

# Regionfullmäktigeuppdrag

Utveckla samspelet mellan sjukhusvården och primärvården i syfte att stödja omställningen till nära vård.

# Innehåll

<b>Utveckla samspelet mellan sjukhusvården och primärvården i syfte att stödja omställningen till nära vård.</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>3</b>
<b>1. Tydliggöra roller och uppdrag för samsyn mellan vårdnivåer</b>	<b>6</b>
Mål	6
Aktiviteter	6
Analys	6
Med Primärvården som nav för västerbottningen	8
Rekommendation	9
<b>2. Klargöra hur utvecklingsområden samordnas i syfte att optimera flöden för personcentrerade arbetssätt</b>	<b>10</b>
Mål	10
Aktiviteter	10
Analys	10
Rekommendation	16
<b>3. Identifiera åtgärder som utvecklar beställning, ersättningsmodell och uppföljning i enlighet med primärvårdsuppdraget</b>	<b>17</b>
Mål	17
Aktiviteter	17
Analys gällande uppdrag och regler	20
Rekommendationer gällande uppdrag och regler för hälsoval primärvård	23
Analys gällande ersättningsmodell	24
Rekommendationer gällande ersättningsmodell för hälsoval primärvård	27
Analys gällande uppföljningsplan	28
Rekommendationer gällande uppföljningsplan för hälsoval primärvård	29
<b>Sammanfattning</b>	<b>30</b>

## Bakgrund

Fullmäktige har gett de tre nämnderna, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och regionala utvecklingsnämnden, sex uppdrag med olika inriktning i syfte att minska regionens kostnader och säkerställa att vi når uppsatta mål.

Uppdraget som handlar om att utveckla samspelet mellan sjukhusvården och primärvården är en fortsättning på den genomlysning av primärvården som genomfördes under 2023. Det har riktats både till Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden och baseras på den analys och de förslag som genomlysningen resulterade i.

Västerbottens mål för Hälso- och sjukvården är att den ska vara nära, tillgänglig och personcenterad i hela länet. Vården ska levereras jämlikt och jämställt, samt vara av hög kvalitet. Den vägledande principen i hälso- och sjukvården är att vård ska ges efter behov och denna princip ska även gälla inom primärvårdens hälsoval.

Utöver målsättningar och principer har en regional färdplan för nära vårdomställningen fastställts av fullmäktige i Region Västerbotten och länets 15 kommuner. Färdplanen är ett övergripande strategi och styrdokument för beslutsfattare, ledning och styrning. Färdplanen behöver bli en del av respektive huvudmans ordinarie process för planering, genomförande och uppföljning. Den behöver också kompletteras med konkreta handlingsplaner både för det arbete som sker i samverkan och för internt arbete inom regionen och kommunerna.

Uppföljning av primärvården visar på flera utmaningar:

- Hälsocentralerna har över lag svårt att upprätthålla önskad nivå på tillgänglighet för Västerbottens invånare. Det finns även relativt stora skillnader mellan olika hälsocentraler.
- Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet får i stor utsträckning ge vika för det mer brådskande (och uppdämda).
- Ersättningsmodellen och uppföljningsplan för hälsoval primärvård stödjer inte fullt ut en förflyttning mot nära vård och nya arbetssätt.

Bilden av att kompetensförsörjningen är svår tillkommer och det påverkar möjligheten att bibehålla kontinuitet samt att genomföra uppdraget i sin helhet. Nära vård-omställningen är initierad såväl i Västerbotten, som i resten av landet, med utgångspunkt från propositionen "Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform 2019:20/164", i vilken primärvården pekas ut som nav i omflyttningen. Denna omställning ger möjligheter för primärvården men ställer också nya krav på hälsocentralerna att hantera. Uppdraget enligt beställningen till hälsocentralerna har inte förändrats nämnvärt de senaste åren, och speglar därmed inte helt den aktuella utvecklingen som sker.

Utifrån denna bakgrund genomfördes således nämnt FM uppdrag 2023 i form av en genomlysning av styrning och drift vilket resulterade i ett antal åtgärder (se bild) där uppdraget för 2024 tar vid.

## Arbetsprocess – föreslagna målbilder och åtgärder



Fokus för uppdraget 2024 är att utveckla samspelet mellan sjukhusvård och primärvård i syfte att stödja omställningen till nära vård genom att:

- Tydliggöra roller och uppdrag inom primärvården.
- Klargöra hur utvecklingsområden samordnas i syfte att optimera flöden för personcentrerade arbetssätt.
- Identifiera åtgärder som utvecklar beställning, ersättningsmodell och uppföljning i enlighet med primärvårdsuppdraget.

Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden har olika roller inom Region Västerbotten, Regionstyrelsen är beställare av primärvård och Hälso- och sjukvårdsnämnden är utförare. Styrningen av primärvården kommer således från två olika nämnder. Regionstyrelsen styr indirekt genom beställningens omfattning och inriktning och Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att styra driften för leverans i enlighet med beställningen. Utvecklingsfrågor kring driften hanteras därför av Hälso- och sjukvårdsnämnden och dess förvaltning. Utveckling av styrningsfrågor gällande primärvården ansvarar Regionstyrelsen för.

### Uppdragsorganisation

**Uppdragsägare:** Elisabeth Karlsson, Hälso-och sjukvårdsdirektör/Isabell Zembrén, Områdeschef Närsjukvårdsområde södra Lappland.

**Uppdragsledare:** Erika From, samordnare för samverkan nära vård södra Lappland

**Uppdragsmedlemmar:** Markus Kärnebro (Strateg beställarenheten), Gunilla Larsson (Strateg Nära vård), Åsa Nordlund (strateg NSVOU), Monica Wahlström (chef FoU socialtjänst Västerbotten), Mai-Greth Abramsson (Strateg NSVOSL), Ejja Häman Aktell (Strateg NSVOS), Per Sehlin (controller). I delar för samstämmig styrning samspelar arbetet med länsamverkansgruppens utsedda deltagare i utvecklandet av en gemensam plan för primärvården. Pernilla Ahlström (socialchef Lycksele), Ann-Gärd Töyre (MAS Umeå), Britta Edström och Katarina Lindahl (länskoordinatorer Nära vård).

**Mottagare av resultatet:** Uppdragsägare

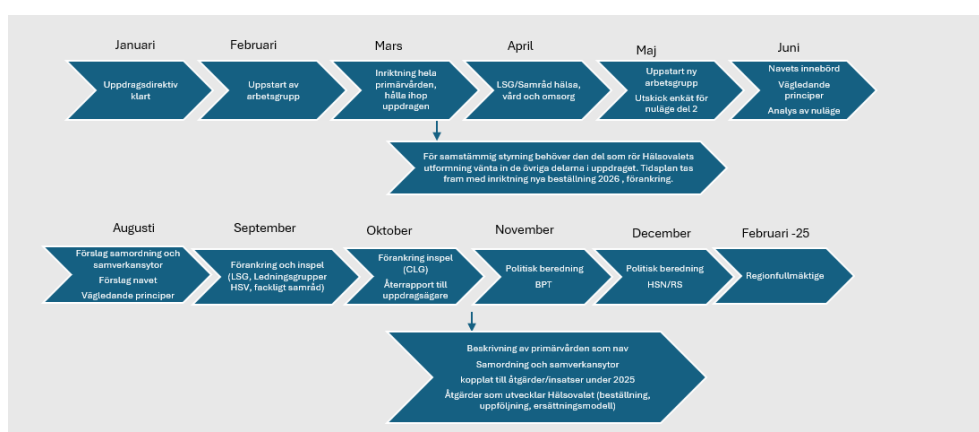
**Övriga intressenter:** Interna resurser i linjen samt kommunrepresentanter för dialog kring analys och åtgärder, Länsamverkansgruppen och beredningsgrupper, patienter/patientföreträdare.

## Genomförande

Nedan presenteras en överblick över genomförandeprocessen. Kontinuerlig återkoppling har skett till uppdragsägaren under processen där justering av delar i uppdragets genomförande inneburit att uppdraget inte kommer att levereras i sin helhet enligt uppdragsdirektivet. Under uppstarts arbetet uppmärksammades att två uppdrag rörande primärvården beslutats att genomföras under året, ett från länsamverkansgruppen (LSG) och det andra från regionens fullmäktige (RF).

- Gemensam plan för primärvården (LSG)
- Utveckla samspelet mellan sjukhusvård och primärvård i syfte att stödja omställningen till nära vård (RF).

De delar som behöver samspela är beskrivningen av primärvården som nav och de vägledande principer och målbilder som ska leda framåt. Länsamverkansgruppen utsåg därför representation från kommunerna att ingå i arbetet med fullmäktigeuppdraget.



Under processens gång har arbetets framdrift lyfts i beredningen för primärvård och tandvård, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, länsamverkansgrupp, fackligt samråd och regionintern länsgrupp för nära vård.

De förslag som arbetats fram har under september månad lyfts i LSG. Där togs beslut om att stå bakom beskrivningen av navet och vägledande principer i samverkan. Utöver det har även inspel inhämtats från ledningsgrupper i hälso- och sjukvården - Närsjukvårdsområde södra Lappland, Närsjukvårdsområde Skellefteå och Ledningsgrupp för LSO 1+2, Närsjukvårdsområde Umeå samt fackliga samråd. Samråd med brukarorganisation och slutligen information till LSG rörande rekommendationer ges under november månad innan politisk beredning påbörjas.

21 okt	Info CLG
30 okt	Rapport till uppdragsägare enl. uppdragsdirektiv
30 okt – 11 nov	Remissrunda (CLG, HSLG, LSG)
15 nov	Stoppdatum politisk beredning
15 nov	Länsamverkansgruppen del 2
29 nov	Beredning för primärvård och tandvård
12 dec	Hälso- och sjukvårdsnämnden
17 dec	Regionstyrelsen
25 feb	Region fullmäktige

## 1. Tydliggöra roller och uppdrag för samsyn mellan vårdnivåer

### Mål

Roller och uppdrag inom primärvården är tydliggjorda. Primärvårdens roll som nav är tydliggjord och kopplad mot uppdrag och regler för Hälsovalet.

### Aktiviteter

- 1) Ta fram ett förtydligande rörande innebörden av navet med utgångspunkt från exempelvis aktuell lagstiftning, överenskommelser, målbilder, färdplaner och omvärldsbevakning. Förtydligandet bör beskriva;
  - Vilka uppdrag som är centrala och vilka behov som styr.
  - Koppling/roll till övriga hälso- och sjukvården.
  - Aktiviteter som stärker primärvårdens roll som det beskrivna navet.

### Analys

Eftersom primärvårdens uppdrag delas av såväl Regionen som länets kommuner var arbetsgruppens ingång att en huvudman inte kan påbörja ett arbete med att förtydliga navets innebörd utan övriga huvudmäns deltagande. I den samägda frågan behöver huvudmännen tillsammans jobba fram navets centrala delar och vilka åtgärder som kan vidtas för fortsatt arbete.

Som utgångspunkt i arbetet stödjer vi oss på följande fyra delar som utgör den röda tråden för att förtydliga och beskriva primärvården som nav i Västerbotten.

#### *Färdplan för nära vård 2030*

I Västerbotten finns en etablerad samverkanstruktur mellan regionen och länets kommuner med en gemensam fastställd framtidsbild och färdplan för omställningen till Nära vård. Framtidsbilden - *Hälsa, vård, omsorg och stöd med dig, nära dig*, tar utgångspunkt i västerbottningens perspektiv. Det beskrivs hur invånarna ska uppleva vården och omsorgen i länet och vilket fokus den gemensamma samverkan ska ha; trygghet, tillgänglighet och tillsammans.

#### **Trygghet**

Jag känner mig trygg med att jag enkelt får hjälp och stöd när jag behöver och får förutsättningar att klara mig själv. Jag och alla parter samarbetar, vilket skapar kontinuitet och trygghet för mig. Jag fårett gott bemötande och upplever engagemang i det vi gör tillsammans.

#### **Tillgänglighet**

Jag vet vem jag ska kontakta, eller får hjälp att ta den kontakt som behövs. Jag blir inte hänvisad runt och jag kan välja mellan olika kontaktvägar beroende på vad som passar mig. Jag kan ha möten digitalt när det går och fysiskt när det krävs. För mig är vården en jämlik tjänst som är proaktiv och hälsofrämjande.

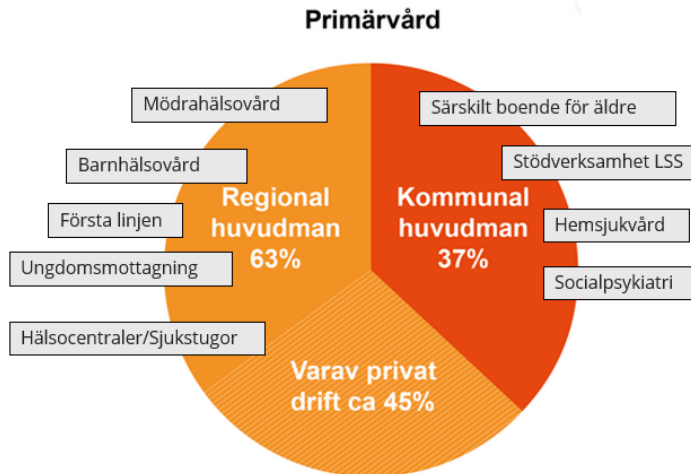
#### **Tillsammans**

Jag möts av människor som är intresserade av mig som person. Utifrån mina behov skapar vi tillsammans bra förutsättningar för min hälsa. Jag märker aldrig av gränserna mellan olika aktörer eftersom samverkan och kommunikation fungerar bra.

Färdplan Nära vård 2030

### *Primärvården – två huvudmän med samma uppdrag men inom olika verksamhetsområden*

Grunden är att huvudmännen tar ansvar för primärvårdsuppdraget inom sina verksamhetsområden. Men lika viktigt är att tillsammans med andra vårdaktörer ta ansvar för sitt steg, återkoppla till steget före och underlätta för steget efter.



Exempel på verksamhetsområden och andelen primärvård som utförs av huvudmännen.

### *Primärvårdens grunduppdrag*

1 juli 2021 beslutade regeringen om ett nationellt primärvårdsuppdrag som gäller för kommuner och regioner. Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

*Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (HSL 2017:30, 2 kap §6).*

Primärvårdens grunduppdrag (HSL 2017:30, 13 a kap/SFS 2023:37):

1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
  2. se till att vården är lätt tillgänglig,
  3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
  4. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
  5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
  6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.
- Lag (2023:37).*

### *Vägledande principer i samverkan*

Vägledande principer är hjälpsamma för att navigera genom komplexa och föränderliga miljöer och ger en tydlig förståelse för vad som är viktigt och hur man bör agera tillsammans. Principerna fungerar som en stabil grund inom flera olika områden och är vägledande i vårt förhållningssätt i samverkan.

I Västerbotten använder vi oss av dessa vägledande principer:

- Vi gör det för och med Västerbottningen
- Vi gör det tillsammans
- Vi tar ansvar för eget arbete, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter
- Vi ger rätt insats, i rätt tid och på rätt plats

### **Med Primärvården som nav för västerbottningen**

Beskrivningen av navet gäller för hela primärvården, där grunden är att huvudmännen tar ansvar för uppdraget inom sina verksamhetsområden.

Ett av målen med nära vård-omställningen är att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och samspela med annan specialiserad hälso- och sjukvård, socialtjänst, omsorg, elevhälsa och skolverksamhet, oavsett utförare. Den ska finnas nära västerbottningen och skapa förutsättningar för god hälsa för såväl barn och unga som vuxna och äldre. I de fall flera vårdaktörer är aktiva i patientens vård så bör sjukhusvården ses som ett komplement till primärvård, som fortsatt har ansvar för sin del av vården. Den specialiserade vården bidrar med kunskap om den specifika behandlingen och primärvården bidrar med kunskap om patientens helhetssituation vilket stödjer kloka prioriteringar och största möjliga livskvalitet för patienten.

Primärvården som nav innebär i Västerbotten en integrerad, personcenterad och sammanhållande vårdnivå som möter behoven hos västerbottningen som helhet. Sex centrala delar för att verka som nav;

#### *Första kontaktpunkt*

Genom att vara den vårdnivå som är nära och tillgänglig för västerbottningen blir primärvården den första naturliga kontaktytan när olika vanligt förekommande vårdbehov uppstår. Kan primärvården åtgärda behoven själv eller med hjälp av annan kompetens/resurs så görs det på plats, om inte hjälper primärvården med kontakten till annan vårdnivå.

#### *Fokus på prevention, hälsa och rehab/habilitering*

Genom att erbjuda förebyggande och hälsofrämjande insatser spelar primärvården en nyckelroll i att främja hälsa och förebygga sjukdomar i samhället.

Rehab/habiliterande insatser är en viktig del i de hälsofrämjande insatserna och kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art.

#### *Kontinuitet och långsiktiga relationer*

Genom att erbjuda kontinuitet och långsiktiga relationer som tar hänsyn till behov och önskemål över tid skapas trygghet och tillit för personen och dess anhöriga.

#### *Bestående funktionsnedsättning eller sjukdom*

Genom att erbjuda kontinuerlig uppföljning, medicinsk behandling och tidiga proaktiva insatser bibehålls eller stärks hälsan. Tvärprofessionella team eller



arbetsätt, inom den egna verksamheten eller tillsammans med andra vårdaktörer, ger goda förutsättningar.

### Samordning av insatser

Genom att samordna insatser när behovet finns, tillsammans med personen och dess anhöriga möjliggörs en sammanhållen vård och omsorgskedja.

### Evidensbaserad vård och omsorg

Genom att arbeta evidensbaserat utifrån den bästa tillgängliga kunskapen, den professionella expertisen och personens situation, erfarenhet och önskemål (personcentrerat).

En gemensam plan för primärvård i ett nära vårdperspektiv bygger på djupgående dialog gällande samsyn och samverkan där ovanstående utgångspunkter kan leda arbetet framåt. LSG har initierat detta arbete och planen ska syfta till gemensam inriktning avseende den regionfinansierade och den kommunala primärvården. Då en gemensam plan utifrån befolkningens behov inte bör begränsas till en enskild primärvårdsfråga kan det vara viktigt att vidare arbeta för att inkludera samspelet med den specialiserade hälso- och sjukvården. För de olika huvudmännen behöver verksamhet och ledning tillsammans ha dialog om behov och åtgärder och hur prioriteringar ska göras. LSG har fattat beslut om en gemensam beskrivning av primärvården som nav och dess vägledande principer. För den regionfinansierade primärvården kan samma utgångspunkt vara ramen avseende hälsovalet och leda till ökad samstämmig styrning såväl internt som vid samverkan.

### Rekommendation

- Anta beskrivningen av primärvården som nav i Västerbotten.
- Anta de vägledande principerna vid samverkan
- LSG har ett uppdrag att utforma en gemensam plan för primärvården. Den gemensamma färdplanen och dess strategier ska vara vägledande, liksom verksamheternas behov och gemensamma prioriteringar. En nära samverkan föreslås i den fortsatta processen, avseende arbetet med den gemensamma primärvårdsplanen



## 2. Klargöra hur utvecklingsområden samordnas i syfte att optimera flöden för personcentrerade arbetssätt

### Mål

Samordning av utvecklingsområden är tydlig och sker i högre grad för optimering av flöden för personcentrerade arbetssätt. Samverkansytor finns mellan berörda vårdnivåer och verksamhetsområden för samsyn i hantering av patientflöden.

### Aktiviteter

- 1) Nulägesbild - Kartläggning av samverkansgrupperingar mellan vårdnivåer, planerade eller pågående utvecklingsområden/flödesförbättringar och samordning.
- 2) Analys av kartläggning och rekommendationer kring samordning och samverkansytor rörande utvecklingsområden och flödesförbättringar.

### Analys

Kartläggning av nuläge genomfördes via enkätutskick som gick ut brett inom regionens verksamheter inom närsjukvårdsområdena, länssjukvårdsområdena och privata vårdgivare samt till samtliga 15 kommuner med uppmaningen att delta och ta inspel från verksamheterna i svaren.

Total svarsfrekvens 61 % fördelat enligt nedan.

Kommunerna 12 av 15 (80%)

God fördelning i samtliga närsjukvårdsområden.

Regionen 28 av 51 verksamheter (55%)

- NSVO Umeå 54%  
Geriatriskt centrum, medicinskt centrum, akutmottagning, vuxen psykiatri, HC interna/privata samt länsövergripande primärvårdsverksamheter.
- NSVO Skellefteå 55%  
Medicinskt och geriatrisk klinik, rehab centrum, akutmottagning, vuxen psykiatri, 1177 vårdguiden, HC
- NSVO södra Lappland 50%  
Medicin/rehabkliniken, vuxen psykiatri, HC interna/privat, sjukstugor
- LSO 1 50%  
Cancercentrum, laboratoriemedicin, kirurgicentrum, centrum för obstetrik och gynekologi, bild och funktions medicin
- LSO 2 83%  
Hjärtcentrum, rörelseorganens centrum, centrum för AN7op/IVA, neuro- huvudhalscentrum, ögonkliniken, hand och plastikkirurgisk klinik, Kirurgiskt centrum SL (inkl. akutmottagning)

### Nuläge

Sammanställningen visar på att det pågår många initiativ, både stora och små, men det finns en tydlig brist på samordning. Utvecklingsarbeten drivs och samordnas ofta av chefer som ser en utmaning med en tydlig översikt över vad som görs och vem som äger de olika frågorna och det försvårar att prioritera och skapa synergier, det är utmanande att få ett helhetsperspektiv.

*”Resurs saknas för sådan samordning hos oss på kliniknivå, hamnar därför ofta i kläm och blir prioriterat lägre pga. av annat som oväntat dyker upp som är viktigare i stunden. Hade varit väldigt bra med resurs som inte ligger på chefsnivå (VC, AC) då alla dessa roller har så oerhört mycket annat på sitt bord. till exempel en verksamhetsutvecklare eller dyl.”*

Det finns många parallella system och samverkansgrupper, vilket kan försvåra en enhetlig strategi. Översikten eller kunskapen över vilka frågor som ska lyftas var och till vem är bitvis bristfällig, vilket gör det oklart vem som ansvarar för vad. Spridning och uppföljning av insatser upplevs inte som en starka sida, vilket ytterligare komplicerar situationen.

*”Det vi ibland upplever i projekt och utvecklingsarbeten, i de fall då vi är deltagare tillsammans med andra verksamheter, är en brist i styrning och ledning. Projektets framdrift hindras på grund av att det saknas vägledning/styrning vid målkonflikter och det finns ingen som har mandat att ta beslut. Det förekommer alltför ofta att parallella projekt pågår utan att man känner till varandras existens. Det finns hur många exempel som helst på hur flera vårdverksamheter samtidigt och tyvärr utan kännedom om varandra tar fram nära nog identiska vårdmodeller, processer, manualer, lathundar. Som ett första steg på väg mot samordning borde alltid alla utvecklingsarbeten vara kända av alla”.*

*”Det bör tydliggöras vart man vänder sig för samverkan som gäller hela primärvården i länet. Är det MLA rådet som har det uppdraget?”*

På lokal nivå fungerar samverkan generellt sätt bättre, medan samverkan på länsnivå ofta upplevs mer strulig med motstridiga strukturer. Skillnaderna mellan länsområdena, där det kan vara enklare i södra Lappland och Skellefteå jämfört med Umeå området och NUS, skapar ytterligare utmaningar.

*”Som verksamhet i NSVU har vi bara kontakt med primärvården i Umeåområde. Vi har mycket lite samverkan med primärvården i NSV Skellefteå och NSV Södra Lappland”*

*”Det är en utmaning i små kommuner att utveckla samverkansytor mellan primärvård och specialiserad vård”*

Det framgår också att samverkan och samordning är mer utvecklad inom primärvården än mellan sjukhusvård och primärvård. Samsynen kring nära vård omställning upplevs inte som gemensam, vilket försvårar implementeringen av enhetliga lösningar. För att säkerställa att utveckling av vårdflöden sker personcentrerat är det nödvändigt att förbättra kunskapsläget och samsynen kring omställningen till nära vård och vad personcentrerade arbetssätt innebär. En gemensam förståelse och enighet är grundläggande för att skapa en koordinerad och effektiv vård som möter västerbottnings behov.

*”Kommunerna och regionen har inte riktigt samma bild av god och nära vård. Delar av regionens uppdrag förväntas tas över av kommunerna och det kan man göra om man är överens men det är inte kommunens upplevelse. Just nu känns det som att när regionens pengar är slut får kommunerna ta vid. Vi behöver jobba personcentrerat och patientsäkert och det ska gagna den enskilde västerbottningen”*

*”Det som sker idag innebär mer arbete i PV men vi tar aldrig bort något så kvaliteten sjunker, svårare att klara tillgänglighet och inte minst de kroniker vi har som vi borde ta hand om bättre för att förhindra försämring”*

*”Det förekommer hela tiden överföringar från slutenvård till primärvård, allt från mer avancerade omläggningar till (för) tidigt utskrivna svårt sjuka patienter på korttids. Det finns ingen sammanhållen styrning av detta, vilka konsekvenser det får”.*

Analysen av nuläget landar i att en tydligare samordning på länsnivå är en möjliggörare, särskilt eftersom samarbetet på lokal och länsdelsnivå generellt fungerar bättre. Det för att skapa en mer enhetlig struktur för utvecklingsarbeten och vårdflöden, vilket skulle bidra till att minska parallella spår och förvirring.

Att skapa fler samverkansytor tror vi inte är lösningen utan i stället förfina, slå ihop, i vissa fall förtydliga och påminna om befintliga ytor. Det skulle effektivisera processerna och göra det lättare att navigera i systemet.

#### Gemensamma samverkansytor

Nedan beskrivs, i korthet, de två gemensamma samverkansytor på länsnivå med stark koppling vidare till lokal nivå, som bedöms bäst svara upp mot behoven.

#### Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap i varje patientmöte. Styrningen bygger på att ständigt utvärdera och lära för att kontinuerligt kunna förbättra. Viktiga delar i strukturen är kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till styrning och ledning.

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet har Sveriges regioner etablerat ett nationellt sammanhållet system för kunskapsstyrning där samverkan med landets kommuner är en viktig del. Inom nationella kunskapsstyrningsstrukturen har man beslutat att samverka inom följande programområden:

- Psykiskt hälsa
- Primärvård
- Levnadsvanor
- Barn och ungdomars hälsa
- Äldres hälsa
- Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Den här modellen har även Region Västerbotten och kommunerna i Västerbotten valt att följa sedan 2018.



Struktur för Kunskapsstyrning i Västerbotten, LPO primärvård under uppstart

En utvecklad och fungerande kunskapsstyrning har de delar som stödjer möjligheten till evidensbaserad vård och omsorg, samverkande ytor mellan berörda verksamheter och huvudmän, systematik i utvecklingsarbete, möjliggöra implementering av enhetliga lösningar för att säkerställa personcentrade vårdförlopp, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg av hög kvalitet.

### Strategiskt och samordnande forum (Lokala programråd, LPO)

En effektiv Kunskapsstyrning kräver en tydlig struktur som möjliggör strategiska och samordnande forum där experter kan delta och bidra. Genom att prioritera horisontellt och analysera nyttohemtagning avgörs vad som behöver växlas ut, vilket skapar förutsättningar för en mer jämlik vård. Det är avgörande att integrera hanteringen av kunskapsstöd i gemensamma strukturer för att säkerställa att alla aktörer har tillgång till relevant information och är delaktiga under processen.

### Samverkans forum (Lokala arbetsgrupper, LAG)

Lokala arbetsgrupper är tvärprofessionella grupper tillsatta av LPO för att arbeta med specifika uppdrag. Detta kan röra GAP analyser, kartläggning av nuläget samt identifiera gap till önskat läge. Analysen ligger till grund för beslut och implementering. I arbetsgrupperna samverkar region och kommuner. Primärvården är ofta berörd av kunskapsstöden och ska i dessa fall representeras av både regionens och kommunens primärvård samt privata aktörer. Forumen möjliggör förstärkning av ett gemensamt personcenterad arbetssätt och förstärker en läns- och kommunal samverkan.

### Systematik i verksamhetsutvecklingsarbetet

Det finns utarbetade stödmaterial för arbetsgång, implementering, rörande uppföljning pågå ett utvecklingsarbete.

### LPO primärvård

Kunskapsstyrning i primärvården i Västerbotten har inte haft någon tidigare etablerad struktur som naturligt tagit uppdrag och haft mandat. Även nationellt har kunskapsstyrning i primärvård genererat många frågor då verksamhet i primärvård involveras i ett stort antal av övriga NPO. Behovet av ett LPO Primärvård har

identifierats i flera sammanhang och är nu under senare delen av hösten 2024 under uppstart.

LPO:ets medlemmar är utsedda och representeras av funktioner inom medicinsk ledning, verksamhetschefer från de tre länsdelarna, kommunal/regional och privat primärvård, kommunikation och kunskapsstyrning. Alla former kring deltagande är inte helt klarlagda. Initiala behov för LPO:et att arbeta med har förtydligats;

- Se över befintliga roller och funktioner och hur de relaterar till varandra
- Initiera ett nätverk för MLA som kan fungera som referensgrupp och samordningsytta för gemensamma frågor.
- Initiera en inventering av primärvårds-medverkan och -förankring i redan fastställda vårdförlopp och publicerade kunskapsunderlag via kunskapsstyrningen för att peka på utvecklingsbehov i primärvård samt understödja utveckling och uppföljning.
- Dokumenthantering – läns- och lokala rutiner, kunskapsunderlag etc.
- Kartlägga hur primärvård företräds i kunskapsstyrningssammanhang idag. Identifiera eventuella behov av åtgärder.

Åren från uppstart till 2023 har varit en uppbyggnadsfas där strukturen har justerats och modulerats under omgångar, vissa delar har utvecklats mer tydligt och fyller bättre sitt syfte medan andra områden fortsatt är svagt utvecklade. Organisatoriskt inom regionen har strukturen legat inom olika förvaltningar och strategier har bytts relativt frekvent av olika anledningar vilket kanske är en del i att strukturen inte satt sig riktigt i alla delar. Det har varit utmanande att hitta sitt hem organisatoriskt som följs av utmaningar rörande bland annat implementering av arbetssätt, delaktighet från chefer, utvecklingen av de lokala samverkansgrupperingarna, otydligheter i beslutsordning och mandat.

I rekommendationer från SKR, återfinns att under åren 2023–2027 bör inriktningen var hållbar drift och utveckling av strukturen. Nedan följer några av de fokusområden som ger kraft till de rekommendationer som föreslås i denna rapport:

- att fortsatt utveckla samspelet med kommunerna och stärka det kommunala vård- och omsorgsperspektivet
- att kunskapsstyrningen ska bidra till förändrade arbetssätt för en hållbar utveckling av framtidens hälso- och sjukvård där en personcenterad och nära vård och omsorg tillämpas.
- utveckla det lokala införandet i form av implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap – med prioriteringar utifrån lokal analys
- önskade variationer samt effektivitet i användningen av befintliga resurser
- att nyttja patientkraften och stärka patientperspektivet

#### *Länssamverkansgruppen*

I länet finns en samverkansstruktur för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola som består av flera olika nivåer, sedan 2020.

#### **Samråd hälsa, vård och omsorg - samverkan mellan förtroendevalda**

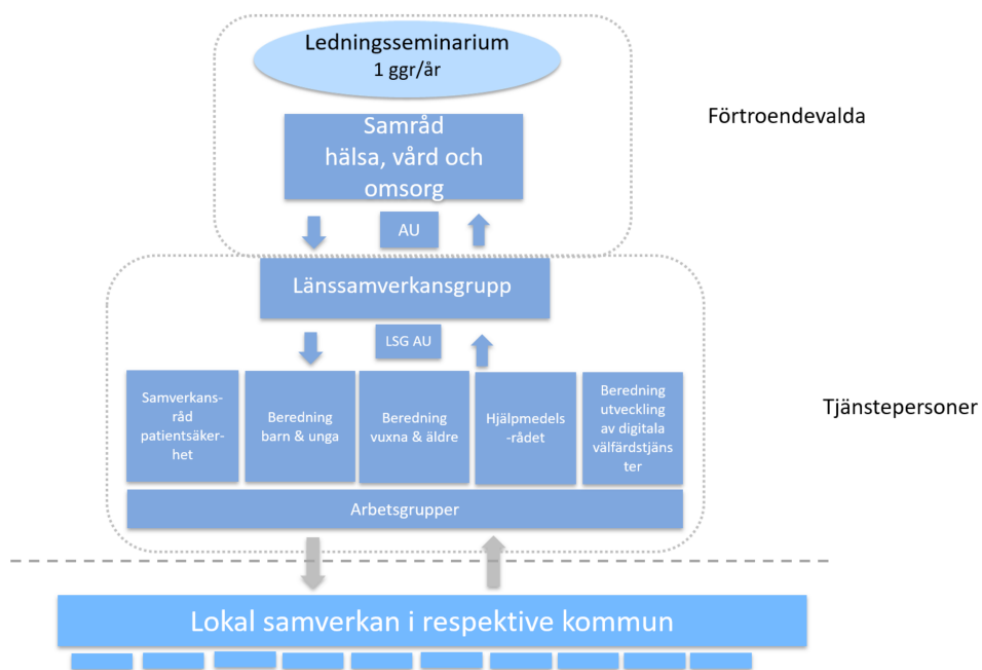
Samråd hälsa, vård och omsorg är arenan för politisk samverkan på regional nivå. Här lyfts frågor som behöver politiskt samråd, eller som inte kan lösas lokalt eller

på tjänstepersonsnivå. Frågorna ska vara angelägna för hela länet och det ska finnas behov av politiskt samråd. Samråd hälsa, vård och omsorg kan föreslå områden som är angelägna att prioritera och utveckla gemensamt. Det kan även enas om rekommendationer till beslut hos kommunerna och regionen.

### Länssamverkansgruppen – samverkan mellan tjänstepersoner

Länssamverkansgruppen tar sig an frågor rörande samverkan som bör lösas på regional ledningsnivå. Länssamverkansgruppen driver utvecklingsarbete inom flera områden; barn och unga, vuxna och äldre, hjälpmedel, digitalisering och patientsäkerhet. Omställningen till Nära vård är centralt i samverkan. Exempel på områden kan vara planering av vårdinsatser när personer skrivs ut från sjukhus, samordning av skola/elevhälsa, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, eller vårdens kvalitet och tillgänglighet i länets alla delar. Länssamverkansgruppen kan lyfta frågor vidare för politisk samverkan till Samråd hälsa, vård och omsorg.

Översigtsbilden nedan visar på de grupperingar som samverkar kring sakfrågor och uppdrag som på ett eller annat sätt berör kunskapsstyrningens område.



Länssamverkansstrukturen i Västerbotten

Att koppla samman Kunskapsstyrning med länssamverkansstrukturen möjliggör effektiva och hållbara lösningar inom våra verksamheter, gällande primärvårdsfrågor och övriga delar där den kommunala samverkan har utpekats som särskilt väsentlig. Det ger möjligheter att säkerställa att våra utvecklingsinsatser verkligen förbättrar och ger en mer sammanhållen vård för västerbottningen. Syftet är att hantera kunskapsstöden i gemensamma strukturer i stället för att bygga parallella system och att ge förutsättning för en mer jämlik vård oavsett vilken huvudman som ansvarar för vilken insats.

Genom att integrera kunskap och resurser från både kommuner och regioner kan man uppnå en mer samordnad och enhetlig vård till västerbottningen. På så vis kan

även resurser besparas då eventuella befintliga grupperingar kan återanvändas. Genom att dela kunskap om bästa praxis och lokala behov kan man optimera insatser och minska överlappningar, vilket kan leda till bättre användning av offentliga medel.

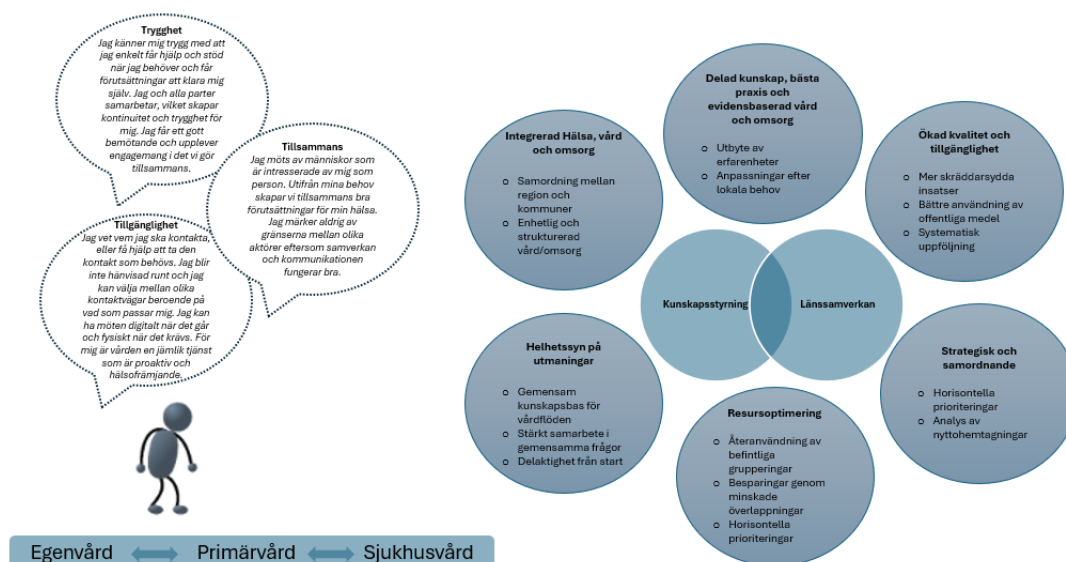
En gemensam kunskapsbas skapar förutsättningar för att hitta och hantera utmaningar med en helhetssyn. Det möjliggör på ett bättre sätt att anpassa insatser efter befolkningens specifika behov, vilket torde öka både kvalitén och möjligen tillgängligheten.

Det kan även vara så att innovationskraften ökar då vi involverar olika aktörer och perspektiv i beslutsprocesser, nya idéer och lösningar kan utvecklas som bättre möter västerbotningens behov.

På det här sättet skapar vi ännu fastare strukturer som främjar samarbete mellan region och kommun och skapar en tydlig process i gemensamma frågor.

## Rekommendation

- Utveckla systematik för verksamhetsutveckling med stöd av struktur för kunskapsstyrning. Förtydliga processer för beslut, implementering och uppföljning.
- Främja horisontella samarbeten och undersöka förutsättningar för hur arbetet med kunskapsstyrning ska bli en naturlig del av de frågor som hanteras inom länssamverkansstrukturen.
- Verka för att LPO primärvård blir ett strategiskt forum med tydliga mandat att leda och samordna utvecklingsarbeten på länsnivå.
- Följ upp genomförandet av utbildning i personcentrerade arbetsätt inom hälso- och sjukvårdens förvaltning.
- Säkerställ att tillräckliga resurser avsätts för att stödja de rekommendationer som getts.



Möjliga potentialer



### 3. Identifiera åtgärder som utvecklar beställning, ersättningsmodell och uppföljning i enlighet med primärvårdsuppdraget

#### Mål

Åtgärder för utvecklingen av beställning, ersättningsmodell och uppföljning i enlighet med primärvårdens uppdrag är identifierade.

#### Aktiviteter

- 1) Förfrågningsunderlaget Uppdrag och Regler granskas för möjliga förtydliganden gällande beslutade mål för primärvården i Västerbotten.
- 2) Ta fram ny inriktning för ersättningsmodell inom Hälsoval primärvård som i högre grad understödjer en förflyttning mot en nära vård och nya arbetssätt. Omvärldsbevakning ska genomföras gällande utredningar och trender på nationell nivå. Även tidigare framtagna underlag inom Region Västerbotten ska beaktas.
- 3) Se över modell för uppföljning av Hälsoval primärvård, för att i högre grad inkludera patientupplevd kvalitet och medicinska resultat på övergripande nivå.

#### *Arbetsmetod inom uppdraget*

I arbetet med denna del av uppdraget har kunskapsinhämtning skett i huvudsak med följande metoder;

- Dialog med ett antal berörda specialistfunktioner inom regionen samt ledning för primärvård. Särskilt kan nämnas; folkhälsoenheten, allmänläkarkonsulter samt medicinskt ansvariga läkare, Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård i Västerbotten, områdeschefer närsjukvård, verksamhetschefer i regiondriven primärvård, verksamhetschefer i privat primärvård, 1177, strateg hälso-och sjukvårdsförvaltningens stab, regionjurist, samordnare för nationell patientenkät, controller ekonomistab.
- Genomgång av närliggande regioners hälsoval samt tidigare arbetsmaterial hos beställarenheten i region Västerbotten.
- Genomgång av utredningar och sammanställningar från Sveriges kommuner och regioner, SKR, gällande utformning av hälsoval i primärvård.

Analys och rekommendationer sammanfattas utifrån de tre aktiviteter som anges i uppdragsdirektivet. Avsnittet inleds med en genomgång av vissa grundläggande förutsättningar som omger hälsoval primärvård.

#### *Hälsovalets utformning som del i en större helhet*

Att förändra sjukvårdssystemet enligt principerna för nära vård är inte ett projekt som är isolerat enbart till primärvården, eller hälsovalets utformning. Hela sjukvårdssystemet och regionens styrning behöver bidra till önskvärd utveckling på ett samordnat sätt. Vålfungerande samverkan med den kommunala primärvården

ses även som en avgörande faktor i omställningen till nära vård liksom kompetensförsörjning, förändrade arbetsätt och ny teknik.

Hälsovalets utformning är dock en viktig del av regionens totala styrning, och kan bättre eller sämre stödja den önskvärda utvecklingen och de mål som regionen fastställer. Fokus för arbetet som här sammanfattas har varit att identifiera åtgärder för att utveckla beställningen av hälsoval primärvård i Västerbotten, för att i högre grad understödja omställningen till nära vård och regionens mål.

Utöver det konkurrensutsatta grunduppdraget i hälsoval primärvård Västerbotten, bedrivs ett antal tilläggsuppdrag i regionens egen regi. Däribland familjecentraler, och verksamhet vid sjukstugorna i länet. Genom arbetet används begreppen *hälsocentral*, *vårdgivare* och *utförare* för att benämna verksamheter som bedrivs enligt grunduppdraget i hälsoval primärvård i Västerbotten.

#### *Grundläggande förutsättningar och uppbyggnad av hälsoval primärvård i Västerbotten*

Det är lagstadgat (HSL 2017:30) att alla regioner ska möjliggöra för invånare att själv välja vårdgivare inom primärvården samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Detta benämns vanligen som *valfrihetssystem*. För att reglera hur själva valfrihetssystemet ska vara organiserat i regionerna, finns sedan 2009 Lag om valfrihetssystem (2008:962) förkortat *LOV*. Ett huvudsakligt skäl till förändrad lagstiftning var en ambition att stärka invånarens makt och inflytande kring sin egen vårdsituation genom möjligheten att kunna välja vårdgivare inom primärvården. Det fanns även en förväntan att fri etablering av privata vårdgivare skulle gagna primärvårdens utveckling i stort.

Inom Region Västerbotten är det regionstyrelsen som beslutar om hälsoval primärvård. Inom regionstyrelsens förvaltning är det beställarenheten som ansvarar för att ta fram förslag på regler och krav som ska gälla för utförare samt att verksamheterna följs upp enligt fastställd uppföljningsplan.

Hälsoval primärvård i Västerbotten är uppbyggt i tre olika delar med tre separata styrdokument. Dessa delar är; *Uppdrag och regler*, *Ersättningsmodell* samt *Uppföljningsplan*.

Huvuddokumentet *Uppdrag och regler för hälsoval primärvård i Västerbotten* fastställer krav och regler för utförare av den konkurrensutsatta primärvården i länet. Samma uppdrag och regler gäller för regionens egen primärvård såväl som för privata utförare. En betydande andel av innehållet i Uppdrag och regler är krav som inte direkt avser hälso- och sjukvård, exempelvis gällande lokaler, marknadsföring, lägsta nivå för öppettider, arkivering, informationssäkerhet och regler för listning.

Gällande innehåll om hälso- och sjukvård hänvisar hälsovalet till grundläggande lagstiftning och krav, samt regionalt fastställda rutiner och mål.

*Ersättningsmodell* för hälsoval primärvård i Västerbotten är en bilaga till *Uppdrag och Regler*. Dokumentet anger vilka ersättningar som finns inom uppdraget samt förklaringar som beskriver dessa närmare. Dokumentet anger även vilka kostnadsansvar som följer med uppdraget. Under arbetet med att se över hälsovalets utformning har det framkommit behov att förtydliga skillnaden mellan ersättningsmodell och budgetram.

- **Ersättningsmodellen** för hälsoval primärvård fastställer hur en given budgetram ska fördelas i olika ersättningar och kostnader för utförare.
- **Budgetram** anger hur mycket ekonomiska medel som finns att fördela inom ersättningsmodellen.

Aktuellt uppdrag har fokuserat på utformning av ersättningsmodellen och vilka principer som ska ligga till grund för denna utformning. Det är dock av stor betydelse att även regionens övergripande budgetprocess långsiktigt stödjer den önskvärda utvecklingen.

*Uppföljningsplan* för hälsoval primärvård i Västerbotten fastställer mål och indikatorer för regionstyrelsens uppföljning av uppdraget.

Privata aktörer ska enligt LOV ges möjlighet att på förhand undersöka förutsättningarna att ingå hälsovalet och därefter skicka in eventuell ansökan. Uppdrag och villkor för ansökan ska därför vara publikt tillgängliga.

Om en privat vårdgivare uppfyller kraven för hälsoval primärvård i Västerbotten ska regionen enligt LOV godkänna ansökan och ingå avtal med vårdgivaren. I detta sammanhang benämns de styrande dokumenten *förfrågningsunderlag*. Dokumenten riktar sig i övrigt främst till verksamhetsledning med ansvar för primärvård, även om materialet är publikt tillgängligt för alla.

#### *Hälsoval primärvård i relation till lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område*

Det finns omfattande lagstiftning och övrig reglering som avser hälso- och sjukvårdens verksamheter och regionens ansvar gentemot invånare. Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) är tillsynsmyndighet för sjukvårdens drift och vårdprocesser, exempelvis gällande kravet på vårdgivare, det vill säga den myndighet eller annan juridisk person som har ansvar för eller bedriver hälso- och sjukvård, att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Tillsynen omfattar även enskilda patientfall och vårdprocesser.

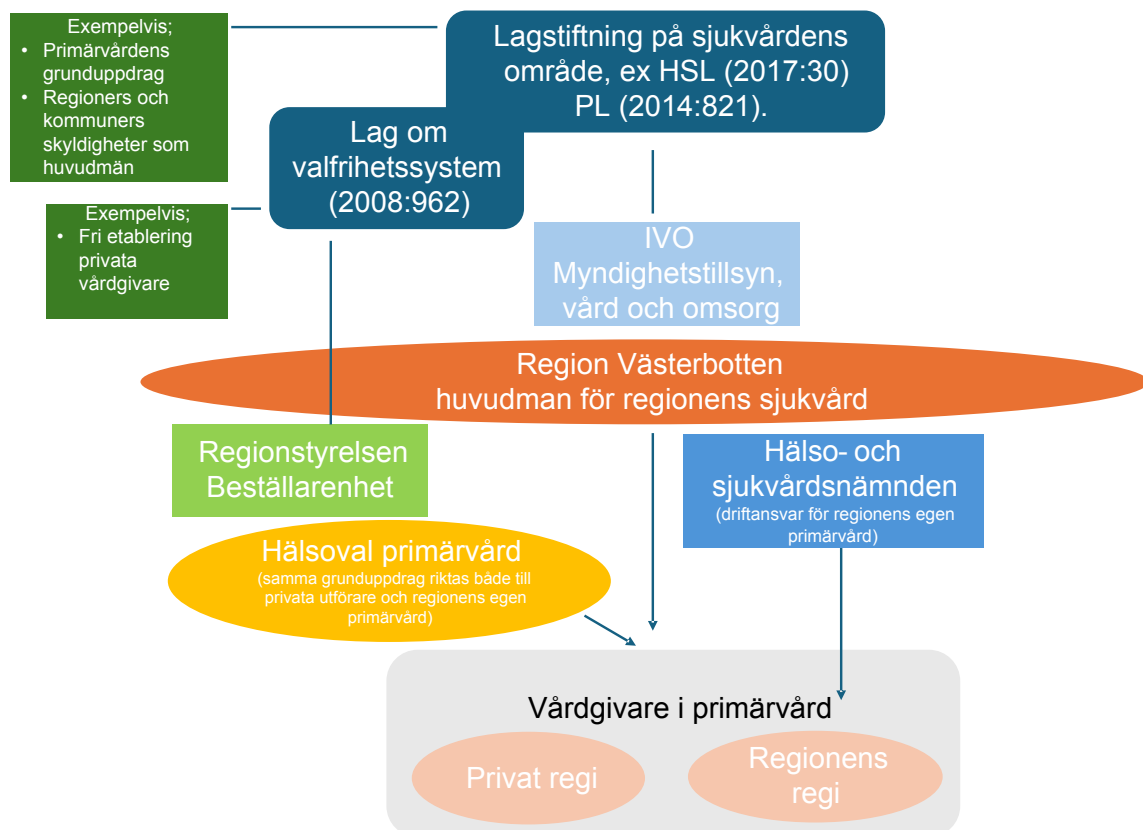
Utöver det som anges i lagar och övriga regelverk utformas mer detaljerad styrning för hälso- och sjukvården på regional nivå. Detta kan handla om centralt fastställd vårdpraxis riktad till sjukvårdens medarbetare. I regionens vårdpraxis anges exempelvis remissregler och ansvarsfördelningar mellan olika vårdnivåer och kliniker. Det finns även nationella vårdprogram som tillämpas inom olika delar av hälso- och sjukvården.

Beställarenheten har ingen organisatorisk funktion att utveckla arbetsätt, vårdprocesser eller andra aspekter som rör själva driften inom hälso- och sjukvården. Hälsovalet innehåller dock krav att vårdgivare ska följa regionalt upprättade rutiner samt de nationella vårdprogram och riktlinjer som tillämpas inom regionen. Ansvar att följa gällande lagstiftning och åligger varje vårdgivare var för sig, oberoende hälsovalets utformning. Det är vidare alltid den medicinska professionen som behöver avgöra prioriteringar i varje enskilt vårdärende. Inom Region Västerbotten är det hälso- och sjukvårdsnämnden som har ansvaret för driften av regionens egen primärvård i enlighet med regionstyrelsens beställning. Privata vårdgivare inom hälsovalet är var för sig ansvariga för den vård som ges, även den i enlighet med regionstyrelsens beställning, och står liksom regionens verksamheter under Ivos tillsyn.

Beställarenhetens primära funktion är att säkerställa att region Västerbotten har ett fungerande valfrihetssystem i primärvården och att det finns ett fastställt

primärvårdsuppdrag med stöd i lagstiftning samt regionens fastställda mål. Beställarenheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt, samt i sitt arbete iakttä principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet när valfrihetssystemet tillämpas enligt LOV.

Nedan skiss är framtagen i ett försök att illustrera några grundläggande förhållanden gällande hälsovalet i relation till lagstiftning och organisatoriskt ansvar.



### Analys gällande uppdrag och regler

Det lagstadgade grunduppdraget för primärvård och regionens skyldigheter gentemot invånare är grunden i hälsovalets uppdrag. I mer detalj styrs primärvården av regionalt fastställda rutiner och nationella vårdprogram och riktlinjer. Uppdrag och regler för hälsoval primärvård i Västerbotten behöver förhålla sig till dessa bestämmelser för hälso- och sjukvården, och kan inte utformas på ett sätt som åsidosätter eller påverkar innehållet.

Utifrån faktorer som kan påverkas, behöver Hälsovalet understödja önskvärd riktning för primärvården, och att utvecklingsarbete kan ske i verksamheter och övergripande strukturer. Detta kan exempelvis gälla att hälsovalet inte bör innehålla ersättnings typer som riskerar att låsa fast verksamheter i befintliga arbetsätt på grund av ersättningsfrågor, om det vore bättre för invånare och verksamhet att arbeta på ett annat sätt.

Hälsovalet bör vidare bidra till en samstämmig styrning där regionalt framtagna strategier och mål framgår på ett tydligt sätt för alla som tar del av de styrande dokumenten, inkluderat de vårdgivare som kan komma att vilja etablera sig i Västerbotten. I detta ingår beställarenhetens arbete med att kommunicera innehåll och sprida kunskap om hälsovalet, både inom och utanför regionen.

#### *Flera olika hälsoval inom länet*

Inom ramen för arbetet har regionens möjlighet att införa flera olika hälsoval inom primärvården beaktats. Det vill säga möjligheten till delvis olika primärvårdsuppdrag och villkor beroende på var i länet vården bedrivs. Denna möjlighet för regioner förtydligades 2022 i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Förtydligandet innebär en möjlighet att förändra hälsovalets primärvårdsuppdrag och villkor i olika områden inom länet. Dock kvarstår regionernas ansvar att tillhandahålla hela primärvårdens utbud på något sätt, även om hälsovalets uppdrag exempelvis skulle minska i något område.

I de vägledande principerna för regionplanen i Västerbotten anges följande;

*”Du som västerbottning ska känna dig trygg med en hälso- och sjukvård som finns nära och tillgänglig i hela länet, och som finns där när du behöver den”.*

#### *Minskat primärvårdsuppdrag genom hälsovalet*

Om regionen beslutar att invånare i vissa delar av länet skulle få ett minskat utbud av primärvård genom ett geografiskt specifikt hälsoval, kvarstår regionens lagstadgade ansvar att tillgodose invånarnas medicinska behov. Ett minskat utbud genom hälsoval primärvård skulle medföra krav på regionen att omhänderta det medicinska behovet någon annanstans i sjukvårdssystemet, och därmed behöva flytta motsvarande uppdrag och nödvändiga resurser dit. Detta kan medföra risk för återcentralisering och fragmentisering av vårdprocesser i primärvård, där patienter kan komma att behöva besöka eller kontakta fler olika delar av sjukvårdssystemet jämfört med idag. Avstånd till primärvård kan därmed också komma att öka. Detta riskerar att bli särskilt negativt för patienter med komplexa vårdbehov. Det är även tänkbart att teamarbete och samordning inom primärvården försvåras om färre resurser finns samlade. Utifrån ett invånarperspektiv, samt utvecklingsperspektiv för nära vård bedöms det problematiskt med ett minskat grunduppdrag för primärvården.

#### *Utökat primärvårdsuppdrag*

Möjligheten till flera olika hälsoval inom länet medför även ett tänkbart alternativ att utöka primärvårdsuppdraget i vissa geografiska områden. Ett utökat grundutbud av primärvård är mer i linje med principerna för nära vård, däremot kvarstår frågan med ett ojämnt organiserat primärvårdsutbud i förhållande till individens vårdbehov. Detta bedöms inte vara i linje med regionens mål.

En annan modell för utökade uppdrag inom primärvården, är kompletterande uppdrag som ligger utanför Hälsovalet, men som syftar till att öka tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet för primärvårdens målgrupper. Exempelvis Förstärkt primärvård för vuxna personer med medfödda och tidigt förvärvade funktionsnedsättningar (PRIMO), eller centralt kompletterande funktioner med hela länet som upptagningsområde, såsom Kontaktcenter för barn och unga samt 1177 Direkt.

Bedömningen är att denna modell för utökade eller kompletterande uppdrag inom primärvården är att föredra i det nära perspektivet, jämfört med ett utökat grunduppdrag genom hälsovalet.

Oavsett hur olika uppdrag skulle komma att formuleras, skulle flera olika hälsoval med stor säkerhet leda till ökad komplexitet och utökad administration på flera nivåer, utifrån att flera olika hälsoval ska hanteras jämfört med ett. För regionen kan flera hälsoval också försvåra information gentemot invånare gällande vilket primärvårdsvårdutbud som finns tillgängligt på olika platser i länet, och därmed vad den enskildes val genom listning innebär.

#### *Lokal utveckling*

Att behålla ett och samma hälsoval och grunduppdrag i länet utesluter inte att det även framöver kan behövas lokala lösningar, samarbeten och planering för hur uppdraget bäst genomförs utifrån lokala behov och förutsättningar. Dessa frågor avser drift av primärvård, och bör värderas närmast invånaren där vården sker och samverkande aktörer finns. Hälsovalets utformning ska inte utgöra hinder för lokal utveckling, samarbeten och förbättringar i enlighet med nära vård och övriga mål för regionen.

#### *Olika geografiska förutsättningar och ersättningsvillkor*

I nuvarande utformning av hälsoval primärvård är grunduppdraget detsamma för hela länet, med utgångspunkt i regionens ansvar gentemot invånare samt regionens definierade mål. Ersättningar är däremot differentierade utifrån bland annat geografisk plats samt befolkningstäthet i utförarens upptagningsområde.

Det finns exempelvis en ersättningstrappa som ger högre ersättning för utförare med längre avstånd till sjukhus. Detta för att kompensera att en verksamhet med större avstånd till sjukhus i regel behöver tillgodose en större andel av invånarnas sjukvårdsbehov, jämfört med en verksamhet som ligger nära ett sjukhus. Trappan innebär exempelvis att en verksamhet med 71–100 km till närmsta sjukhus, får ett extra påslag på den åldersviktade kapiteringsersättningen med 32 %. Detta innebär för närvarande att kapiteringsersättningen för en listad invånare i åldern 65–79 år, är 5127 kr per år för en utförare med detta avstånd till sjukhus. För en utförare i eller nära en tätort, är kapiteringsersättningen för samma ålderskategori 3884 kr per individ och år.

Skillnaderna i ersättning kan även ses som ett sätt att underlätta etablering av fler vårdgivare utanför tätorter.

Det är således möjligt att inom ett och samma hälsoval göra vissa anpassningar utifrån bland annat geografiska och befolkningsmässiga faktorer. I jämförelse med att etablera fler olika hälsoval, bedöms denna hantering effektivare och mer i linje med regionens mål.

#### *Filialer*

Inom hälsovalet finns möjlighet att erbjuda verksamhet med begränsat utbud via filialer. Ett exempel på detta är den filialmottagning som Bolidens Hälsocentral driver i Jörn, där man också arbetar för att stärka det lokala samarbetet med den kommunala vård och omsorgen. Ett annat exempel är den privata vårdgivaren Husläkarna Hälsocentral som har filialverksamhet i Taveljö utanför Umeå.

Det bör även fortsättningsvis finnas möjlighet till filialverksamhet inom hälsoval primärvård Västerbotten. Detta som en möjlighet till utökad tillgänglighet och

närhet med ett begränsat utbud, men med tydlig organisatorisk koppling till en huvudenhet när patientbehovet kräver.

#### *Primärvårdens grunduppdrag i andra regioner*

I jämförelse med närliggande regioner som delar många förutsättningar med Västerbotten, kan det konstateras att uppdrag och regler är mycket likt utformade. Liksom i Västerbotten behöver även andra regioner säkerställa att de lagstadgade kraven för primärvårdens roll och utbud tillgodoses invånare på ett likvärdigt sätt. De flesta regioner tycks även eftersträva att primärvården ska upplevas som en helhet. Det framkommer också att de flesta regioner är i ett tidigt skede gällande att konkretisera principerna för nära vård i respektive hälsoval/vårdval, trots att inriktning och beskrivningar har varit kända sedan länge. Därför kan det förväntas fortsatt och långsiktig utveckling på området, och ytterligare erfarenheter gällande vilka åtgärder som bäst stödjer den önskvärda riktningen.

#### *Kompetensförsörjning och bemanning i primärvården*

Även med utveckling av arbetssätt och teknik inom sjukvården, är det en stor utmaning med kompetensförsörjning och hållbar ekonomi i Sveriges regioner och kommuner. Kompetensförsörjning och bemanning har en avgörande betydelse för primärvårdens resultat både nu och i framtiden.

Utformning av hälsovalet eller beställarenhetens funktion har ingen direkt koppling till kompetensförsörjningsprocessen, utöver vissa krav på utförare att tillhandahålla praktikplatser för studerande i vården. Hälsovalet fastställer också krav på att vårdgivaren har kollektivavtal, eller kan redogöra för annan reglering som motsvarar god sed på svensk arbetsmarknad. Utifrån de lagstadgade krav som omger primärvården är det inte möjligt att anpassa uppdrag och regler utifrån ett rent bemanningsperspektiv. Frågor kopplade till kompetensförsörjning och arbetsförhållanden behöver därför i första hand bearbetas med andra metoder.

### **Rekommendationer gällande uppdrag och regler för hälsoval primärvård**

- Den regionalt framtagna definitionen av primärvårdens roll som Nav ska gälla som inramning för hälsovalet och den önskvärda utvecklingen framåt. Detta som ett led i att bidra till samstämmig styrning för primärvården i länet, där förankring skett även med den kommunala primärvården.
- Samma hälsoval och grundläggande primärvårdsuppdrag ska gälla för hela länet med fortsatta möjligheter till lokala lösningar för driften, samt filialverksamheter.
- Uppdrag och regler ska i mindre omfattning repetera lagtext och föreskrifter som finns tillgängligt på annat sätt, och som varje vårdgivare är skyldiga att känna till och följa oberoende av valfrihetssystemet.
- Styrdokumenten ska göras mer överskådliga för att underlätta implementering och förståelse.

#### *Mål med justeringar i uppdrag och regler*

- Att regionens beslutade mål och strategier är tydligt framträdande i uppdragsbeskrivningen.
- Att styrdokumentet är överskådligt och lätt att ta till sig samt inte bidrar till osäkerheter gällande styrning och roller inom hälso- och sjukvården.

### Risker med justeringar i uppdrag och regler

- Även om ambitionen är att förenkla och förtydliga, kan en annan utformning av styrdokument skapa osäkerheter i verksamheterna, eftersom nuvarande utformning funnits i många år. Särskilda informationsinsatser och stöd bör därför övervägas.

### Analys gällande ersättningsmodell

Som tidigare nämnts är utformningen av hälsovalet en del av regionens totala styrning, och kan inte ses isolerad från den.

För att illustrera några centrala komponenter inom den totala styrningen, är nedan modell framtagen av SKR.



*"Om alla andra delar i styrningen fungerar väl så kan sannolikt ingen ersättningsmodell stjälpas helt, oavsett hur (illa) den är utformad. Däremot så innebär det en kostnad att fortlöpande ägna sig åt att parera de negativa effekterna av en alltför detaljerad ersättningsmodell. På motsvarande sätt kan en ersättningsmodell, hur väl genomtänkt den än är, troligtvis aldrig rädda en i övrigt icke-fungerande styrning"* Huvudbetänkande från tillsatsdelegationen (SOU 2018:47)

Citatet kan användas för att reflektera över ersättningsmodellens funktion som en del av den totala styrningen. Att minska detaljeringsgraden i den finansiella styrningen i sig, kan medföra ett minskat antal potentiella kollisionpunkter med andra styrningskomponenter vilket kan underlätta utveckling totalt sett. Att blanda många olika delar i en och samma ersättningsmodell kan också medföra ökad risk för motstridiga styrsignaler.

Genom arbetet har det inte framkommit något entydigt svar gällande vilken typ av ersättningsmodell som bäst stödjer omställningen till nära vård. Men enligt sammanställningar från SKR finns ett antal tendenser som går att utläsa på nationell nivå;

*"Minskad andel besöksersättning och minskad användning av mål- och resultatbaserad ersättning är båda indikationer på minskad grad av detaljstyrning. Förväntningarna på att finansiell styrning ska bidra till en bättre vård har successivt tonats ned."* (SKR Rapport, Ersättningsmodeller i primärvården 2021)



I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) anges att ersättningen inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av vårdgivare. Denna lagstiftning ligger också till grund för utformningen av ersättningsmodellen inom hälsoval primärvård i Västerbotten, där huvuddelen av ersättningen följer med invånares val genom en fast kapiteringsersättning samt ersättning för primärvårdsläkemedel och Care need index (CNI). Kapitering och läkemedelsersättning är riskjusterade utifrån invånarens ålder och förväntat behov av sjukvård och läkemedel. Den fasta ersättningen utbetalas oberoende om invånaren söker vård eller inte.

Gällande ersättningsmodeller har regioner relativt stor möjlighet att påverka utformningen, så länge ersättningen som huvuddel följer den enskildes val.

Det är exempelvis vanligt med olika ersättningar för mål och besökstyper, men tendensen på nationell nivå är alltså att dessa inslag minskar. I ersättningsmodellen för hälsoval primärvård i Västerbotten finns en blandning av olika rörliga ersättningstyper utöver den ersättning som följer med individens val. För detaljer hänvisas till hälsovalets ersättningsmodell.

#### *Resultat av stimulansersättningar i vården*

Både på regional och nationell nivå har det funnits en förhoppning att olika stimulansersättningar inom hälso- och sjukvården skulle kunna driva fram förbättrade resultat inom olika områden. Vid uppföljning framstår betydande tveksamhet att sådana satsningar varit effektiva.

Inom Hälsoval primärvård i Västerbotten har resultaten av särskilda stimulansersättningar varit tveksamma. Detta gäller exempelvis målrelaterad ersättning för läkarkontinuitet och tillgänglighet inom vårdgarantin. Detta beror sannolikt på att andra faktorer påverkar till stor del, och att andra typer av insatser då krävs för att åstadkomma förbättring. När det gäller den nationella nivån och den statliga styrningen genom vårdgarantin och den så kallade kö-miljarden har Riksrevisionen (RIR 2023:12) bedömt satsningarna som ineffektiva när det gäller att korta väntetider. Dessutom bedöms en risk att gjorda satsningar kan leda till undanträngningseffekter i vården, där resurssvaga patienter riskerar att missgynnas.

Utöver osäkerheter om effekten av stimulansersättning på olika målområden, kan det finnas risk för att den finansiella styrningen oavsiktligt verkar detaljstyrande på sjukvårdens processer och att verksamhetsområden och patientbehov utan prioriterade ersättningar får mindre uppmärksamhet än de annars fått, och borde få.

När det gäller tillgänglighet så är vårdgarantin lagstadgad, och således ett krav oberoende av ersättningsmodeller. Utifrån resultaten hittills, och de målrelaterade ersättningar som funnits, bedöms det inte sannolikt att det inom Västerbottens primärvård finns en underutnyttjad vårdkapacitet, som kan frigöras genom finansiell stimulans.

#### *Nya arbetssätt och digitalisering*

När det gäller ersättningsmodell och nya arbetssätt föreligger en eftersläpning, där arbetssätten inte omgående och okomplicerat kan inkorporeras i befintliga system. Exempelvis sker numer en betydande andel av kontakter med Hälso- och sjukvården genom fler olika kanaler, exempelvis chatt och 1177 e-tjänster,

tjänsterna utvecklas dessutom löpande. Detta kan innebära att en verksamhet faktiskt uppnår vårdgarantin genom andra kanaler än vad som kan mätas och har kopplade ersättningar. Framför allt får invånaren hjälp med sitt behov, vilket bör vara det mest centrala att värdera utifrån det personcentrerade perspektivet. Även om det skulle gå att fånga olika kanaler och arbetssätt bättre än idag, är det likväl en potentiell bromsmekanism för utveckling och användning av nya och kommande arbetssätt och tjänster. Att hela tiden värdera och koda nya produkter i ersättningsmodellen för nya tjänster och arbetssätt är administrativt drivande på flera nivåer, det bedöms inte heller sannolikt att problemet med eftersläpning kommer att minska framöver. En högre andel fast ersättning och lägre andel aktivitets- och målbaserade ersättningar kan både leda till minskad administration och tydligare inriktning att använda alla tillgängliga kanaler och arbetssätt utifrån patientbehovet.

#### *Care need index*

Care need index (CNI) är ett sätt att prognostisera vårdbehovet bland befolkningen genom att beskriva risken att utveckla ohälsa baserad på socioekonomiska faktorer. Befolkningsdata med CNI levereras till regionen av statistiska centralbyrån.

Nedan tabell visar variablerna som ingår i beräkning av CNI (Källa SCB)

<b>Variabler</b>	<b>Vikt</b>
Ålder över 65 år och ensamboende	6,15
Utlandsfödd (Syd- och Östeuropa (ej EU), Asien, Afrika och Sydamerika)	5,72
Arbetslös eller i åtgärd 16 – 64 år	5,13
Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre	4,19
Person 1 år eller äldre som flyttat in i området	4,19
Lågutbildad 25 – 64 år	3,97
Ålder yngre än 5 år	3,23

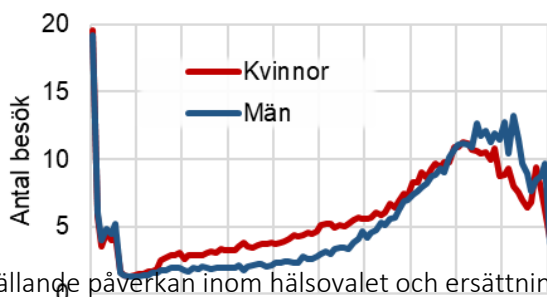
På befolkningsnivå är det enligt CNI störst förväntat vårdbehov i gruppen ensamboende äldre över 65 år.

Inom hälsovalets ersättningsmodell i Västerbotten är andelen fast ersättning som är riskjusterad för CNI cirka 3 procent. Bedömning är att denna andel bör öka, för att i högre grad resursfördela hälsovalets budget utifrån jämlikhet och förväntade vårdbehov på befolkningsnivå.

#### *Kön som variabel i riskjusterad kapitering- och läkemedelsersättning*

Besöksmönster och vårdkonsumtion ser olika ut mellan män och kvinnor. Enligt ett exempel som sammanställts av SKR var förhållandet i en region att kvinnors vårdkonsumtion var 27 procent högre mäns, baserat på 1.5 miljoner besök på hälsocentral/vårdcentral. Detta är exkluderat mödrahälsovård. I åldersintervallet 20–60 år var kvinnors vårdkonsumtion i primärvård cirka 50 procent högre än

männens. Skillnader i vårdkonsumtion mellan män och kvinnor är väl belagt även i andra sammanhang.



Gällande påverkan inom hälsovalet och ersättningsmodellen så innebär dessa förhållanden att utförare som har en högre andel äldre kvinnor än män också har högre resursförbrukning på ålder. Som ett led i att skapa en mer jämställd resursfördelning bör ersättningsmodellen kompensera för dessa skillnader mellan könen och inte endast utgå från ålder och CNI i beräkning av kapiteringsersättning, och ersättning för primärvårdsläkemedel.

#### *Princip för kostnadsansvar*

Den princip som tillämpas i nuvarande hälsoval primärvård bedöms lämplig att behålla. Utföraren har ett kostnadsansvar för bland annat primärvårdsläkemedel och medicinsk utredning som utgår från primärvårdsuppdraget. Modellen kan bidra till ett fokus på förebyggande insatser, hög medicinsk kvalitet och kostnadseffektivitet.

Prismodell för de tjänster som regionen själv tillhandahåller till vårdgivare inom hälsoval primärvård bör utvärderas som en del av regionens övergripande budgetarbete. Detta för att värdera kostnadsansvarets betydelse som påverkande komponent i omställningen till nära vård och nya arbetsflöden.

#### *Välfärdsbrottslighet och manipulation*

Så kallad välfärdsbrottslighet är ett omfattande samhällsproblem. Skattefinansierad sjukvård och tandvård är några områden där risk finns för sådan brottslighet. I arbetet med analys av ersättningsmodeller har det vägts in hur pass lätt eller svårt olika ersättningsmodeller kan manipuleras i syfte att maximera ersättning. Slutsatsen är att en ersättningsmodell med ökad andel fast ersättning, baserad på icke manipulerbara variabler såsom ålder, kön och CNI, kan bidra till att försvåra välfärdsbrottslighet inom hälsoval primärvård i Västerbotten.

#### *Samarbete mellan region och kommun*

Det finns många kontaktytor och vårdprocesser mellan region och kommunal primärvård. Samverkan med kommunal primärvård, är identifierat som ett område av central betydelse för omställningen till nära vård. En av samverkansformerna gäller läkarmedverkan i kommunens särskilda boendeformer. Samverkansformen regleras genom särskilt avtal mellan Region Västerbotten och länets kommuner. För de hälsocentraler som tillhandahåller läkare enligt avtalet med kommunerna, utgår en särskild ersättning per boendeplats. Utöver själva läkararbetet, är detta tänkt att underlätta resurser för gemensam och nödvändig planering med de kommunala verksamheterna. Det har funnits riktade statsbidrag som delvis kunnat användas för att stärka ersättningar för läkarmedverkan i särskilda boendeformer för äldre, men dessa medel är tillfälliga, föränderliga och osäkra. Den fasta ersättningen som utgår genom hälsoval primärvård för läkarmedverkan i aktuella

boendeformer bör ökas, för att ge stabilare ekonomiska förutsättningar för detta uppdrag.

### **Rekommendationer gällande ersättningsmodell för hälsoval primärvård**

- Ersättningsmodellen bör justeras för att minska andelen enskilda aktivitetsersättningar och besöksersättningar. Motsvarande budgetmedel flyttas i stället för att öka nivån på fast riskjusterad ersättning kopplat till individens val.
- Kön bör föras in som variabel i viktningen för kapiteringsersättning, samt läkemedelsersättning.
- En större andel av kapiteringsersättningen bör viktas utifrån Care need Index (CNI).
- Ersättning gällande läkarmedverkan i kommunernas särskilda boendeformer bör öka.

#### *Mål med justerad ersättningsmodell*

- Att primärvården mer tydligt ska styras av vårduppdraget och invånarens behov än av ersättningsmodellens utformning. Mer utrymme för sjukvårdens medarbetare och ledning att fokusera på personcentrerade arbetsätt och helheter i omställningen till nära vård.

#### *Risker med justerad ersättningsmodell*

- Ersättningsmodellen är inte isolerad från övrig styrning. Med en komplex palett av styrande faktorer går det inte att garantera ett specifikt utfall på förhand eller hur lång tid det tar innan nya inriktningar är etablerade. Att ersättningsmodellen ändras medför inte med automatik att principer direkt accepteras och tillämpas. En och samma ersättningsmodell kan värderas olika beroende på exempelvis kultur, värdegrund och ledarskap.

### **Analys gällande uppföljningsplan**

Region Västerbotten har ansvar att kontrollera och följa upp att hälsovalets verksamheter utför uppdraget på ett tillfredsställande sätt. Uppföljningsansvaret omfattar både den regiondrivna primärvården samt privata vårdgivare. Centralt för uppföljningen är den uppföljningsplan för hälsoval primärvård som årligen fastställs av regionstyrelsen. Uppföljningen är av övergripande karaktär och avser hela länet. Regionstyrelsens uppföljningsplan ska spegla regionens mål, samt innehålla relevanta indikatorer för att följa upp dessa.

Som ett led i omställningen till nära vård, behöver närvaron av invånarperspektivet öka i frågor som gäller sjukvårdens styrning och organisering. Därför rekommenderas att fler indikatorer som tar utgångspunkt i detta perspektiv tillförs regionstyrelsens uppföljningsplan. Relevanta indikationer kan hämtas från nationell patientenkät (NPE) och utifrån principerna för nära vård kan lämpliga indikatorer finnas i dimensionerna; *kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt delaktighet och involvering*.

Det bedöms även relevant att i högre grad följa effekt av given vård över tid, det vill säga hälsoindikatorer på befolkningsnivå. Specifika medicinska indikatorer bör tas fram i samråd med organisationen för kunskapsstyrning och så långt som möjligt samordnas med andra funktioner.

Den andra dimensionen av uppföljningsarbetet, gäller beställarenhetens löpande kommunikation med verksamheter inom hälsovalet, samt relevanta specialistfunktioner inom region Västerbotten. Detta sker dels via fastställda forum för dialog, dels händelsebaserat när frågor uppstår. Som arbetet bedrivs idag kan det gå relativt lång tid mellan att beställarenheten har någon kontakt alls med en specifik hälsocentral, annat än i större forum där mer övergripande frågor hanteras.

Ett mer aktivt och strukturerat arbetssätt bedöms kunna stärka kontakten mellan utförare och beställare, vilket i sin tur väntas ge bättre underlag och högre kvalitet i uppföljningsprocessen. Detta kan även möjliggöra ett generellt bättre kunskapsutbyte mellan alla parter. Detta bedöms särskilt angeläget i en fas där omställningen till nära vård i högre grad konkretiseras och implementeras i hälsovalet. Detta arbetssätt kan också medföra en bättre möjlighet att upptäcka eventuell välfärdsbrottslighet/manipulation. Därför bör beställarenheten hålla i återkommande och enskild uppföljningsdialog med samtliga hälsocentraler. Detta behöver ske med väl avvägd tidsåtgång och frekvens enligt en förutbestämd struktur.

### **Rekommendationer gällande uppföljningsplan för hälsoval primärvård**

- Som en del i att förstärka patientperspektivet inom regionstyrelsens uppföljning av hälsoval primärvård, bör ytterligare indikatorer från nationell patientenkät tas med i uppföljningsplanen. Relevanta indikationer utifrån principerna för nära vård kan gälla frågor ur dimensionerna; *kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt delaktighet och involvering.*
- Ytterligare indikatorer som mäter effekt av given vård ur ett befolkningsperspektiv bör föras in i uppföljningsplanen. Om möjligt synkroniseras uppföljningsindikatorer och datafångst med andra funktioner inom regionen, utifrån systemet Primärvårdskvalitet. Förslag till indikatorer bör fastställas i samråd med organisationen för kunskapsstyrning primärvård.
- Varje hälsocentral inom hälsoval primärvård genomgår en återkommande enskild uppföljningsdialog med beställarenhet, utöver gemensamma dialog forum och statistisk uppföljning.

### *Mål med förändrad uppföljningsplan*

- Målet med en förändrad uppföljningsplan är att i högre grad inkludera patientupplevd kvalitet och medicinska resultat på övergripande nivå. Detta bedöms i linje med principerna för nära vård.
- Kopplat till förändrat arbetssätt i uppföljningsarbetet är målet att öka ömsesidig kunskap och kontakt mellan beställarenhet och primärvårdens utförare, vilket i sin tur bedöms leda till ökad kvalitet i uppföljningen.

### *Risker med förändrad uppföljningsplan*

- Regionstyrelsen och beställarenheten ska inte bedriva medicinsk tillsyn i likhet med IVO, eller överta sjukvårdsledningens roll i kvalitetsarbetet. Arbetssättet med uppföljning behöver därför noggrant utformas för att inte bidra till otydlighet gällande roller och ansvar i sjukvårdens styrning.

- Att etablera nya indikatorer för hälsoutfall kräver att det finns kvalitetssäkrade data i förekommande system. I första hand Primärvårdskvalitet. Om detta inte kan säkerställas, finns risk att indikatorer blir missvisande eller inte kan föras in i uppföljningsplanen.

## Sammanfattning

De rekommenderade inriktningarna och åtgärderna bedöms stödja omställningen till nära vård och ökad samsyn. Omställningen till nära vård är en omfattande och komplex process, med en mängd påverkande faktorer. Långsiktighet och uthållighet på alla nivåer är väsentligt för att stödja utvecklingen. Viktigt också att framtida utvecklingsinsatser har som fokus och utgångspunkt det som blir bäst för västerbottningen och att rätt del av organisationen involveras så att insatser blir träffsäkra.

Rekommendationerna och det påbörjade arbetet, inom vissa delar, stärker och utvecklar omställningsarbetetsarbetet och behöver stödjas av systemledningen.

Att anta och stödja beskrivningen av primärvården som nav och de vägledande principerna både i länsamverkansstrukturen och i den regionala ledningsstrukturen konkretiserar en gemensam riktning på systemnivå. Genom att inkludera beskrivningen av primärvården som nav, både i den gemensamma planen för primärvård och i hälsovalet, underlättas samstämmig styrning.

Arbetet med en gemensamplan för primärvården i ett nära vårdperspektiv har initierats via LSG, med syfte att skapa en gemensam riktning för region- och kommunfinansierad primärvård. Samverkan för att inkludera samspelet med sjukhusvården vore gynnsamt, samt att utgå från befolkningens behov i fortsatt arbete framåt.

Att fokusera arbete på befintliga samverkansstrukturer för att täppa igen de gap som upplevs rörande samordning, samverkan och samsyn i hur vi tillsammans ska nå den målbild som beskriver hur västerbottningen ska uppfatta den vård och omsorg som ges, ger verksamheterna en tydlig inriktning på vilka samverkansforum som prioriteras.

Hälsoval primärvård behöver även framöver kontinuerligt utvärderas och utvecklas för att stödja önskvärd utveckling och regionens mål.

Utifrån rekommendationerna behöver vissa förutsättningar prioriteras:

- Tydligt och närvarande invånarperspektiv
- Främja ökad samverkan, samordning och horisontella prioriteringar

- Samsyn i vikten av att sjukhusvården systematiskt inkluderas i samspel och samverkan utifrån befolkningens behov i den gemensamma planen för primärvård
- Säkra organisatoriskt stöd och resurser för genomförande av rekommendationerna
- Säkra styrning och ledning med kontinuerlig uppföljning av rekommendationerna