat till det så kallade "Årshjulet". På samma sätt sker även en uppföljning av tillgänglighet och produktion i samband med de månatliga ekonomiska uppföljningarna både i respektive närsjukvårdsområde samt inom HS-förvaltningen gemensamt.

Bedömning

Vi bedömer att revisionsfrågan är: Uppfylld

Vi bedömer att regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har fått rapportering med anledning av uppdrag och åtgärder.

Vi bedömer att det till övervägande del sker en strukturerad uppföljning och rapportering av resultat av de aktiviteter som pågår både med anledning av granskningen samt det arbete som pågår nationellt och regionalt kopplat till tillgänglighet i primärvården. Uppföljning av tillgängligheten har stärkts i och med den förstärkta nationella vårdgarantin. Region Örebro län arbetar med uppföljning för både på kvantitativa och kvalitativa delar av tillgängligheten. Det sker uppföljning via Hälsoval Region Örebro län för alla vårdcentraler samt för respektive område som är regionens vårdcentraler i egen regi via "årshjulet" samt gemensamt inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Pågår ytterligare aktiviteter som har koppling till granskningsresultatet?

lakttagelser

Vårdcentralerna inom Region Örebro län arbetar med en rad insatser i syfte att förbättra och upprätthålla tillgängligheten. Det finns dock ingen samlad beskrivning över vilka vårdcentraler som genomför respektive insats. Beskrivning görs inom ramen för Årsrapport Hälsoval 2019 uppföljning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, delår verksamhetsplan, och uppföljning för Region Örebro län vårdcentraler i egen regi.

Från intervjuer med tjänstemän centralt inom regionen, verksamhetsplaner, uppföljning, protokollgranskning och digitala planer lyfts följande initiativ fram: