

ANDERS ANELL

**UTVÄRDERING AV PRIMÄRVÅRDENS
ORGANISATION I EGEN REGI**

SKRIFTSERIE 2018:1



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Hur man klokast styr hälso- och sjukvården är en ständigt aktuell fråga och ett av KEFUs prioriterade forskningsområden. En bidragande anledning till frågans ständiga aktualitet är att den berör många intressenter. Den handlar om hur man klokast organiserar och styr hälso- och sjukvården så att den varje dag bemöter och hjälper patienter på bästa sätt, realiserar politiska ambitioner och ger stöd, incitament och utvecklingsutrymme för anställda, för att nämna några centrala intressenter. I föreliggande rapport är det den offentligt drivna primärvården i Region Skåne (egen regi), och den nya organisation som infördes 2013, som står i fokus. I rapporten ges med stöd av en bred empirisk datainsamling en nulägesbeskrivning över primärvårdens organisation. Analysen visar på ett antal problembilder och hur komplexa och sammansatta problemen är inom hälso- och sjukvården. Författaren betonar betydelsen av att långsiktigt arbeta med att lösa befintliga problembilder, såsom arbetsmiljön, innan man ställer sig frågan om den befintliga organisationen kan stödja en fortsatt utvecklingen av primärvården. Ett antal förslag på vägar framåt lyfts fram. Förhoppningsvis kan dessa vara ett stöd i det fortsatta arbetet med att stegvis förbättra primärvårdens organisation och styrning och därmed också bättre leva upp till de många intressenternas förväntningar och behov.

Projektet har finansierats på uppdrag av Region Skåne. Rapportens innehåll och struktur har diskuterats inom ramen för skriftseriens redaktionella stöd innan den formaterats för publicering i KEFUs skriftserie. Som brukligt svarar författaren själv för de värderingar som görs i rapporten.

*Lund i mars
Ulf Ramberg
KEFU*

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

Syftet med det utvärderingsuppdrag som redovisas i denna rapport var att utvärdera den nuvarande organisationen för primärvården i egen regi (offentliga vårdcentraler) och utifrån resultatet av utvärderingen och en bedömning av framtida behov och utmaningar identifiera lämpliga åtgärder. Utvärderingen ska särskilt belysa:

- Om syftet med den nya organisationen för primärvården i egen regi som infördes 2013 har uppfyllts,
- Hur arbetsmiljön inom primärvård i egen regi har utvecklats,
- Vilka åtgärder som bör vidtas för att säkerställa arbetsmiljö i primärvården och underlätta samverkan med sjukhusvården,
- Konsekvenser av föreslagna åtgärder för den övergripande organisationen av primärvård i egen regi.

Sammantaget vittnar det material som samlats in genom intervjuer, enkäter och statistik om ansträngda och försämrade arbetsvillkor i primärvården. Det finns en bred och samstämmig uppfattning bland de som intervjuats, både i primärvården och inom specialiserad sjukhusvård, att uppdelningen av primärvården i tre förvaltningar inte lett till en bättre samverkan med sjukhusvården. Det finns indikationer på att samverkan inom primärvården snarast har försämrats. Primärvården har delats upp och flera intervjuade, särskilt inom SUS, upplever att man fått anpassa sin verksamhet till den kultur och tradition som finns inom respektive sjukhusförvaltning.

Flera förslag redovisas i rapporten för att förbättra arbetsmiljön i primärvården respektive samverkan mellan primärvård och sjukhusen. Mot bakgrund av konstaterade problem och brister finns anledning att prioritera konkreta åtgärder och initiativ. När konkreta åtgärder och initiativ definierats kan konsekvenser för den övergripande organisationen och styrning bedömas.

En god arbetsmiljö förutsätter en god bemanning och ett uppdrag som upplevs som hanterbart. En förbättrad tillgång på allmänläkare blir på sikt helt avgörande. På både kort och lång sikt har även andra åtgärder stor betydelse. Ett väl fungerande nära chefskap kan bidra till en utveckling mot fler s k ”gröna öar” där medarbetare upplever att arbetsmiljön är god. Gröna öar – vårdcentraler med i huvudsak god arbetsmiljö – återfinns i alla tre förvaltningarna. Enligt tidigare kartläggningar samvarierar dessa gröna öar med en god bemanning och väl fungerande verksamhetschefer. En utveckling mot ett bättre nära chefskap i primärvården kan stödjas genom en kombination av åtgärder:

- Öka verksamhetschefers befogenheter,
- Förbättra möjligheterna att lyckas,
- Utveckla regionalt kunskapsstöd och en bättre uppföljning,
- Stärk ansvarsutkrävningen.

Brister i samverkan mellan primärvård och sjukhusvård förklaras sannolikt av en kombination av olika faktorer. Eftersom problemet är komplext och sammansatt måste förbättrad samverkan mellan primärvård och sjukhusvård omfatta flera åtgärder och utvecklas över tid. Ambitioner att utveckla samverkan måste omfatta hela primärvården, inklusive verksamhet i privat regi. En viktig förutsättning är ökat antal allmänläkare men det finns skäl att anta att detta inte är tillräckligt. I rapporten ges flera föreslag på åtgärder för att förbättra samverkan mellan primärvård och sjukhusvård:

- Tydliggör uppdrag och mandat för primärvård och allmänläkare,
- Tydliggör proaktiva överenskommelser mellan primärvård och sjukhusvård, bl a genom förstärkt AKO funktion,
- Skapa bättre konsultstöd och satsa på gemensamt lärande, snarare än att flytta ut specialister på vårdcentraler,
- Utveckla en kontinuerlig uppföljning av patienters upplevelser, för att skapa ökad motivation att se till helheter och processer.

Sammantaget innebär redovisade förslag att strategiska frågor om primärvårdens uppdrag och samverkansfrågor lyfts till regional nivå, samtidigt som ansvar och befogenheter för enskilda verksamhetschefer stärks (decentraliseras) i syfte att förbättra förutsättningarna för en god arbetsmiljö. Förslagen medför inga krav på förändringar i den övergripande formella organisationsstrukturen. Förslagen får däremot konsekvenser för arbetet på regional nivå och för ansvarsfördelningen gentemot förvaltningar. Förslagen får också konsekvenser för behovet av mellanchefer i primärvården. Samverkan med sjukhusvården måste omfatta hela primärvården, inklusive privata vårdcentraler.

En generell utgångspunkt bakom förslagen är att en strategisk färdplan för satsningar på primärvård måste formuleras av Region Skåne själv. En sådan regional färdplan kan bli utgångspunkt för uppföljningsbara uppdrag till de tre förvaltningarna. Omställningen av vården till förmån för primärvård är en långsiktig och mödosam process som inte kan åstadkommas av förvaltningarna själva.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Förord</i>	<i>ii</i>
<i>Slutsatser och förslag</i>	<i>iii</i>
Kapitel 1 Inledning	1
1.1 <i>Bakgrund</i>	1
1.2 <i>Uppdraget och avgränsningar</i>	2
1.4 <i>Metod och material</i>	3
1.5 <i>Rapportens disposition</i>	5
Kapitel 2 Utvecklingen av bemanning och kontinuitet	6
2.1 <i>Andelen invånare som är listade i egen regi fortsätter att minska</i>	6
2.2 <i>Färre allmänläkare och fler övrig personal, men utvecklingen i olika förvaltningar skiljer sig</i>	7
2.3 <i>Svårt bedöma utvecklingen vad gäller tillgänglighet och kontinuitet</i>	12
Kapitel 3 Bedömning av arbetsmiljö och samverkan enligt läkare och sjuksköterskor – redovisning av enkätsvaren	16
3.1 <i>Upplevelser om arbetsmiljön</i>	16
3.2 <i>Bedömning av samverkan med sjukhusvården</i>	19
3.3 <i>Bedömning av samverkan med kommunal vård och omsorg</i>	22
3.4 <i>Bedömning av möjligheter att koordinera och planera vården för patienterna</i>	23
3.5 <i>Bedömning av möjligheter att överföra uppgifter till andra personalkategorier inom primärvården</i>	25
3.6 <i>Bedömning av kvalitet och behov av förändringar</i>	28
3.7 <i>Stora variationer inom förvaltningarna</i>	29
Kapitel 4 Utveckling av arbetsmiljö och samverkan efter omorganisationen – redovisning av resultat från intervjuer	31
4.1 <i>Arbetsmiljön</i>	31
4.2 <i>Samverkan med sjukhusvården</i>	34
4.3 <i>Samverkan inom primärvården och övriga konsekvenser</i>	36
Kapitel 5 Förslag på åtgärder för att förbättra arbetsmiljö och samverkan	38
5.1 <i>Organisationsformens betydelse för att möta primärvårdens utmaningar</i>	38
5.2 <i>Andra utgångspunkter bakom rapportens förslag</i>	39
5.3 <i>Förslag för att förbättra arbetsmiljö i primärvården</i>	40
5.4 <i>Förslag för att förbättra samverkan med sjukhusvården</i>	44
5.5 <i>Konsekvenser för övergripande organisation och styrning</i>	50
Bilaga 1: Intervjuförteckning	52

Bilaga 2: Enkät till läkare respektive sjuksköterskor i primärvården om arbetsmiljö och samverkan.....	53
Bilaga 3: Utvecklingen av summerad sysselsättningsgrad per förvaltning	74

KAPITEL 1

INLEDNING

1.1 BAKGRUND

I samband med en omorganisation av hälso- och sjukvården i Region Skåne år 2013 (Skånevård 2.0) blev den offentliga primärvården uppdelad på tre förvaltningar; SUS (35 hälsovalsenheter), Sund (27 hälsovalsenheter) och Kryh (23 hälsovalsenheter). Dessa förvaltningar omfattade offentlig primärvård och offentlig specialiserad sjukhusvård inom olika geografiska områden. Tidigare, under perioden 2010-2013, hade offentlig primärvård organiserats i en gemensam skåneövergripande förvaltning. Före 2010 var primärvården uppdelad på fem geografiska distrikt med varsin primärvårdschef. Det uttalade primära syftet med förändringen år 2013 var att åstadkomma en bättre och mer effektiv samverkan mellan sjukhusvården och primärvården.

I april år 2016 redovisade KEFU på uppdrag av Region Skåne en bred översyn av primärvårdens utveckling efter införandet av Hälsoval Skåne.¹ I rapporten identifierades flera utvecklingsbehov. Med utgångspunkt i dessa behov utformades också rekommendationer som stöd för en fortsatt utveckling av primärvården. Med utgångspunkt i översynen och dess rekommendationer beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att inrätta en parlamentarisk grupp med uppdrag att följa och utgöra styrgrupp för ett projekt - Hälsoval 2.0 - med syftet att ta fram förslag på förändringar av ackrediteringsvillkor. Uttryckta ledord i detta pågående projekt är långsiktighet, förenkling och minskad detaljstyrning. Den formulerade målbilden är att primärvårdens resurser succesivt ska öka fram till år 2025.

Region Skåne står således inför en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet, där den nära vården ska prioriteras med en ny framtida roll för primärvården. Den nationella utredningen "Effektiv vård"² är en utgångspunkt för arbetet, liksom den särskilda utredare som tillsatts av regeringen med uppdrag att stödja landstingen i arbetet med att ställa om och modernisera vården med fokus på primärvården.

Målbilden för Hälsoval 2.0 svarar mot de upplevda behoven i skånsk primärvård. I april 2017 formulerade ett stort antal av Region Skånes allmänläkare ett öppet brev där man beskriver det man upplever som en krissituation inom primärvården. Man efterlyser en kraftig satsning på ökade resurser till primärvården, införandet

¹ Anell A (2016) Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne. KEFU Rapport 2016:4.

² SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.

av ett nytt journalsystem, en förbättrad arbetsmiljö och en ökad satsning på ST-läkare och fortbildning. Man föreslår också en återgång till en separat och gemensam primärvårdsförvaltning, bl a för att kunna erbjuda en jämlik vård i hela Skåne.

Mot bakgrund av framtida utmaningar och den upplevda arbetssituationen finns det skäl att utvärdera den nuvarande organisationen av primärvård i egen regi. Det gäller dels om målsättningarna vid omorganisationen år 2013 har uppfyllts, dels om organisationen på ett framgångsrikt sätt kan möta utvecklingsbehov i både primärvård och sett till hälso- och sjukvården som helhet.

1.2 UPPDRAGET OCH AVGRÄNSNINGAR

Syftet med utvärderingsuppdraget är att utvärdera den nuvarande organisationen för primärvården i egen regi (offentliga vårdcentraler) och utifrån resultatet av utvärderingen och en bedömning av framtida behov och utmaningar identifiera lämpliga åtgärder.

Utvärderingen ska särskilt belysa följande frågeställningar avseende den nya organisation som infördes 2013:

- Syftet med den nya organisationen för primärvården var framför allt åstadkomma en bättre samverkan mellan vårdnivåerna. I vilken utsträckning och på vilket sätt har dessa avsedda effekter med den nya organisationen uppnåtts?
- Hur har arbetsmiljön inom primärvård i egen regi utvecklats före och efter den nya organisationen infördes och vilka är orsakerna bakom denna utveckling?
- Vilka övriga effekter avseende bland annat bemanning, effektivitet, jämlik vård samt styrning och ledning kan observeras som en konsekvens av den nuvarande organisationen?

Utvärderingen ska i bedömningen av lämpliga åtgärder särskilt beakta följande:

- Vilka åtgärder kan och bör vidtas på kort och lång sikt för att säkerställa arbetsmiljö och därmed skapa förutsättningar för en förbättrad bemanning?
- Hur kan organisationen samt styrning och ledning utformas för att balansera behovet av gemensamma lösningar respektive handlingsutrymme och incitament för effektivitet och utveckling i den enskilda enheten?
- Hur bör organisation samt styrning och ledning för primärvården i egen regi utvecklas för att på bästa sätt stödja och underlätta samverkan i hälso- och sjukvårdssystemet, utveckling av den nära vården med en successiv omfördelning av uppgifter och resurser och en framtida ny roll för primärvården?

Bedömningen av den nya organisationens effekter avgränsas till verksamheter inom Hälsovalet för Vårdcentral. Uppdraget omfattar inte utvärdering och förslag avseende ackrediteringsvillkorens utformning, som pågår inom ramen för arbetet med Hälsoval 2.0. Eftersom en betydande del av den samlade primärvården drivs i privat regi, måste det samlade styrsystemet vara utformat för att styra mot en

gemensam målbild oavsett driftform. Den interna organisationen för primärvården i egen regi, som fokuseras i detta uppdrag, kan däremot ha stor betydelse för hur verksamheten i egen regi bidrar till effektivitet och uppfyllelse av målen.

1.4 METOD OCH MATERIAL

Uppdraget har genomförts genom analys av både kvantitativa och kvalitativa data. Det insamlade materialet avser i första hand intervjuer och webenkäter till läkare respektive sjuksköterskor, men även befintlig statistik. Befintlig statistik avser registerdata som beskriver bemanning och verksamhet i offentlig primärvård, uppgifter från patientenkäter i primärvården samt resultat från Regions Skånes egna medarbetarundersökningar. Bedömningar om lämpliga åtgärder baseras även på aktuella utredningar och relevant forskning. Frågor om effekter besvaras så långt det är möjligt genom att jämföra olika data och genom logiska resonemang. Det har varit svårt att få fram jämförbara data för utvecklingen i primärvården före och efter år 2013 inom projektets ramar. Det finns ingen kunskap om vad som skulle hänt utan omorganisationen år 2013 och inga möjligheter till kontrollerad jämförelse. Det är därför inte möjligt att formulera slutsatser om orsakssamband.

1.4.1 Intervjuer

Sammanlagt genomfördes 35 semi-strukturerade intervjuer under perioden september – november 2017. Urvalet intervjuer avser främst nuvarande eller tidigare chefer på olika nivåer inom primärvården i egen regi, men även verksamhetschefer och divisionschefer inom närmast berörd specialiserad sjukhusvård.³ Andra som intervjuats är förvaltningschefer, chefläkare och enskilda allmänläkare (även privat regi) samt primärvårdschefer i två andra regioner. En förteckning över intervjuade personer framgår av bilaga 1. Intervjuer fokuserade i första hand en bedömning av effekter av den nya organisation och uppfattningar om lämpliga åtgärder för att skapa bättre arbetsmiljö i primärvården och samverkan med sjukhusvården. Några av intervjuerna har följts upp med kompletterande frågor under december - januari. Intervjuer med chefer i andra regioner avser erfarenheter av primärvårdens organisation i egen regi i Västra Götalandsregionen och Region Östergötland.

1.4.2 Enkäter till läkare respektive sjuksköterskor

Två enkätundersökningar om upplevelser och bedömningar av arbetsmiljö och samverkan riktades till samtliga allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin respektive samtliga sjuksköterskor på vårdcentraler i egen regi. Inbjudan att

³ Med "närmast berörd specialiserad sjukhusvård" avses chefer för akutverksamhet, internmedicin och närsjukvård.

medverka i de webbaserade enkäterna gick ut via mail följt av två påminnelser i slutet av november 2017. Det huvudsakliga syftet var att studera upplevelser och bedömningar i genomsnitt samt eventuella skillnader mellan de tre förvaltningarna.

Flera av frågorna till primärvårdsläkare baserades på en tidigare undersökning år 2015 av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.⁴ Den tidigare undersökningen av Vårdanalys riktades mot allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin och det fanns därför möjligheter att jämföra enkätsvar 2017 med motsvarande svar 2015. Eftersom Vårdanalys enkätstudie omfattade samtliga landsting och regioner fanns också möjligheter att jämföra svar från skånska primärvårdsläkare med motsvarande svar från andra regioner och landsting år 2015.

Svarsfrekvenser och antal svar på de två webbenkäterna framgår av tabell 1.1. Svarsfrekvensen var högre för sjuksköterskor än för läkare och högre för Kryh jämfört med Sund och SUS. Den tidigare undersökningen av Vårdanalys år 2015 hade högre svarsfrekvens och baserades på sammanlagt 263 svar från skånska primärvårdsläkare i offentlig regi.

Tabell 1.1. Svarsfrekvens och antal svar uppdelat på enkätversion (läkare respektive sjuksköterskor) samt förvaltningar.

	Enkät läkare	Enkät sjuksköterskor
Sund		
- Svarsfrekvens	37%	41%
- Antal svar	67	110
Kryh		
- Svarsfrekvens	40%	45%
- Antal svar	42	82
SUS		
- Svarsfrekvens	37%	37%
- Antal svar	126	155
Totalt		
- Svarsfrekvens	37%	40%
- Antal svar	235	347

I rapporten redovisas de huvudsakliga resultaten från enkäterna. Där det är möjligt jämförs med resultaten från Vårdanalys enkät 2015. I vissa avseenden görs fördjupningar genom att svaren delas upp utifrån bakgrundsfrågor i enkäten som anger antal års erfarenhet i yrket respektive om man är allmänläkare eller ST-läkare. I bilaga 2 redovisas samtliga svar på frågorna i respektive enkät.

⁴ Vårdanalys (2015:9) Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. Vårdanalys, Stockholm.

1.4.3 Befintlig statistik

Bedömningen av befintlig statistik omfattar i första hand bemanningen inom primärvården i relation till antalet listade invånare i respektive förvaltning. Det har inte varit möjligt att följa utvecklingen när det gäller bemanningen före 2013 på grund av brister i statistiken. Eventuella systematiska skillnader mellan förvaltningar när det gäller tjänstledighet och sjukskrivningar har inte beaktats. Annan statistik som redovisas per förvaltning avser utvecklingen av patientupplevd kvalitet enligt uppgifter från Nationell patientenkät och registrerad kontinuitet till läkarbesök i primärvården. Även i detta avseende har det funnits problem med tillgång på data. Enkätfrågor i den nationella patientenkäten har förändrats, vilket försvårar jämförelser över tid. Ytterligare statistik som använts som komplement till intervjuer och webenkäter är resultat från Region Skånes medarbetarundersökningar (Springlife).

1.5 RAPPORTENS DISPOSITION

Resterande kapitel i rapporten är organiserade i två delar. I en första del, som avser kapitel 2-4, besvaras frågor om arbetsmiljön i primärvården och samverkan mellan primärvården och sjukhusvården. I kapitel två redovisas utvecklingen vad gäller bemanning och kontinuitet till läkarbesök i primärvården sedan 2013. I kapitel tre redovisas de huvudsakliga resultaten från webenkäterna till läkare respektive sjuksköterskor. I kapitel fyra redovisas slutsatser från intervjuundersökningen. Varje kapitel inleds med en kort sammanfattning av de viktigaste slutsatserna. Rapportens andra del, som avser kapitel 5, är framåtsyftande. I kapitlet diskuteras organisationsformens betydelse för att möta primärvårdens utmaningar och andra utgångspunkter bakom rapportens förslag. Vidare redovisas förslag för att förbättra arbetsmiljön i primärvården respektive samverkan med sjukhusvården, samt förslagets konsekvenser för övergripande organisation och styrning.

KAPITEL 2.

UTVECKLINGEN AV BEMANNING OCH KONTINUITET

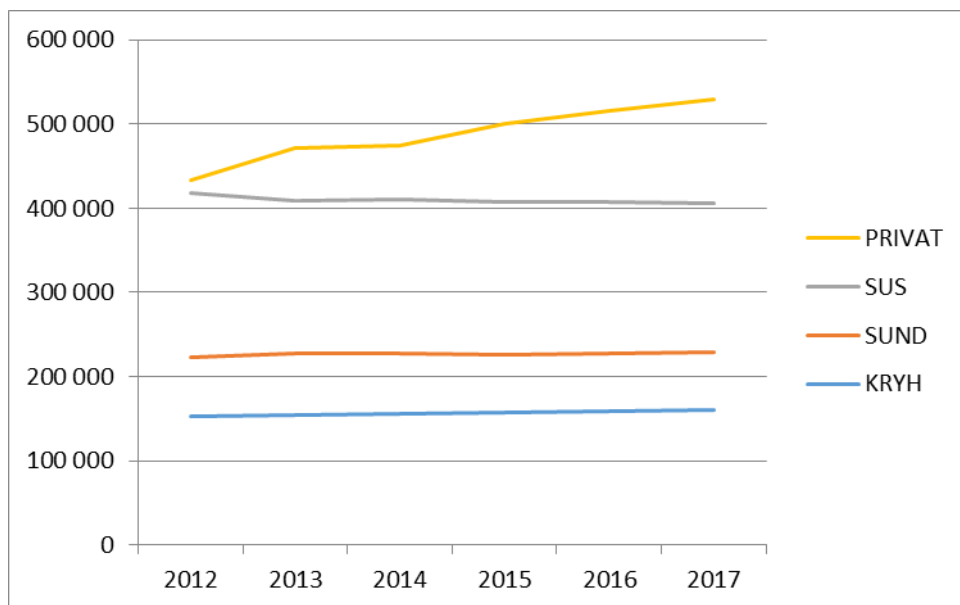
Sedan hälsovalet infördes år 2009 har antalet allmänläkare vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne minskat, medan antalet ST-läkare och övrig vårdpersonal ökat. Parallellt med dessa förändringar har antalet listade vid offentliga vårdcentraler minskat med 23 procent. Antalet ST-läkare och övrig vårdpersonal i förhållande till antalet listade vid offentliga vårdcentraler har därför ökat påtagligt; antalet allmänläkare i förhållande till antalet listade är mera oförändrat. Sett till perioden 2013 – 2016, dvs efter omorganisationen, har antalet listade i offentlig regi varit stabilt. Antalet listade i privat regi har fortsatt att öka, vilket lett till en fortsatt minskning av andelen listade i offentlig regi. Det finns en påtaglig försämring av allmänläkarbemanningen i Kryh efter år 2013, medan motsvarande bemanning i SUS och Sund i stort sett varit oförändrad. Sämst läkarbemannning år 2016 återfanns i Kryh, följt av Sund och därefter SUS. Kostnader för hyrläkare följer det mönster som kan förväntas mot bakgrund av bristen på allmänläkare, med ökade kostnader i främst Kryh år 2013-2016. För övrig personal finns ett omvänt mönster med högst bemanning i Kryh följt av SUS och Sund. Bemanningen av sjuksköterskor i Sund och SUS har ökat snabbare än i Kryh under perioden 2013 – 2015, vilket innebär att bemanningsnivåerna utjämnats. Kontinuitet i form av andel av patienterna som besökt samma läkare vid upprepade besök uppvisar ingen tydlig trend under 2013 – 2016. Patienters uppfattningar om kontinuitet vid läkarbesök har enligt resultat från nationell patientenkät snarast förbättrats från 2015 till 2016.

2.1 ANDELEN INVÅNARE SOM ÄR LISTADE I EGEN REGI FORTSÄTTER ATT MINSKA

Uppgifter om bemanningen inom primärvården i de tre förvaltningarna måste ställas i relation till antalet listade invånare. Sett över en längre tidsperiod visade översynen år 2016 att allt färre skånska invånare har valt att lista sig på offentliga vårdcentraler.⁵ I slutet av år 2009, samma år som Hälsovalet infördes, var 1 029 971 invånare listade på vårdcentraler i offentlig regi. I slutet av 2016 var 793 423 invånare listade på offentliga vårdcentraler, vilket motsvarar en minskning med 23 procent sedan år 2009. Det mesta av den minskningen inträffade de första åren med hälsovalet då flera nya privata vårdcentraler etablerades. De senaste fem åren har antalet vårdcentraler varit i huvudsak stabilt; det gäller både offentliga och privata vårdcentraler. Det har under den perioden inte heller skett någon större förändring i det totala antalet listade vid

⁵ Anell A (2016) Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne. KEFU Rapport 2016:4.

vårdcentraler i offentlig regi. Som framgår av figur 2.1 har också antalet listade vid de tre förvaltningarna varit i huvudsak stabilt. Det finns en tendens till ökat antal listade vid offentliga vårdcentraler i Kryh och viss minskning i SUS sett över hela perioden. Den mest påtagliga förändringen är att antalet listade invånare vid privata vårdcentraler har fortsatt att öka, vilket till en fortsatt ökande andel invånare som är listade i privat regi. I september 2017 var 40 procent av invånarna i Skåne listade vid en privat vårdcentral, jämfört med 35 procent år 2012.



Figur 2.1 Antal listade på offentliga vårdcentraler i olika förvaltningar respektive i privat regi i slutet av respektive år (september år 2017).

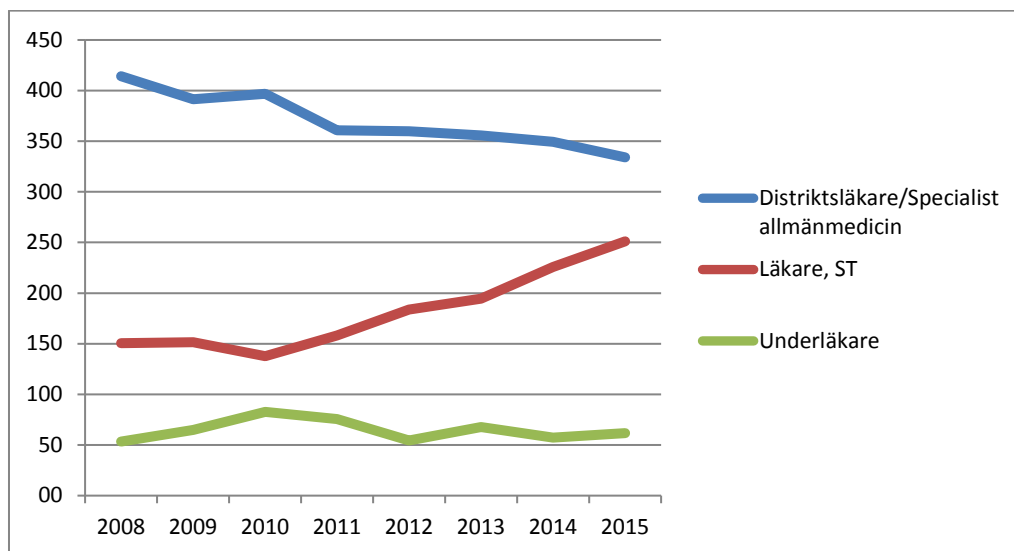
Utvecklingen när det gäller invånares listning får konsekvenser för bedömningen av bemanningsnivåer, men även för den framtida styrningen inom vården. Det blir tydligt att ambitioner att förbättra samverkan mellan primärvård och sjukhusvård måste omfatta vårdcentraler i privat regi. Ambitioner att förbättra samverkan som enbart fokuserar egen regi riskerar att leda till en ojämlig vård för invånarna. Invånare som är listade vid offentliga vårdcentraler kan få en bättre koordinerad vård än invånare som är listade vid vårdcentraler i privat regi. Andra risker är att arbetsbelastning och uppdrag för vårdcentraler kan komma att variera. Det kan i sin tur ge skevheter i möjligheterna att rekrytera allmänläkare och annan vårdpersonal i offentlig respektive privat regi.

2.2 FÄRRE ALLMÄNLÄKARE OCH FLER ÖVRIG PERSONAL, MEN UTVECKLINGEN I OLIKA FÖRVALTNINGAR SKILJER SIG

På grund av förändringar i register och personalstatistik inom Region Skåne har det inte funnits möjligheter att följa bemanningen fiktivt uppdelat på de tre förvaltningarna före år 2013. De nya data som samlats in och bedömts inom ramen

utvärderingen avser därför enbart tidsperioden efter 2013. Den tidigare översynen från 2016 visade att det totala antalet anställda vid offentliga vårdcentraler ökade mellan 2008 och 2015, även om antalet listade invånare vid offentliga vårdcentraler samtidigt minskade. Utvecklingen varierade dock mellan personalkategorier.

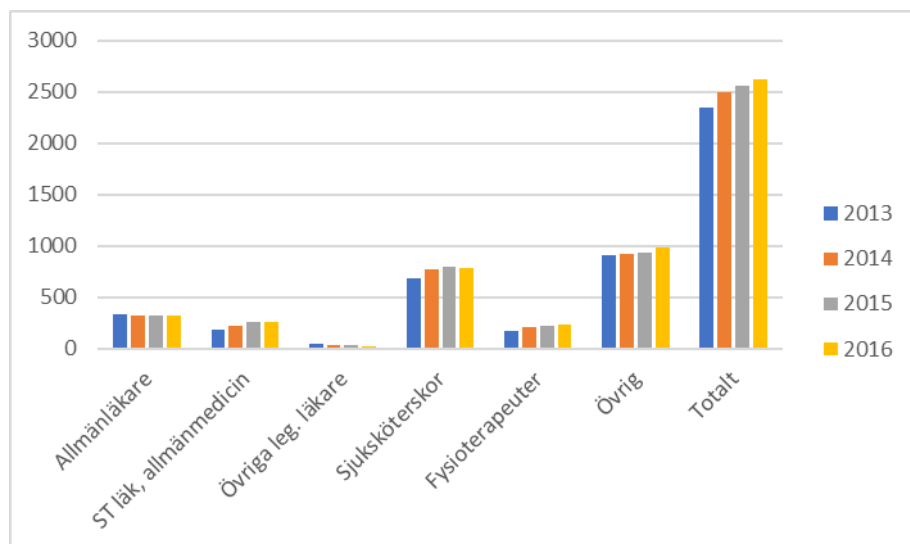
Antalet anställda allmänläkare på offentliga vårdcentraler minskade med 19 procent mellan 2008 och 2015, medan antalet ST-läkare ökade med 67 procent under samma period. Som konsekvens har mixen mellan olika kategorier av läkare förändrats påtagligt. År 2015 var knappt 40 procent av alla läkare på offentliga vårdcentraler ST-läkare, en ökning från 24 procent år 2008 (se figur 2.2). Ökningen är klart motiverad med hänsyn till det stora behovet av fler allmänläkare och förväntade pensionsavgångar. Samtidigt får allmänläkare vid offentliga vårdcentraler ta ett allt större ansvar för utbildningen av framtida läkare, större än motsvarande ansvar för allmänläkare verksamma i privat regi. Antalet ST-läkare på privata vårdcentraler år 2015 uppgick till 20 procent av totala antalet läkare.



Figur 2.2 Utvecklingen i antal läkare vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015. (Källa: Anell A (2016:4) Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne. KEFU Rapport.)

Den tidigare översynen år 2016 visade att utvecklingen för övrig personal under åren 2008 – 2015 varierade. Den enda kategorin som minskade var dock antalet medicinska sekreterare. En kraftig ökning av antalet personer inom ledning och administration noterades under 2011-2013. Däremot var antalet anställda inom ledning och administration oförändrat efter 2013. Antalet sjuksköterskor respektive sjukgymnaster var i huvudsak stabilt fram till 2013, men ökade sedan under 2014-2015.

Utvecklingen inom olika personalkategorier år 2013 – 2016 enligt de nya uppgifter som samlats in framgår av figur 2.3. Figuren visar utvecklingen samlat för de tre förvaltningarna och avser summerad sysselsättningsgrad, dvs antal tjänster omräknat till heltider. Det motsvarar i princip de heltidsekvivalenter som var utgångspunkt i översynen från 2016. Ökningen i antal sjuksköterskor och även ST-läkare har avstannat men det totala antalet anställda är ändå högre år 2016 än tidigare genom att övriga anställda har ökat. Utvecklingen per förvaltning såsom den redovisas i statistiken återfinns i bilaga 3.

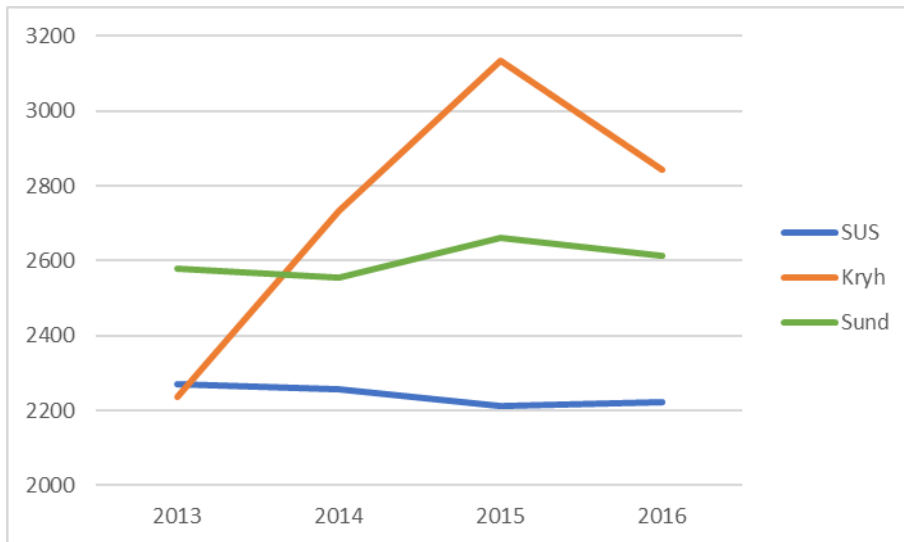


Figur 2.3 Utvecklingen av antal anställda (summerad sysselsättningsgrad) inom vårdcentraler i offentlig regi åren 2013-2016.

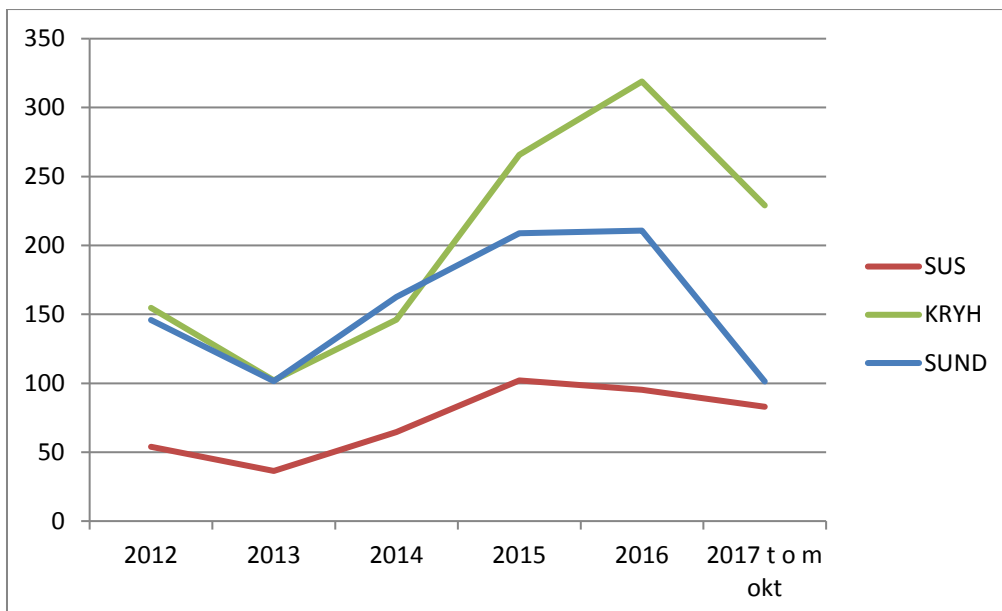
Det finns förhållandevis stora skillnader mellan de tre förvaltningarna i utvecklingen över tiden och i absoluta bemanningsnivåer. Figur 2.4 visar antalet listade per allmänläkare olika år. Som framgår är bemanningen år 2016 relativt sett bättre i SUS följt av Sund och Kryh. Nivåerna år 2016 kan jämföras med uppgifter från år 2009 då allmänläkare i offentlig regi i Region Skåne i genomsnitt listade 2 377 invånare. Medan bemanningen varit i huvudsak stabil i SUS och Sund syns en påtaglig försämring i Kryh åren 2014-2015. Fram till 2016 finns också en påtaglig ökning i kostnaderna för hyrläkare i främst Kryh, men dessa kostnader ökade även i SUS och Sund, se figur 2.5. Sammantaget har skillnaderna mellan förvaltningarna när det gäller läkarbemanningen ökat sedan 2013. Utvecklingen förklaras dock i första hand av stora rekryteringsproblem inom delar av Kryh snarare än någon generell utveckling mot ökad ojämlikhet. Skillnader i genomsnittlig läkarbemannning mellan SUS och Sund var nästan lika stora 2013 som 2016.

Rekryteringsproblemen i delar av Kryh kan leda till en negativ spiral genom att möjligheten att erbjuda nya ST-läkare handledning och en bra arbetsmiljö minskar. Sedan 2014 har antalet ST-läkare i Kryh varit stabilt medan de ökat i både SUS och Sund. År 2016 återfanns 56 procent av alla offentliga ST-läkare i

inom allmänmedicin i SUS, medan motsvarande andelar för Sund och Kryh var 29 respektive 15 procent. Dessa andelar förefaller rimliga sett till bemanningen av allmänläkare (och därmed handledare) i olika förvaltningar, men motsvarar inte behoven sett till antalet listade i respektive förvaltning och om ambitionen är att utjämna läkarbemanningen. Om det inte finns en rörlighet i samband med anställning av färdiga allmänläkare, så att fler av dem som haft sin ST-tjänst på vårdcentraler i SUS anställs av vårdcentraler i Kryh, finns risk för att skillnaderna mellan förvaltningarna i läkarbemanningen kvarstår eller förvärras.

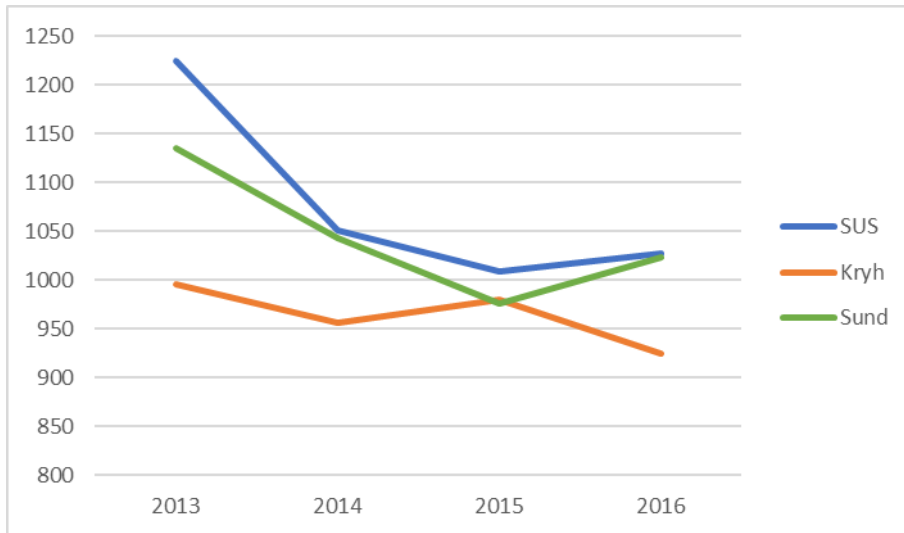


Figur 2.4 Antalet listade invånare per allmänläkare (sysselsättningsgrad) år 2013-2016.

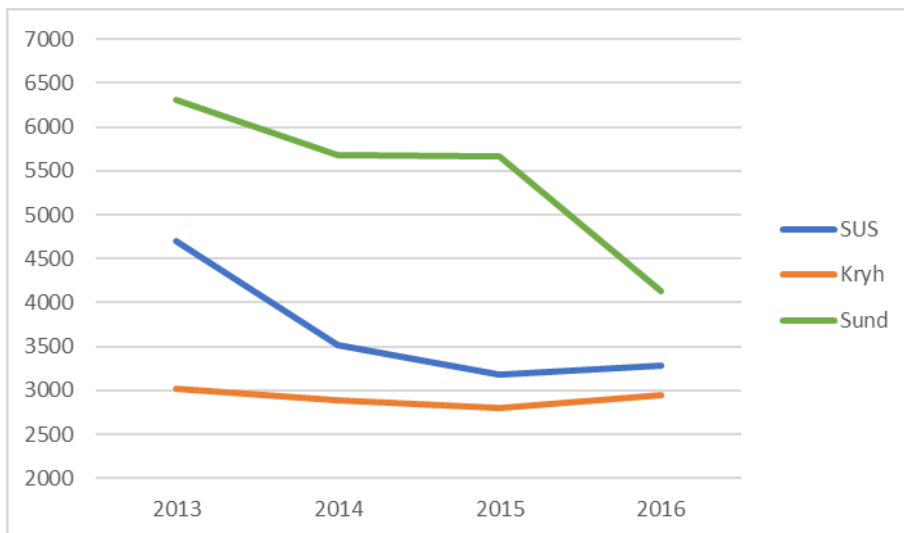


Figur 2.5 Hyrläkarkostnader (kronor) per listad invånare år 2012-2017 (t o m oktober).

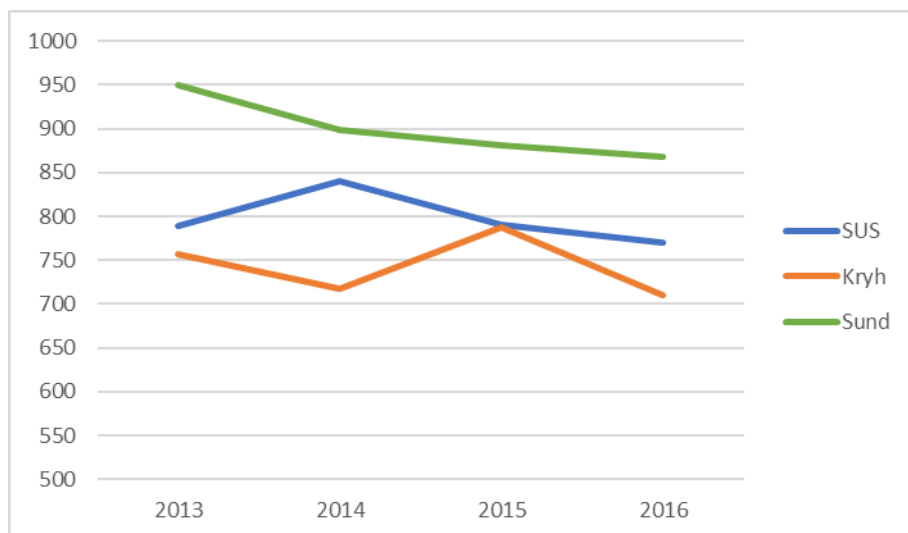
Inom andra personalkategorier finns i flera avseenden tendenser till minskade skillnader mellan förvaltningarna åren 2013 - 2016. Det är också omvända förhållanden mellan förvaltningarna när det gäller absoluta bemanningsnivåer. Bemanningen är relativt sett högst i Kryh (lägst antal listade per personalkategori) både i början och i slutet av perioden. Antalet listade per anställd har dock minskat mer i SUS och Sund, se figur 2.6 – 2.8.



Figur 2.6 Antalet listade invånare per sjuksköterska (sysselsättningsgrad) år 2013-2016.



Figur 2.7 Antalet listade invånare per fysioterapeut (sysselsättningsgrad) år 2013-2016.



Figur 2.8 Antalet listade invånare per övrig personal (sysselsättningsgrad) år 2013-2016.

När det gäller utvecklingen bland sjuksköterskor har antalet distriktssjuksköterskor minskat till förmån för fler sjuksköterskor med specialistfunktion i SUS. Skillnader mellan förvaltningar och över tid i detta avseende kan eventuellt bero på olika praxis när det gäller redovisning av anställda. Även uppgifterna om olika bemanning av fysioterapeuter i figur 2.7 är svårtolkad då det kan finnas systematiska skillnader i förekomsten av privata fysioterapeuter mellan de tre förvaltningarna. Sammantaget visar uppgifter från olika förvaltningar att den samlade bemanningen av sjuksköterskor och övrig personal (exklusive allmänläkare och ST-läkare) vid offentliga vårdcentraler förbättrats. Skillnaderna mellan förvaltningarna när det gäller sjuksköterskor och fysioterapeuter har också utjämnats efter 2013.

2.3 SVÅRT BEDÖMA UTVECKLINGEN VAD GÄLLER TILLGÄNGLIGHET OCH KONTINUITET

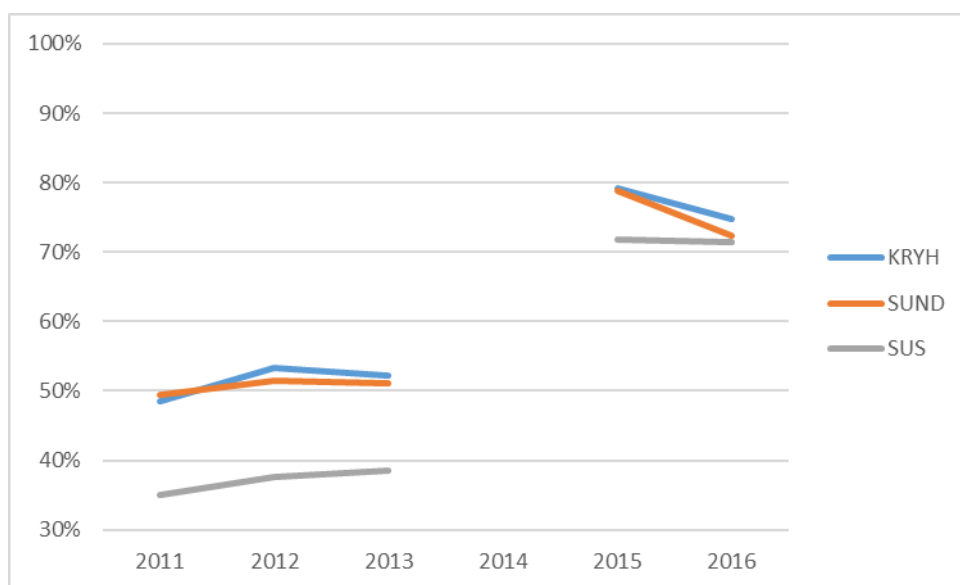
Det har varit svårt att få fram jämförbara data när det gäller utvecklingen av verksamhetens tillgänglighet och kontinuitet före och efter 2013. Det beror i första hand på generella brister i tillgången på jämförbara data, men också på att relevanta frågor i den nationella patientenkäten förändrats.

Tillgängligheten till primärvård kan anses vara en viktig kvalitetsparameter för verksamheten. Tidigare analyser från Vårdanalys⁶ av data från svenska landsting har visat på en hög grad av samvariation mellan tillgängligheten till primärvården och befolkningens förtroende för verksamheten. Detta förhållande gällde även för Region Skåne isolerat. Enligt en samlad analys med data från åren 2011-2015

⁶ Vårdanalys (2017:3) En primär angelägenhet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

hade primärvården i Skåne en sämre tillgänglighet jämfört med de allra flesta regioner och landsting. Samtidigt var befolkningens förtroende för vårdcentraler sämre än genomsnittet. Landsting med både hög tillgänglighet och högt förtroende var Jönköping, Kalmar, Kronoberg och Halland.

Möjligheterna att följa utvecklingen vad gäller tillgänglighet i patienternas perspektiv är begränsade eftersom relevanta frågor i den nationella patientenkäten ändrats. Sett till befintliga uppgifter finns ingen tydlig förändring i patienternas bedömning av vårdcentralers tillgänglighet åren 2011 – 2013, medan det finns tendens till en försämring i Kryh och även i Sund år 2016, se figur 2.9. Eftersom den senare tendensen baseras på ett enstaka år är den osäker. Det finns ingen möjlighet att jämföra med utvecklingen bakåt i tiden eftersom frågorna om tillgänglighet i den nationella patientenkäten ändrades från 2015.



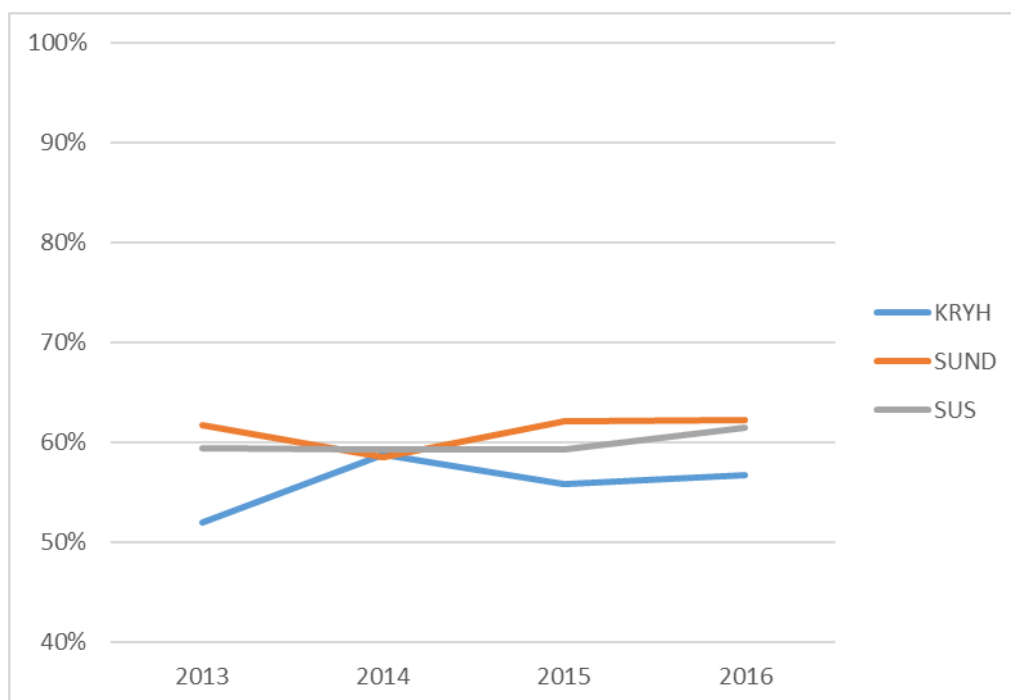
Figur 2.9 Utveckling avseende patienters bedömning av offentliga vårdcentralers tillgänglighet, baserad på nationell patientenkät 2011-2013 respektive (med förändrade frågor) 2015-2016. (Not: År 2011-2013 ställdes frågan ”Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet? (kan gälla telefon, e-post, personligt besök etc.)” och data avser andel som angett ”utmärkt” eller ”mycket bra” på en 5-gradig skala. År 2015-2016 ställdes frågan ”Är du nöjd med de sätt du kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen på” (t ex 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)” och data avser de som angett ”utmärkt” eller ”mycket bra” på en 5-gradig skala.)

Vikten av god kontinuitet i primärvården är väl belyst i tidigare forskning⁷ och har också lyfts fram som en mycket viktig kvalitetsparameter i utredningar om svensk primärvård.⁸ Betydelsen av god kontinuitet är som störst för patienter som är mångbesökare i primärvården. Men kontinuitet kan även ha betydelse för andra

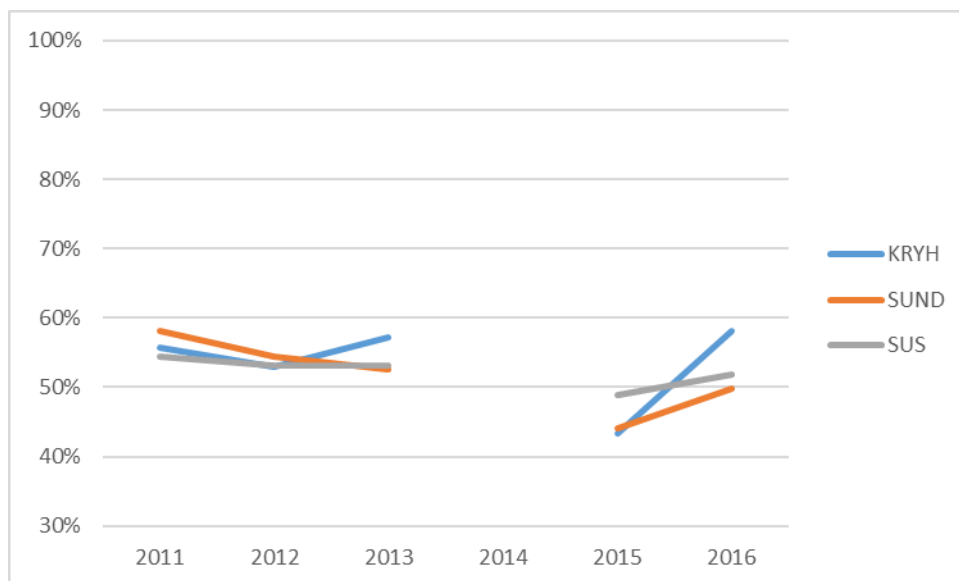
⁷ Anell A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Bilaga till SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.

⁸ SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet; Vårdanalys (2017:3) En primär angelägenhet. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

patienter och listade, bl a eftersom upplevelsen av en fast vårdkontakt skapar trygghet och kan anses ha ett värde i sig. Registerdata vad gäller kontinuitet i läkarbesöken bland mångbesökare (dvs besök hos samma läkare bland patienter som ofta besöker primärvården) uppvisar ingen tydlig trend åren 2013 – 2016, se figur 2.10. Mot bakgrund av de skillnader som redovisats i läkarbemanningen är det anmärkningsvärt att inte Kryh uppvisar en sämre utveckling än de båda andra förvaltningarna. Sett till patienternas uppfattning om kontinuitet syns t o m en förbättring för Kryh mellan åren 2015-2016, se figur 2.11. På samma sätt som för tillgänglighet finns ingen möjlighet att jämföra utvecklingen bakåt i tiden för patienternas uppfattning om kontinuitet eftersom frågorna i nationell patientenkät ändrats.



Figur 2.10 Utvecklingen vad avser kontinuitet till läkarbesök bland ”mångbesökare” år 2013 – 2016. (Not: Avser andel patienter som besökt läkare minst tre gånger och fått träffa samma läkare.)



Figur 2.11 Utveckling avseende patienters bedömning av offentliga vårdcentralers kontinuitet, baserad på nationell patientenkät 2011-2013 respektive (med förändrade frågor) 2015-2016. (Not: År 2011-2013 ställdes frågan ”Brukar du få träffa samma läkare vid dina besök på mottagningen?” och data visar andel som svarat ”alltid” eller ”nästan alltid” på 3 gradig skala. År 2015-2016 ställdes frågan ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?” och data visar andel som svarat ”alltid” eller ”nästan alltid” på 3 gradig skala.)

Både registrerad kontinuitet bland mångbesökare liksom patienters uppfattning om tillgänglighet och kontinuitet enligt nationell patientenkät baseras på förhållanden bland de individer som faktiskt haft kontakt med primärvården. Måtten fångar därmed inte generella tillgänglighetsproblem i primärvården, t ex individer som försökt men inte lyckats boka ett besök eller individer som inte vet vilken vårdcentral men ska vända sig till. Frånvaro av tydliga skillnader mellan de tre förvaltningarna ska inte heller tolkas som att det saknas problem. Problemen när det gäller tillgänglighet och kontinuitet i svensk primärvård är väl dokumenterade och stora sett i ett internationellt perspektiv.⁹ Skånsk primärvård är också långt ifrån bäst i klassen i jämförelse med andra landsting och regioner.

⁹ Anell A (2017) Primärvårdens resurser, styrning och organisation. En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, Stockholm.

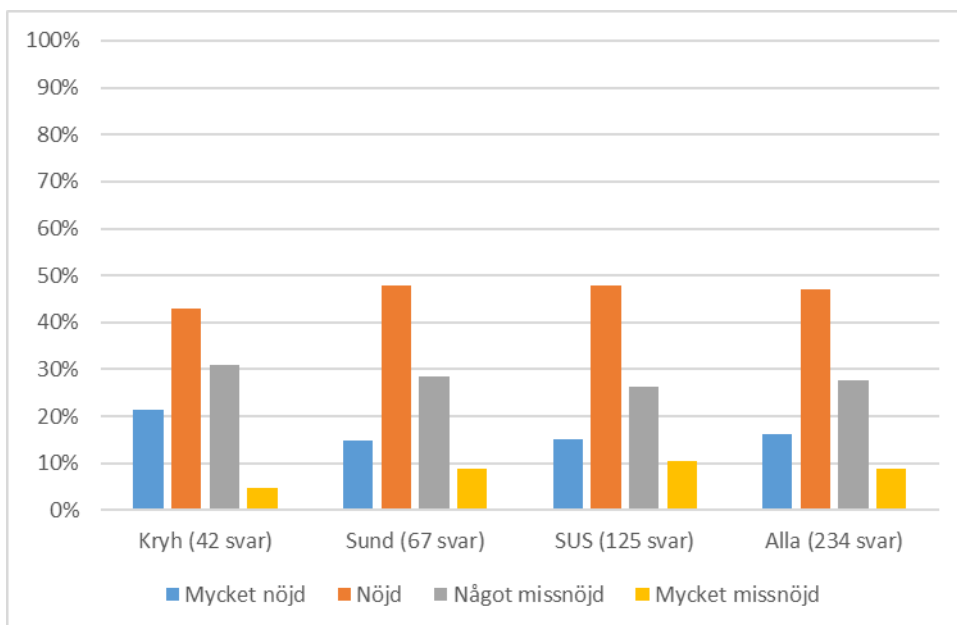
KAPITEL 3

BEDÖMNING AV ARBETSMILJÖ OCH SAMVERKAN ENLIGT LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KOR – REDOVISNING AV ENKÄTSVAREN

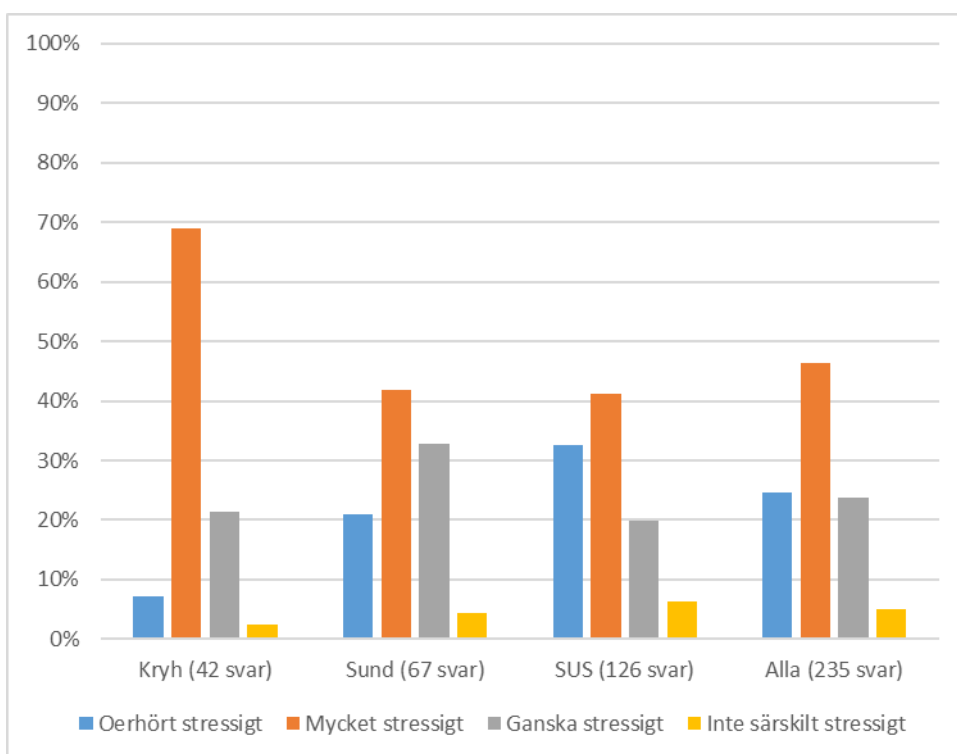
Enkät svar från läkare och sjuksköterskor ger en dystert bild över arbetsmiljön inom primärvården. Många anser att samverkan med sjukhusvården försämrats. En jämförelse med enkät svar från 2015 indikerar att läkare bedömer arbetsmiljö och förutsättningar att koordinera patienternas vård som sämre nu än då. Resultaten från enkäten motsvarar vad som framkommit i tidigare medarbetarundersökningar i Skåne. Överlag visar tidigare medarbetarundersökningar på svagare resultat i arbetsrelaterad utmattning, arbetstakt, delaktighet samt målkvalitet. Det finns inga tydliga variationer mellan förvaltningarna. Den relativt sett bättre bemanningen i SUS har inget genomslag på upplevelser i form av t ex mindre stress. Det finns snarast en tendens till att svaren på en del frågor är mer negativa från primärvårdsläkare i SUS. Det finns tydligare variationer inom förvaltningarna. Sk ”gröna öar” – vårdcentraler med i huvudsak god arbetsmiljö – återfinns i alla tre förvaltningarna. Enligt tidigare kartläggningar samvarierar dessa ”gröna öar” med en god bemanning och väl fungerande verksamhetschefer. En nyckelfråga är vårdcentralers förmåga att rekrytera och behålla läkare. Bristen på läkare lyfts fram i fria kommentarer av både läkare och sjuksköterskor som en väsentlig utmaning för att förbättra både arbetsmiljön och verksamhetens kvalitet.

3.1 UPPLEVELSER OM ARBETSMILJÖN

En majoritet av läkarna är mycket nöjda eller nöjda med att arbeta som läkare (figur 3.1), trots att man samtidigt anser att arbetet som primärvårdsläkare är mycket eller oerhört stressigt (figur 3.2). Allmänläkare är i lägre grad nöjda och uppger en högre grad av stress jämfört med ST-läkare. Jämfört med enkät svar år 2015 har andelen läkare som anser att arbetet är mycket eller oerhört stressigt ökat, liksom att andelen som är mycket nöjda eller nöjda med att arbeta som läkare har minskat (ej redovisat i figur). Jämfört med svar från andra landsting var andelen läkare som uppgav att arbetet var oerhört eller mycket stressigt i den tidigare enkäten från år 2015 lägre i Skåne än i Stockholm och Västra Götalandsregionen men högre i Skåne jämfört med övriga landsting.



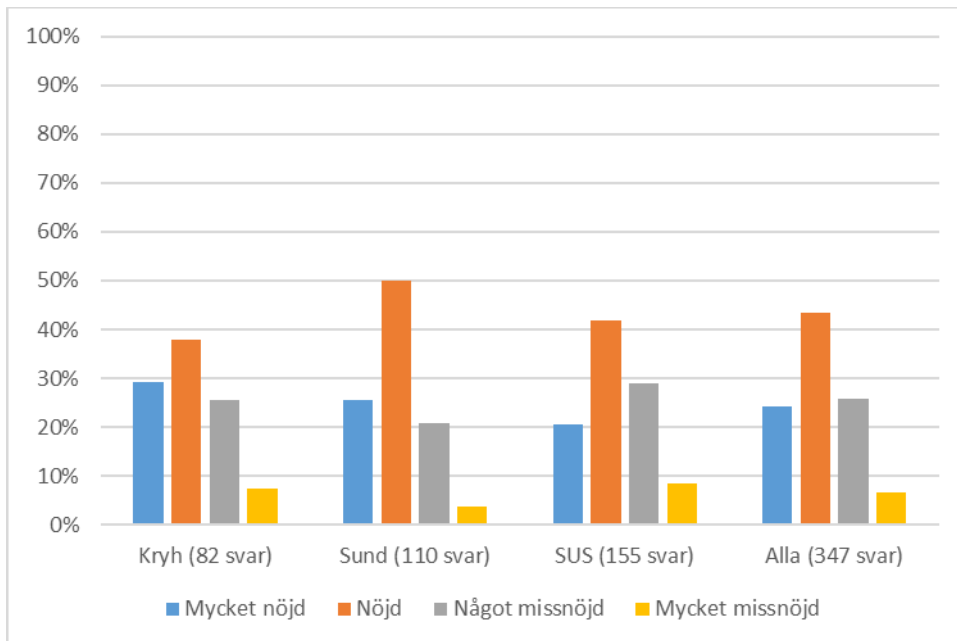
Figur 3.1 Svar på frågan ”På det hela taget, hur nöjd är du med att arbeta som läkare?”



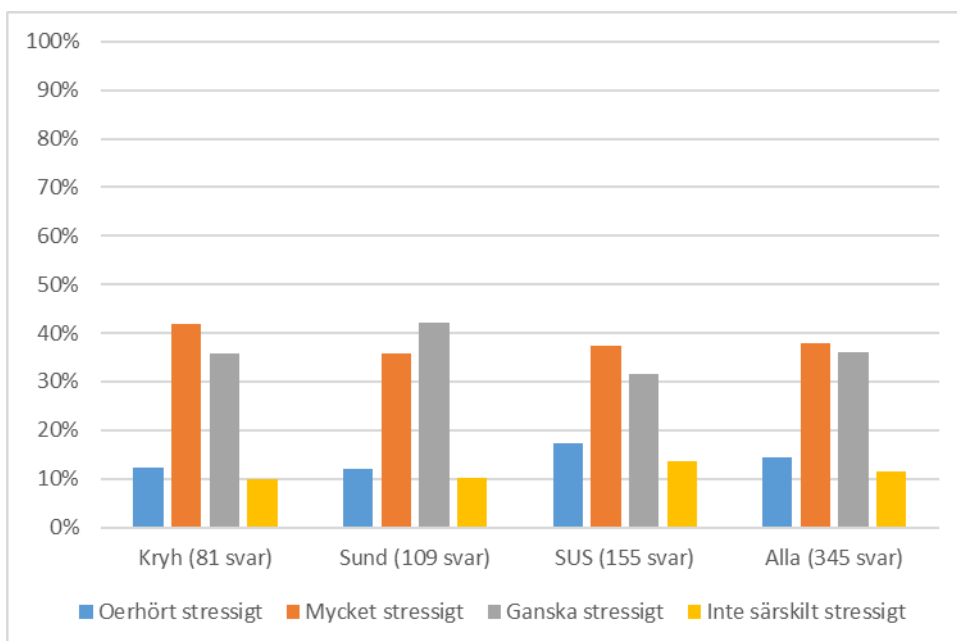
Figur 3.2 Svar på frågan ”Hur stressigt är ditt arbete som primärvårdsläkare?”

Enkät svar från sjuksköterskor motsvarar till stora delar svaren från läkare. En majoritet är mycket nöjda eller nöjda med att arbeta som sjuksköterskor men upplever samtidigt att arbetet som sjuksköterska är oerhört eller mycket stressigt (se figur 3.3 och 3.4). Enkät svaren bland läkare och sjuksköterskor sammantaget motsvarar resultat från tidigare medarbetarundersökningar år 2016 och 2014.

Dessa visar överlag svagare resultat i dimensionen ”arbetsrelaterad utmattning” men även ifråga om ”arbetstakt”.



Figur 3.3 Svar på frågan ”På det hela taget, hur nöjd är du med att arbeta som sjuksköterska?”



Figur 3.4 Svar på frågan ”Hur stressigt är ditt arbete som sjuksköterska i primärvården?”

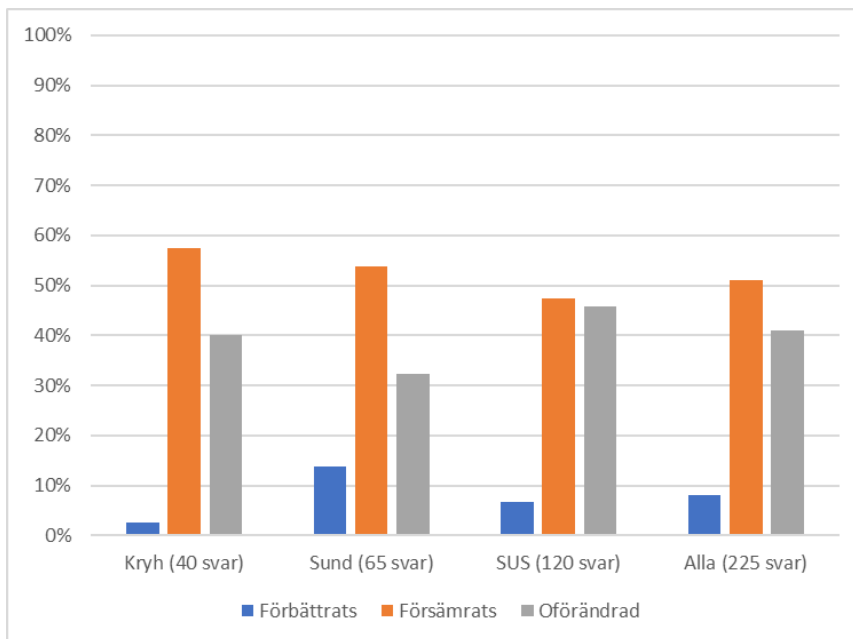
I fria kommentarer anges flera möjliga förklaringar till den stressiga arbetsmiljön. Läkare lyfter fram otillräckliga resurser och framför allt bristen på allmänläkare. Det finns en avsaknad av koppling mellan uppdrag och tilldelade resurser. Nya uppgifter förskjuts från sjukhusen till primärvården samtidigt som allt fler

invånare söker för psykisk ohälsa, vilket tar mycket tid. Även myndigheter i form av Försäkringskassan och kommuner ställer succesivt nya krav som tar resurser i anspråk. Att sjukskrivningsärenden tar mycket tid påpekas av flertalet läkare. I takt med ökande krav blir det allt svårare att hinna med på avsatt tid. Det saknas också tid för dialog med andra läkare och annan vårdpersonal och för återhämtning. Läkare uppger att man måste ”skydda sig själv” för att inte bränna ut sig. Många arbetar också deltid för att orka. Även bland sjuksköterskor anges bristen på läkare och läkartider och det ständigt utvidgade uppdraget som mycket stora problem. Det upplevs som mycket frustrerande bland sjuksköterskor att behöva avvisa patienter som har behov att få träffa läkare. Sådana avvísningar skapar ilska och frustration hos patienterna, men leder även till merarbete för vårdcentralen. Mycket sjuksköterskeresurser läggs på telefonrådgivning där man ska agera grindvakt för att läkartider saknas eller svara på allmänna frågor.

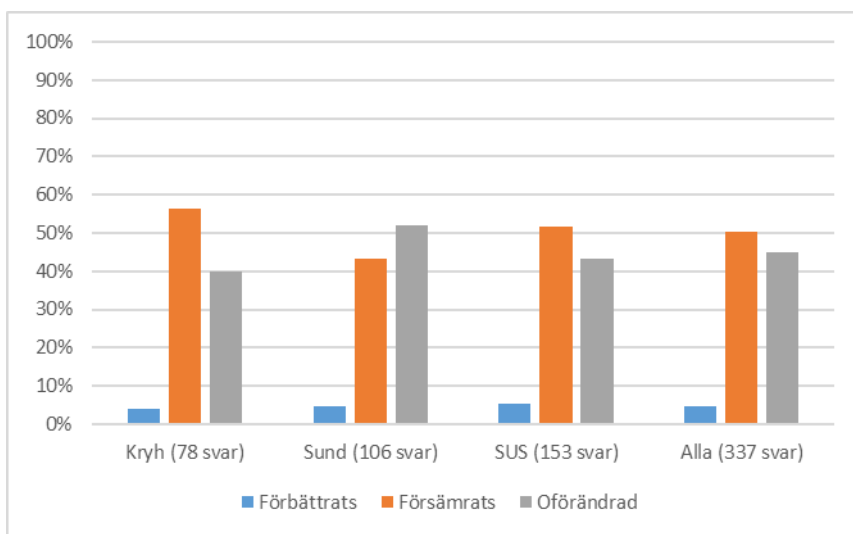
En del läkare och sjuksköterskor lyfter i fria kommentarer fram att det finns bristande långsiktighet i styrningen, som gör att förutsättningarna för arbetet ständigt ändras, och att det är för mycket fokus på ekonomi och detaljstyrning. Ett specifikt problem som lyfts är att personal som är frånvarande inte får ersättas med vikarier. De brister i styrningen som framkommer i kommentarer från läkare och sjuksköterskor överensstämmer med svaga resultat i dimensionerna ”delaktighet” och ”målqualität” från tidigare medarbetarundersökningar. Flera läkare och sjuksköterskor lyfter fram vikten av väl fungerande nära chefer. Bra verksamhetschefer som skapar rutiner bidrar till att man orkar, medan dåliga chefer leder till att personal säger upp sig.

3.2 BEDÖMNING AV SAMVERKAN MED SJUKHUSVÅRDEN

Det är få av de läkare och sjuksköterskor som besvarat enkäten som anser att samverkan mellan primärvården och sjukhusvården har förbättrats under de senaste tre åren, se figur 3.5 och 3.6. De flesta anser istället att samverkan varit oförändrad eller försämrats, med en tendens till sämre utfall enligt läkare i Kryh. En högre andel som anser att samverkan har förbättrats återfinns bland läkare i Sund, men andelen är fortfarande liten jämfört med andelen som svarat att samverkan är oförändrad eller försämrad. Svaren är mer negativa bland läkare och sjuksköterskor med längre erfarenhet (ej redovisat i figur). Bland läkare med mer än sex års erfarenhet anser 60 procent av de svarande att samverkan med sjukhusen har försämrats och drygt 30 procent att den är oförändrad.



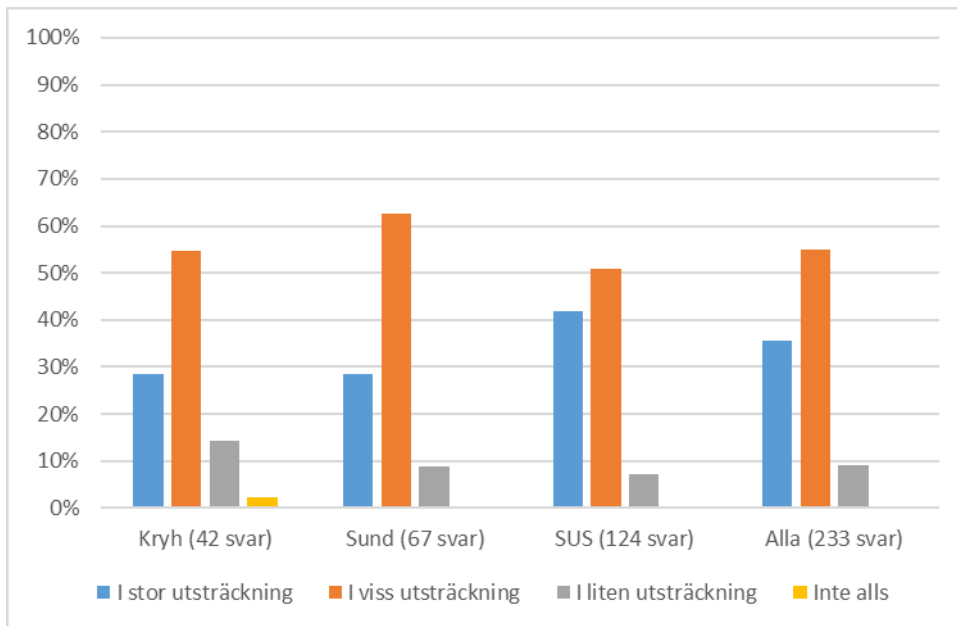
Figur 3.5 Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och sjukhusvården har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”



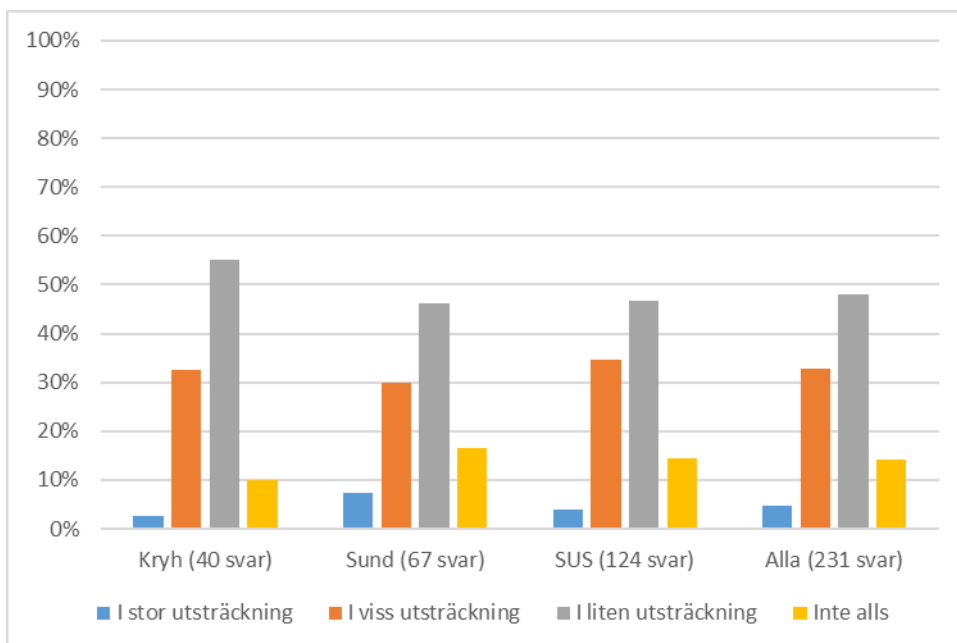
Figur 3.6 Svar från sjuksköterskor på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och sjukhusvården har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

I enkäten till läkare ställdes också frågor om arbetets fördelning mellan primärvårdsläkare och sjukhusens specialistläkare. Som framgår av figur 3.7 anser en stor andel av de läkare som svarat att man i hög utsträckning utför arbete som egentligen borde göras av sjukhusens specialistläkare. Bland primärvårdsläkare i SUS anser drygt 40 procent att man i stor utsträckning utför arbete som egentligen borde göras av sjukhusens läkare. Andelen som anser att sjukhusens specialistläkare utför arbete som egentligen borde göras i

primärvården är betydligt lägre, se figur 3.8. Svaren enligt figurerna 3.7 och 3.8 ska tolkas utifrån primärvårdsläkarnas uppfattning att det egna uppdraget ständigt utvidgas genom en förskjutning av vård från sjukhusen.



Figur 3.7 Svar från läkare på frågan "Hur ofta utför du arbete som egentligen borde göras av sjukhusens specialistläkare?"



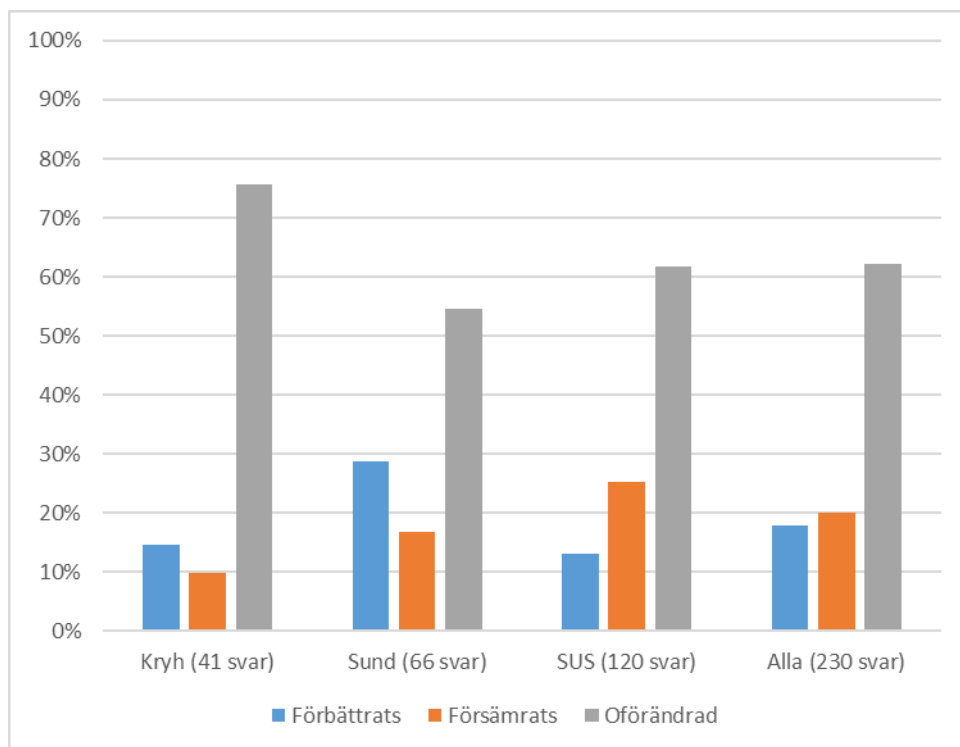
Figur 3.8 Svar från läkare på frågan "Hur ofta utför sjukhusens specialistläkare arbete som egentligen borde göras av primärvården?"

I fria kommentarer framkommer missnöje med att sjukhusens specialistläkare skickar remiss på uppföljningar som man tidigare tog hand om själv, önskemål om att få utredningar beställda som enbart specialistläkaren själv kan tolka eller

önskemål om att primärvården ska remittera patienten till annan specialist på sjukhuset. Andra kommentarer handlar om negativa erfarenheter där man själv får skicka remiss flera gånger innan en patient kan lämnas över till specialistvården. Relaterade kommentarer lyfter fram bristen på väl fungerande journalsystem och dålig kommunikation mellan läkare i primärvård respektive sjukhusvård.

3.3 BEDÖMNING AV SAMVERKAN MED KOMMUNAL VÅRD OCH OMSORG

Bedömningen av samverkan med kommunal vård och omsorg är mera positiv i jämförelse med bedömningen av samverkan med sjukhusvården. De flesta läkare och sjuksköterskor anser att samverkan med kommuner varit oförändrad, men det är fler svarande som anser att samverkan försämrats jämfört med de som anser att den förbättrats. Bland läkarna finns en tendens till att en högre andel av läkarna i Sund anser att samverkan med kommunal vård och omsorg har förbättrats, se figur 3.9.

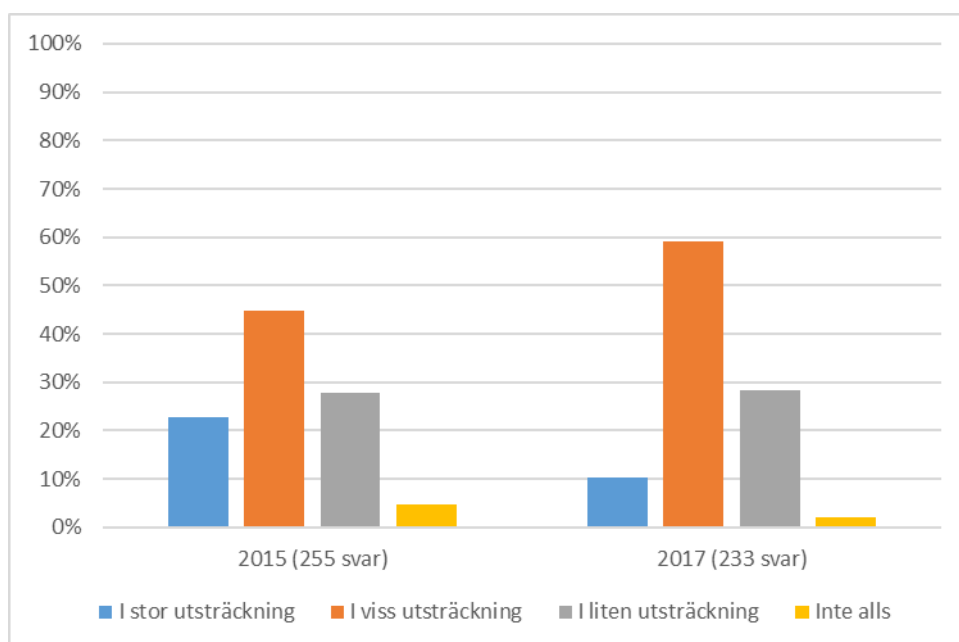


Figur 3.9 Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och kommunal vård och omsorg har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

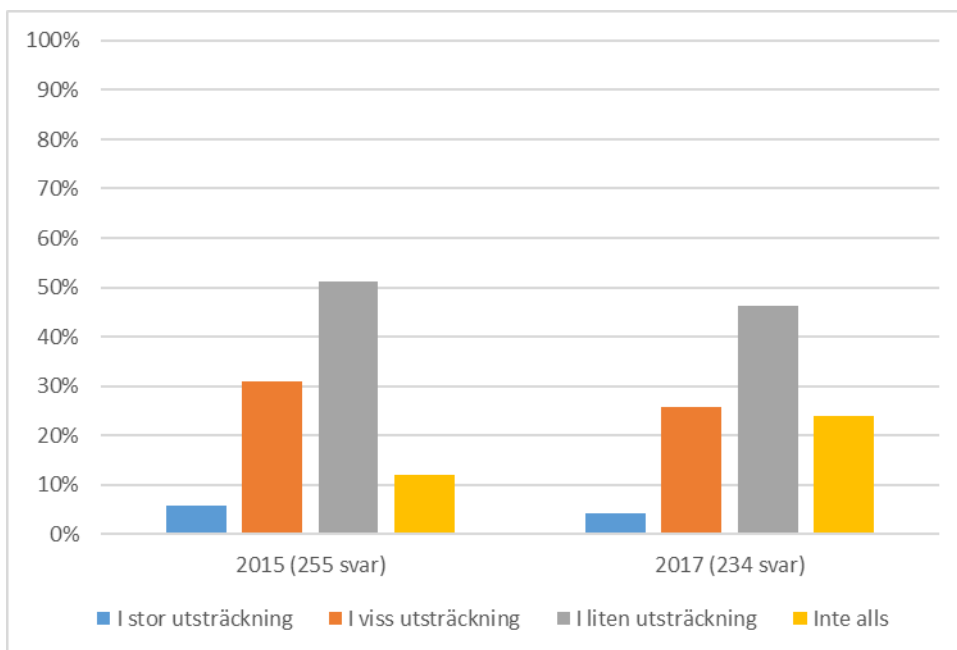
Även om bedömningarna när det gäller samverkan med kommuner är mindre negativa finns farhågor om framtiden. Av fria kommentarer framkommer t ex synpunkten på att primärvården är dåligt förbered på nya krav när det gäller vårdplanering för utskrivningsklara patienter från sjukhusen.

3.4 BEDÖMNING AV MÖJLIGHETER ATT KOORDINERA OCH PLANERA VÅRDEN FÖR PATIENTERNA

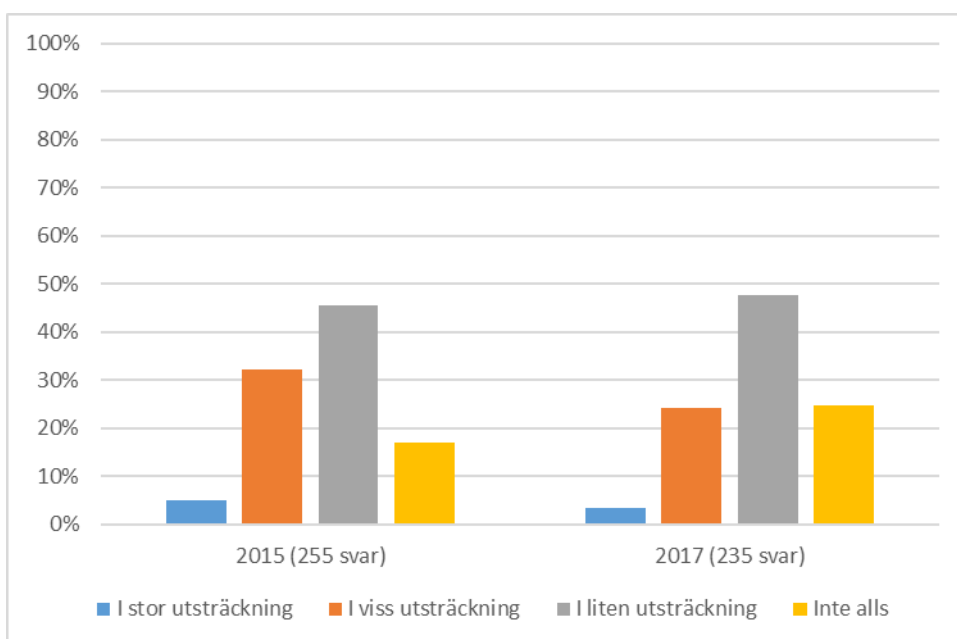
I enkäten till läkare ställdes flera frågor om förutsättningarna för att koordinera och planera vården för patienterna. Dessa frågor hämtades från den tidigare enkäten som genomfördes av Vårdanalys 2015, vilket möjliggör jämförelser av eventuellt förändrade uppfattningarna över tid. Som framgår av figurerna 3.10-3.12 så är det en mindre andel av primärvårdsläkarna som anser att de har det mandat, tid och IT-stöd som krävs för att klara uppgiften både 2015 och 2017. Det finns en tendens till försämrade upplevda förutsättningar mellan åren.



Figur 3.10 Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare det mandat som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”



Figur 3.11 Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andravård- och omsorgsgivare den tid som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”



Figur 3.12 Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare de IT-stöd som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

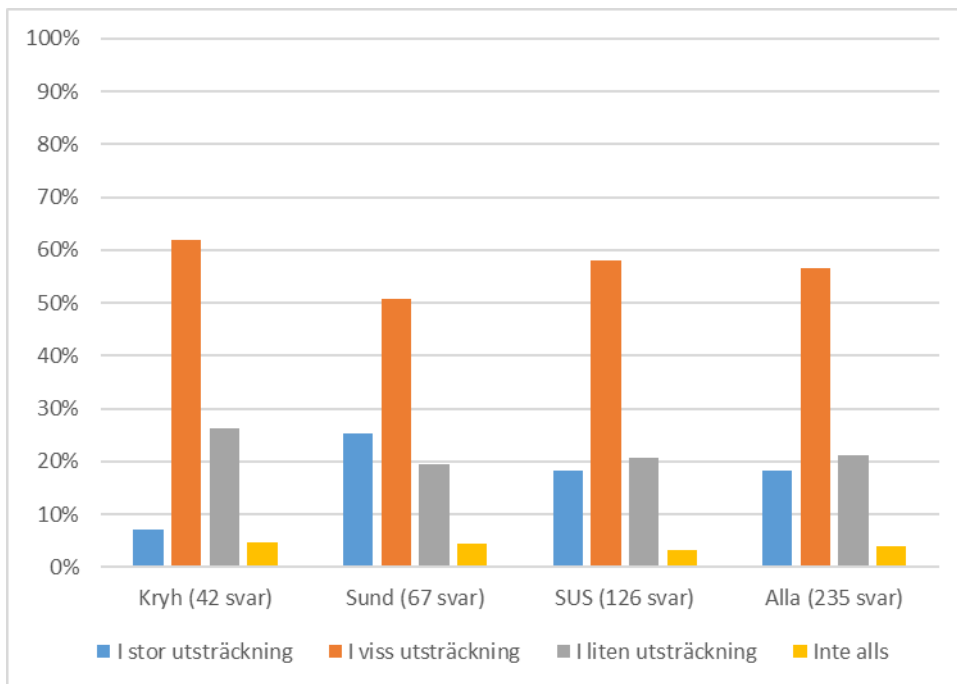
Eftersom enkätundersökningen av Vårdanalys genomfördes nationellt kan svaren från skånska primärvårdsläkare år 2015 jämföras med svar från andra landsting. År 2015 var andelen skånska primärvårdsläkare i offentlig regi som ansåg att man i stor utsträckning hade mandat att koordinera och planera vården högre än motsvarande andel i Stockholm och Västra Götalandsregionen och i nivå med

övriga landsting. Det fanns samma år inga tydliga skillnader mellan olika landsting och regioner i läkarnas uppfattningar om tid för uppdraget att koordinera och planera. Vad gäller IT-stöd var uppfattningarna klart sämst i Västra Götalandsregionen medan det inte fanns några tydliga skillnader mellan uppfattningarna bland läkare i Skåne och övriga landsting.

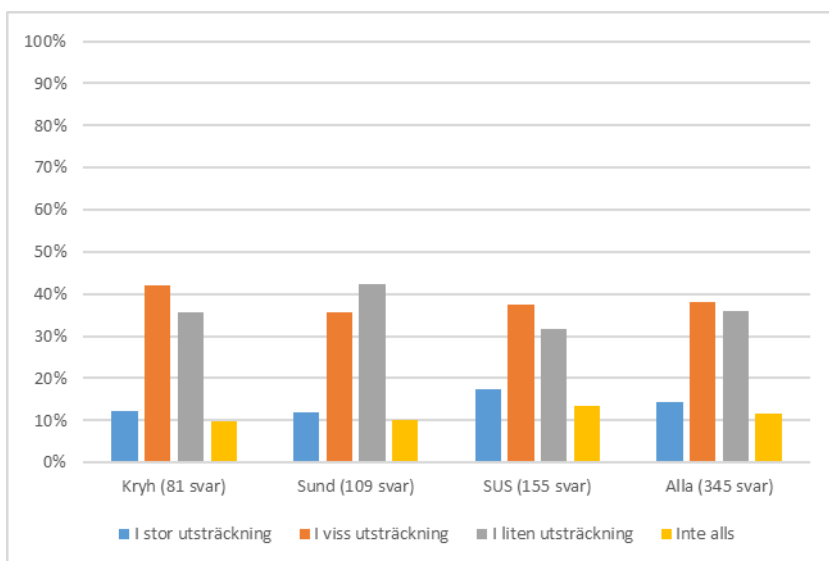
Sett till enkätsvaren 2017 finns inga tydliga skillnader mellan förvaltningarna när det gäller förutsättningar att koordinera. Däremot upplever läkare med längre erfarenhet i lägre grad att man har mandat och tid till uppgiften (ej redovisat i figur). I flera fria kommentarer pekas på betydande brister i IT-miljön generellt och i journalsystem.

3.5 BEDÖMNING AV MÖJLIGHETER ATT ÖVERFÖRA UPPGIFTER TILL ANDRA PERSONALKATEGORIER INOM PRIMÄRVÅRDEN

Ungefär tre fjärdedelar av alla primärvårdsläkare som besvarat enkäten anser att de i stor eller viss utsträckning utför arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja den egna kompetensen, se figur 3.13. Andelen som anser att man i stor utsträckning skulle kunna föra över arbetsuppgifter till andra är högre i Sund och SUS. Uppfattningar om att det finns möjligheter att överföra arbete från primärvårdsläkarna till andra inom primärvården återfinns även bland sjuksköterskor. Ungefär hälften anser att primärvårdsläkare i stor eller viss utsträckning utför arbete som egentligen borde göras av sjuksköterskor, se figur 3.14.



Figur 3.13 Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning kan de arbetsuppgifter som du utför istället utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja din kompetens som läkare?”

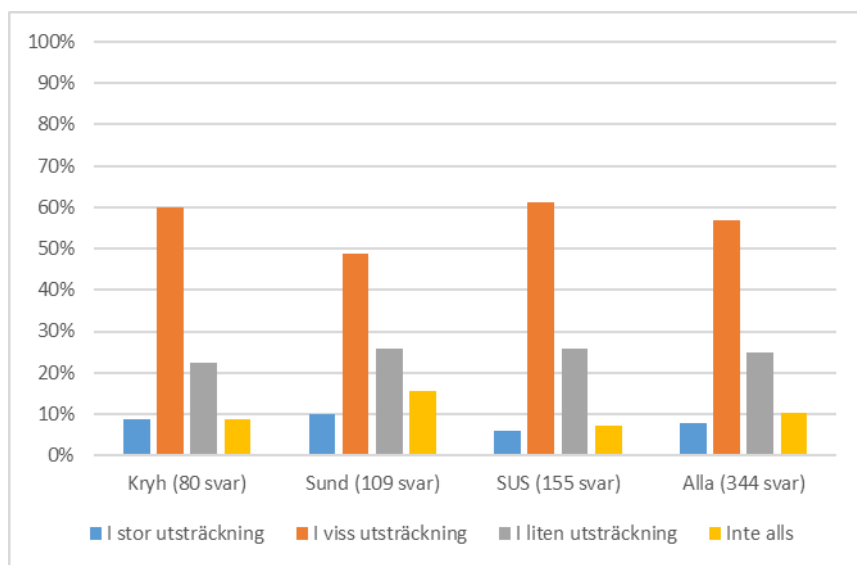


Figur 3.14 Svar från sjuksköterskor på frågan ”Hur ofta utför primärvårdsläkare arbete som egentligen borde göras av sjuksköterskor?”

Fria kommentarer när det gäller uppgifter som enligt läkarna kan överföras på andra kan sorteras i olika kategorier. En första kategori gäller förberedelser och administration i samband med patientbesök men även generellt. Det gäller förberedelser av rum med rätt instrument, hjälpa patienter av och på med kläder, byta papper och sprita britsar, justering av medicinlistor, registreringar, hantering av tidsbokningar och väntelistor m m. En andra kategori handlar om överföring

av vård till väl fungerande sjuksköterskemottagningar för blodtryck, demens, astma/KOL, diabetes. Flera kommentarer anger att det krävs erfaren personal för att detta ska fungera väl. Om erfaren personal saknas blir istället läkare mer involverad i uppgifterna. En tredje kategori avser förslag på hur stora och ökande patientgrupper med psykosocial problematik och rörelsesmärtor kan tas omhand på bättre sätt genom utvidgade roller för andra yrkesgrupper. Till skillnad från de andra två kategorierna kan dessa förslag ställa krav på övergripande förändringar. Bland förslagen återfinns utvidgade roller för kurator/psykolog respektive fysioterapeuter, t ex genom egna mottagningar och möjligheter att skicka remisser och sjukskriva. En del kommentarer menar även att Försäkringskassan kan anställa egna läkare för långtidssjukskrivningar, som uppges ta mycket tid i anspråk. Bland de fria kommentarerna återfinns också synpunkter att många arbetsuppgifter redan förts över från läkare till andra. En konsekvens av denna överföring är att det som blir över för läkarna tenderar att vara svåra arbetsuppgifter som tar mycket tid men även energi.

I jämförelse med läkarna anser sjuksköterskor i mindre grad att de egna arbetsuppgifterna kan överföras på andra för att bättre nyttja den egna kompetensen, se figur 3.15. Samtidigt är det över hälften som anser att det i viss utsträckning finns sådana möjligheter.



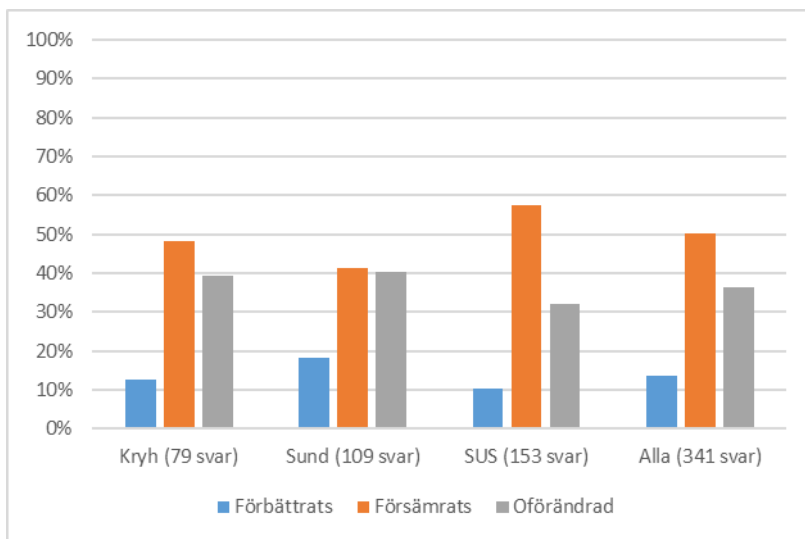
Figur 3.15 Svar från sjuksköterskor på frågan ”I vilken utsträckning kan de arbetsuppgifter som du utför istället utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja din kompetens som sjuksköterska?”

Av fria kommentarer framgår att uppgifter som kan överföras på andra avser allmänna administrativa uppgifter på vårdcentralen, men även att hantera bokningar (patienter, tolkar, sjukresor) och viss dokumentation, beställa och fylla på i förråd samt svara på allmänna frågor från patienterna. Ytterligare

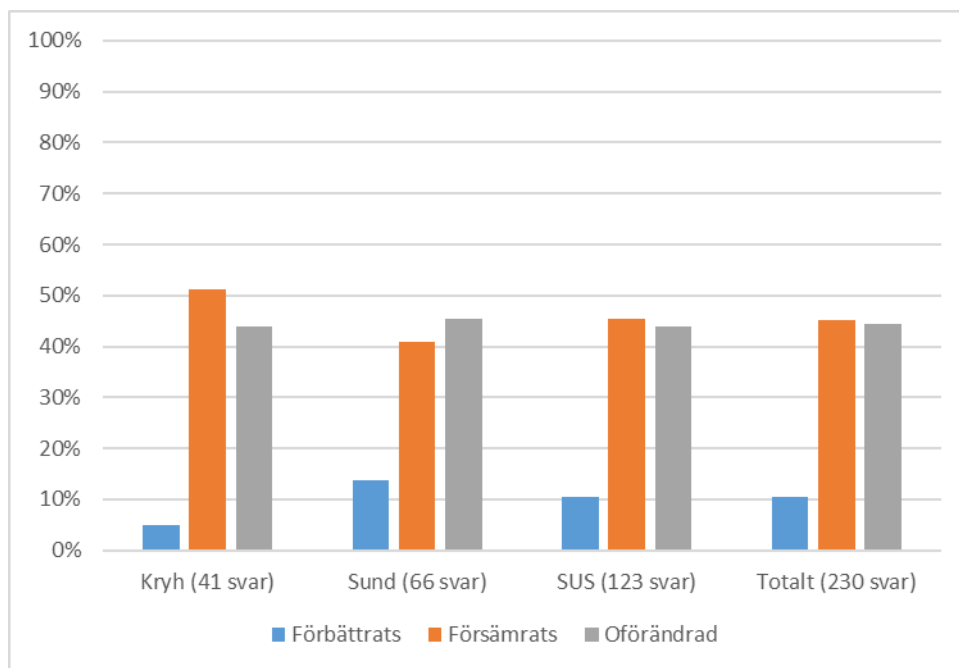
kommentarer handlar om möjligheter att överföra provtagning m fl uppgifter till undersköterskor.

3.6 BEDÖMNING AV KVALITET OCH BEHOV AV FÖRÄNDRINGAR

Omkring hälften av de läkare och sjuksköterskor som svarat på enkäten anser att kvaliteten på den medicinska vård som patienterna får har försämrats under de senaste tre åren. Svaren är mer negativa bland sjuksköterskor än bland läkare. Bland sjuksköterskor är det också en högre andel i SUS som menar att kvaliteten försämrats, se figur 3.16. Bland läkarna är andelen som anser att kvaliteten har förbättrats lägre i Kryh, även om andelarna generellt sett också är låga i Sund och SUS, se figur 3.17. Av fria kommentarer framkommer synpunkter att kvaliteten är bra för de patienter ”som kommer till” men inte för alla som söker vård. Som tidigare noterats finns det enligt fria kommentarer också en frustration bland sjuksköterskor att inte kunna tilldela patienter med behov fler läkartider. Mot den bakgrunden förefaller det också logiskt att sjuksköterskor i ännu högre grad än läkare ser brister i kvaliteten till följd av dålig tillgänglighet.



Figur 3.16 Svar från sjuksköterskor på frågan ”På det hela taget, anser du att kvaliteten på den medicinska vård som dina patienter får har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste tre åren?”



Figur 3.17 Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att kvaliteten på den medicinska vård som dina patienter får har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste tre åren?”

För läkarna finns möjligheter att jämföra med svar på samma fråga i enkätundersökningen år 2015. Svarsfördelningen bland skånska primärvårdsläkare i offentlig regi år 2015 uppvisade en mindre negativ syn än motsvarande svarsfördelning år 2017. År 2015 ansåg 14 procent av de primärvårdsläkare i offentlig regi som besvarade enkäten att kvaliteten förbättrats medan drygt 40 procent ansåg att den försämrats respektive varit oförändrad. Andelen primärvårdsläkare i offentlig regi som ansåg att kvaliteten försämrats var högre i Stockholm (46%), ungefär densamma i Västra Götaland (41%) och lägre i övriga landsting och regioner (33 procent).

3.7 STORA VARIATIONER INOM FÖRVALTNINGARNA

Redovisningen av enkätsvaren har fokuserat genomsnittliga svar, trender över tiden och skillnader mellan de tre förvaltningarna SUS, Sund och Kryh. Det övergripande intrycket är att skillnader mellan förvaltningarna finns men är förhållandevis små. Fördelningen av svar på olika alternativ ger dock indikationer på att det finns vitt skilda uppfattningar om arbetsmiljö, samverkan och kvalitet inom den grupp av läkare respektive sjuksköterskor i respektive förvaltning som besvarat enkäten.

En intressant fördjupad analys är att utreda bakomliggande förklaringar till skilda uppfattningar och bedömningar på individnivå och i vilken utsträckning de samvarierar med exempelvis vårdcentralers placering, bemanningsproblem och vem som är chef för verksamheten. Med utgångspunkt i tidigare

medarbetarundersökning kan konstateras att det finns en samvariation såtillvida att arbetsmiljön generellt sett är bättre hos vissa vårdcentraler än hos andra, s k gröna öar. Dessa gröna öar av vårdcentraler med i huvudsak god arbetsmiljö finns i samtliga förvaltningar, flest i Sund men även i SUS och Kryh. Förhållandet är väl känt sedan tidigare och därför också studerat. En kartläggning av primärvården i Skåne av Ola Bergstrand¹⁰ visade att det som utmärker dessa gröna öar är en medveten satsning på arbetsmiljön och en trivsel med arbetskolligor och ledarskapet på vårdcentralen. Det finns större frihetsgrader för allmänläkare och satsningar på fortbildning. Genom dessa positiva egenskaper blir det också lättare att rekrytera nya läkare, vilket är avgörande för att hamna i en positiv utvecklingsspiral och uppnå en väl bemannad och fungerande enhet.

¹⁰ Bergstrand O (2014) Hur behåller man och lockar läkare till primärvården? Rapport från Skånes universitetssjukvård – division 5.

KAPITEL 4

UTVECKLING AV ARBETSMILJÖ OCH SAMVERKAN EFTER OMORGANISATIONEN – REDOVISNING AV RESULTAT FRÅN INTERVJUER

Samtliga intervjuade primärvårdschefer vittnar om ansträngda och försämrade arbetsvillkor i primärvården som motsvarar vad som framkommit i enkätsvaren från läkare och sjuksköterskor. Intervjuade pekar också entydigt på vikten av en god bemanning av allmänläkare och ett gott nära ledarskap för att uppnå bra arbetsmiljö och en positiv utveckling av primärvården. Det finns en bred och samstämmig uppfattning, även bland intervjuade inom specialiserad sjukhusvård, att uppdelningen av primärvården i tre förvaltningar inte lett till en bättre samverkan med sjukhusvården. Det finns en dialog bland övergripande chefer, men den har inte påverkat utvecklingen på verksamhetsnivån. Det finns exempel på nya initiativ där allmänläkare är en resurs på sjukhusens akutmottagningar eller där primär- och specialistvård samverkar i mobila team riktade mot sköra äldre. Inget av dessa initiativ har dock någon specifik koppling till primärvårdens övergripande organisation. Samverkan inom primärvården har snarast försämrats, sett utifrån ett övergripande skåneperspektiv. Primärvården har delats upp och flera intervjuade, särskilt inom SUS, upplever att man fått anpassa sin verksamhet till den tradition som finns inom respektive sjukhusförvaltning. I både SUS och Kryh finns uppfattningar att avståndet till övergripande chefer blivit längre och att primärvården varit svagt representerad i förvaltningsledningarna.

4.1 ARBETSMILJÖN

Upplevelser

Intervjuade företrädare för primärvården vittnar entydigt om att primärvårdens uppdrag blivit större och svårare och att tillgängliga resurser inte är anpassade för krav och förväntningar. På många håll finns stora bemanningsproblem och en del vårdcentraler, främst inom Kryh, beskrivs ha ett kroniskt beroende av hyrläkare. De ekonomiska villkoren har snarast försämrats under senare år, menar man. En ökad press på kostnadskontroll leder till att främst allmänläkarnas arbetssituation försämras ytterligare. Det blir mindre tid för utbildning och dialog med andra och mera arbete ensamt och avskilt. Att tidspress och vakanta läkartjänster är mycket vanliga orsaker till att läkares avstår från fortbildning har också visats i kartläggningar bland samtliga vårdcentraler i Skåne under 2017.¹¹ En del läkare

¹¹ Allmänläkarkonsult Skåne (AKO). Läkarnas fortbildning på Hälsovalets vårdcentraler. Rapportserie 2017:1.

menar att den kringsservice som fanns tidigare runt läkarna tagits bort och att läkare förväntas göra mer själva, vilket spär på en svår arbetssituation.

Flera bakomliggande förklaringar till den ansträngda arbetsmiljön lyfts fram. En första förklaring är underfinansieringen av primärvården och att antalet allmänläkare är för få. Primärvården tar också ett större ansvar för kroniskt sjuka patienter, för patienter som skrivs ut tidigare från sjukhusen samt för uppföljningar, utredningar och sjukskrivningar som ”beställs” av specialistsjukvården. Vårdbehoven och antalet kroniskt sjuka ökar också generellt. Mycket av överföringen från sjukhusen anses av många intervjuade som rimlig, men måste i så fall ske i dialog med primärvården och följas av resurstillskott. I praktiken anses överföringen av uppgifter från sjukhusen förklaras av många ensidiga beslut av enskilda chefer inom specialistvården. Dessa chefer är själva ansträngda av krav på kostnadskontroll och kan uppfatta att primärvården redan fått resurser för ett utvidgat uppdrag.

Andra förklaringar som lyfts fram är ökade krav från befolkning och patienter med t ex psykosociala problem och rörelsesmärtor, behov som i många fall inte kan mötas med medicinska insatser. Mot bakgrund av bristen på allmänläkare och läkartider tvingas sjuksköterskor ofta prioritera hårt bland de patienter som ringer in till vårdcentralen. Flera intervjuade uppfattar att detta står i skarp kontrast till politiskt beslutade krav på bättre möjligheter för patienter att boka tider själva, förslag på satsningar att förbättra tillgängligheten kvällar och helger (vilket innebär att tillgängligheten dagtid försämras) och möjligheter för patienter att söka vård hos privata digitala vårdgivare. En del intervjuade chefer noterar i sammanhanget att vårdcentraler har ett brett kostnadsansvar, även för sådant som man inte kan påverka. Det gäller t ex privata taxeläkare och sjukgymnaster och basläkemedel som förskrivs av andra läkare. Justeringen för täckningsgrad gör också att man påverkas av andra vårdgivares ageranden, som kan ändras över tid. Ersättningssystemen är också konstruerade så att man tvingas ”springa på pinnar” (t ex generera många besök) för att nå mer intäkter och få ekonomin att gå ihop, trots att man egentligen skulle vilja arbeta på annat sätt. Många av de som intervjuats upplever att detaljstyrningen ökat under senare år och att det finns en ”ryckighet” och brist på långsiktighet. Ytterligare förklaringar bakom brister i arbetsmiljön är administrativa krav från t ex försäkringskassan i samband med sjukskrivningar.

Bland många verksamhetschefer inom primärvården uppges att man har mer ansvar än befogenheter. Nya uppdrag läggs på verksamheten men man har samtidigt begränsade möjligheter att påverka bemanningen och arbetsformerna efter lokala behov och prioriteringar. Det finns förväntningar bland vårdpersonal att man ska agera ”paraply” och skydda verksamheten från ytterligare krav, men budskapet från linjeorganisation och ackrediteringsvillkorens utveckling är att kraven ökar. Flera uttrycker att detta är en svår balansgång. Mot bakgrund av

erfarenheter om ryckighet i villkoren finns en tendens, menar många, att man blir försiktig och kortsiktig när det gäller olika insatser.

Flertalet intervjuade uppfattar att det finns en liten förståelse för primärvårdens arbetssituation och villkor utanför primärvården, såväl inom specialistvården som bland politiker. Sjukhusen tror att primärvården fått mer pengar, när det i praktiken är andelen resurser och läkare inom specialistvården som ökat. Inom sjukhusen styr man inom linjen medan grunden för primärvårdens uppdrag är ackrediteringsvillkoren och hur invånare listar sig. Det finns bland flertalet en frustration och känsla av maktlöshet inför situationen. Ingen av de som intervjuats pekar specifikt ut uppdelningen av primärvården i tre förvaltningar som en viktig förklaring bakom bristerna i arbetsmiljön. Arbetsmiljön och utvecklingen av denna förklaras istället av mera grundläggande brister. Primärvården har varit förfördelad i resursfördelningen under en längre tid och är dåligt anpassad för att möta nya krav.

Förslag till lösningar

En del av de som intervjuats har uppenbart låg tillit till den nuvarande övergripande organisationen. Även om organisationen inte primärt anses ha orsakat problemen menar man att uppdelningen på tre förvaltningar har försvagat primärvårdens ställning. Det behövs en samlad kraft som värnar och skyddar primärvården från nya uppdrag utan medföljande resurstillskott. En enad förvaltning med en stark förvaltningschef skulle kunna åstadkomma detta, menar man. Flertalet intervjuade pekar istället mot att brister i primärvårdens arbetsmiljö inte kan lösas genom förändringar i den övergripande organisationen utan kräver mer grundläggande åtgärder. Problem som handlar om uppdrag och resurser kan inte organiseras bort, menar man.

Oavsett synpunkter på den övergripande organisationen ger intervjuade en mera samstämmig bild av de åtgärder som behövs. En del av lösningen, utöver resursförstärkningar och fler allmänläkare, är att utveckla ett tydligare uppdrag för primärvården. Detta uppdrag ska utgå från primärvård som bas i hälso- och sjukvården och vara långsiktigt. Idag uppfattar många att primärvården snarast ses som "assistent" till specialistvården. Flertalet intervjuade pekar också på behovet att göra allmänläkarnas arbetssituation mindre ansträngd för att därigenom underlätta rekryteringar och fullbemannade vårdcentraler. Det handlar bl a om hur läkare kan få större kontroll över sin arbetssituation och mer tid för reflektion, återhämtning och sidouppdrag. En del menar att det behövs listningstak för allmänläkare som bestäms på övergripande nivå; andra menar att sådana listningstak kan användas inom vårdcentraler redan idag. En lösning som lyfts fram av flertalet är en förstärkning av det nära chefskapet genom större befogenheter. Flera lyfter också många fram behov av att arbeta mera gemensamt och skåneövergripande när det gäller primärvårdens utveckling. Det kan handla

om FoU som stöd för verksamhetsutveckling, hur man arbetar med uppföljning samt former för dialog och samverkan med sjukhus och kommunal vård och omsorg.

4.2 SAMVERKAN MED SJUKHUSVÅRDEN

Upplevelser

Det finns en bred och samstämmig uppfattning bland de som intervjuats att den nya organisationen 2013 inte lett till en bättre samverkan mellan primärvård och sjukhusvård. Denna uppfattning återfinns hos både chefer och övriga inom primärvården och bland verksamhetschefer i närmast berörd sjukhusvård. Det finns exempel på nya initiativ där allmänläkare är en resurs på sjukhusens akutmottagningar under jourtid, eller där primär- och specialistvård samverkat i mobila team riktade mot sköra äldre. Inget av dessa initiativ har dock någon specifik koppling till uppdelningen i tre förvaltningar. De skulle kunnat genomföras oavsett primärvårdens övergripande organisation.

Utflyttning av specialistläkare till vårdcentraler har i viss mån prövats men har ofta eller i stort sett alltid misslyckats, menar man. Det är svårt att få specialistläkare att vara intresserade av att ha delar av sin mottagning på en vårdcentral och sådan verksamhet uppfattas av flertalet som ineffektiv. Det är ofta svårt att få fram tillräckliga patientvolymen på vårdcentraler som motiverar en fysisk närvaro av specialistläkare. Specialistläkaren kan dessutom behöva tillgång till dyrbar utrustning för att undersökningen av patienter ska vara av god kvalitet.

Företrädare för primärvården menar att sjukhusen successivt fört över uppgifter på primärvården, baserat på ensidiga beslut bland verksamhetsansvariga i specialistvården, snarare än att man samverkat i dialog och utifrån överenskommelser. Även bland verksamhetschefer i specialiserad vård konstateras att man inte lyckats med att utveckla bättre samverkan. Samtidigt menar några att det även tidigare varit svårt att få primärvården intresserad av samverkan och att allmänläkare ofta värvat sig mot sådana initiativ.

Även om det i stort sett saknas konkreta förbättringar när det gäller samverkan så finns uppfattningar att den nya organisationen skapat förutsättningar för en förbättrad dialog mellan verksamheterna, att man kommit närmare varandra och "sitter vid samma bord". Denna uppfattning är vanlig bland övergripande chefer och bland verksamhetschefer i sjukhusvården. Samtidigt medger samma chefer att den förbättrade övergripande dialogen ännu inte fått några konsekvenser för verksamheten. Bland verksamhetschefer i primärvården, och ännu tydligare bland enskilda allmänläkare, är uppfattningen snarare att dialogen på verksamhetsnivån försämrats. Det saknas tid och arenor där läkare och/eller verksamhetschefer kan mötas. Den dialog som finns med chefer fokuserar mera allmänna policyfrågor snarare än verksamhetens innehåll, medicin och kvalitet. Det finns i detta

avseende också ett missnöje med mellanchefer i SUS och Kryh som många menar ökat avståndet mellan verksamheten och övergripande ledningen. I båda dessa förvaltningar finns också synpunkter att primärvårdskompetensen har varit svagt representerad i förvaltningsledningen. Det finns också en bristande respekt för att primärvården i första hand får sitt uppdrag genom ackrediteringsvillkoren, som dessutom gäller lika för offentliga och privata vårdcentraler.

Nuvarande dialog om samverkan mellan primärvård och specialiserad sjukhusvården fokuserar i stort sett helt primärvård i egen regi. Uppfattningarna om huruvida detta är ett problem eller inte varierar. Flera chefer, främst i primärvården, menar att det är problematiskt att inte vårdcentraler i privat regi omfattas av ambitionerna att förbättra samverkan i lika hög grad som offentliga vårdcentraler. Andra, främst chefer i specialiserad vård, menar att man får utnyttja de möjligheter till samverkan som finns med offentliga vårdcentraler och acceptera att det på kort sikt kan bli skillnader.

Flera verksamhetschefer i primärvården ger exempel på problem när det gäller remisser från sjukhusens specialistläkare, att primärvården ska "beställa" hjälpmedel eller utredningar som kunde gjorts direkt på sjukhusen. Bakomliggande skäl till sådana remisser kan vara en allmän ambition att överföra patienter till annan, eller att bli av med ett kostnadsansvar. Motsvarande exempel på brister i remisser från primärvården ges av verksamhetschefer i specialiserad vård. Den funktion med Allmänläkarkonsulter (AKO) som har i uppdrag att komma överens med företrädare för specialistvården om gränssnitt mellan primärvård och sjukhusvård uppfattas av flertalet som okänd och/eller tandlös. En del intervjuade menar att AKO har svårt att upparbeta en bra kontaktyta mot sjukhusens olika specialister och att man saknar ett tydligt mandat. Det kan också vara svårt för AKO att "hålla emot" alla önskemål som kan finnas bland sjukhusens specialister på vad primärvården bör göra.

Förslag till lösningar

De som intervjuats ger olika förslag på lösningar för att åstadkomma en bättre samverkan mellan primärvård och sjukhusvården. Bland företrädare för primärvård lyfts på nytt fram att primärvården inte får marginaliseras. Om alla har synpunkter på vad primärvården ska göra kommer primärvården snarast att försöka värna sina gränser, vilket kan hindra samverkan. Samverkan måste istället ske med respekt för primärvårdens uppdrag och i verksamhetsnära dialog. Samverkan behöver beröra fler än övergripande chefer. Det finns därför behov av att "platta till" organisationen så att nära chefer kan börja prata med varandra, menar man. Samtidigt ser man ett behov av ett kunskapsbaserat stöd som utgår från nationella riktlinjer och evidens. En sådan ansats kan också bidra till att det blir ett större fokus på processer i patienternas perspektiv och att man undviker stuprör. Samverkan kring gränssnitt kräver dock anpassning till lokala

förutsättningar och här finns en funktion att fylla för bl a AKO. Flera chefer, inte minst från sjukhusvården, menar att förbättrad dialog inte är tillräckligt för att skapa samverkan. Några menar att det behövs ”möjligheter att föra ut i linjen” medan andra pekar på behov av flera ”hälsostäder” som kan beakta variationer i lokala förutsättningarna även bland kommuner. Några intervjuade pekar på att olika traditioner och sätt att styra verksamheten påverkar förutsättningarna att uppnå bättre samverkan. Inom den specialiserade sjukhusvården är det vanligare med sjukdoms-/diagnosfokus och protokoll som styr hur vården ska bedrivas. I primärvården finns delvis andra ideal som fokuserar individer snarare än diagnoser och det finns en mindre strikt syn på protokoll som styr vilka insatser som ska sättas in för patienterna.

4.3 SAMVERKAN INOM PRIMÄRVÅRDEN OCH ÖVRIGA KONSEKVENSER

Upplevelser

Samverkan inom primärvården återfinns på flera nivåer. Det finns en nära samverkan mellan vårdcentraler i visst geografiskt område. Denna samverkan kan handla om att man hjälper varandra i samband med att personal är frånvarande, att man delar på viss personalresurs eller viss kompetens eller samverkar kring utbildning för patienter såsom diabetesskolor. En annan del av den nära samverkan handlar om gemensamma möten med kommuner. Denna form av nära samverkan förefaller inte ha påverkats av den nya övergripande organisationen. Andra former av samverkan avser mera övergripande nivåer; dels gentemot sjukhusvården, som behandlats i föregående avsnitt, dels på skåneövergripande nivå. Det finns indikationer på att förutsättningarna för skåneövergripande samverkan har försämrats efter uppdelningen i tre förvaltningar. Flertalet intervjuade verksamhetschefer, och även enskilda läkare, menar att uppdelningen inneburit att man arbetar mera isolerat och avskilt med primärvården i olika förvaltningar. Det finns också visst dubbel- eller trippelarbete, menar man, t ex när primärvården ska representeras i olika sammanhang.

Primärvårdens organisation inom de tre förvaltningarna har utvecklats på olika sätt. Några intervjuade menar att detta försvårar samverkan i strategiska frågor. I Sund deltar samtliga verksamhetschefer i primärvårdens ledningsgrupp. Divisionschefen för primärvården är en av fyra ledamöter i förvaltningsledningen, jämte förvaltningschef och motsvarande divisionschefer för psykiatri respektive somatisk vård. Flertalet verksamhetschefer i Sund uppfattar att den större ledningsgruppen inom primärvården fungerar väl. Verksamhetschefer träffas regelbundet och fokus ligger ofta på utvecklingsfrågor eftersom uppdraget ges av ackrediteringsvillkoren. I SUS och även i Kryh har primärvårdens organisation utvecklats på annat sätt. I båda förvaltningarna har funnits mellanchefer i primärvården, vars roller har varierat. En del intervjuade menar att mellanchefer

försvagat verksamhetschefens roll och ökat avståndet mellan verksamheten och ledningen. Särskilt inom SUS uppfattar intervjuade att primärvården i hög grad har fått anpassa sig till de traditioner och den kultur som finns inom sjukhusförvaltningen.

Förslag på lösningar

En klar majoritet av de primärvårdsföreträdare som intervjuats menar att verksamhetschefers befogenheter behöver stärkas. Med en sådan utveckling finns inte heller samma behov av mellanchefer, menar man. Flertalet intervjuade pekar i detta sammanhang på Sund som ett föredöme. Flertalet menar att samverkan mellan vårdcentraler i mindre geografiska områden till stor del kan lösas på frivillig väg. Intervjuade ser dock behov av att lyfta och driva primärvårdsfrågor i ett mera övergripande skåneperspektiv ovanför nuvarande förvaltningar. En del menar att detta görs bäst inom ramen för en ny och gemensam primärvårdsförvaltning. Andra menar att en sådan omorganisation på kort sikt enbart skulle utgöra en kostnad och tvinga fram nya chefsbyten med påföljande osäkerhet om framtiden. Den långsiktiga nyttan beror dessutom på vilka chefer som tillsätts och vilka nya relationer och åtgärder som utvecklas, snarare än vilken övergripande organisation som väljs. En omorganisation skapar inte i sig inga några nya drivkrafter och primärvårdens utmaningar kommer därför att kvarstå. En del intervjuade menar också att den tidigare erfarenheten av en enad primärvårdsförvaltning var att primärvården var enad inåt men svag utåt.

KAPITEL 5

FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER FÖR ATT FÖRBÄTTRA ARBETSMILJÖ OCH SAMVERKAN

I detta avslutande kapitel redovisas förslag på åtgärder för att förbättra arbetsmiljön i primärvården och utveckla samverkan mellan primärvård och sjukhusvården. Förslagen innebär i korthet att strategiska frågor lyfts till regional nivå, samtidigt som ansvar och befogenheter decentraliseras till verksamhetschefer. Förslagen medför inga krav på förändringar i den övergripande organisationen för primärvård i egen regi, men får konsekvenser för arbetet på regional nivå och även ansvarsfördelningen gentemot förvaltningar.

5.1 ORGANISATIONSFORMENS BETYDELSE FÖR ATT MÖTA PRIMÄRVÅRDENS UTMANINGAR

Både enkätsvar och intervjuer visar entydigt att det primära syftet bakom uppdelningen av primärvården i tre förvaltningar inte har uppnåtts. De enstaka exempel på samverkan som finns är inte beroende av någon specifik övergripande organisation. Det kan också ifrågasättas om förändringar i form av att allmänläkare arbetar på sjukhusens akutmottagningar är exempel på samverkan. Sjukhusen och dess akutmottagningar är i princip fria att anställa de resurser man anser att man har behov av.

Även om syftet med omorganisationen inte har uppnåtts löser knappast en återgång till en samlad primärvårdsförvaltning de problem och brister som redovisats i rapporten. En samlad primärvårdsförvaltning bidrar inte i sig till fler allmänläkare, tydligare uppdrag, en bättre arbetsmiljö eller mer samverkan. Utvecklingen inom en organisation blir alltid beroende av vilka chefer som tillsätts och de konkreta åtgärder som initieras utifrån de förutsättningar som ges. Det enda som kan sägas med säkerhet är att en ny omorganisation bidrar till omställningskostnader och ökad osäkerhet under en övergångsperiod.

Mot bakgrund av brister i primärvårdens arbetsmiljö bör i första hand konkreta åtgärder och initiativ fokuseras. Förbättringar i arbetsmiljön kan ses som en förutsättning för att primärvården ska kunna utveckla en bättre samverkan med andra vårdgivare och bör därför ges prioritet. När konkreta åtgärder och initiativ definierats kan konsekvenser för den övergripande organisationen och styrning bedömas. Den övergripande organisationen och styrningen bör således anpassas och ge stöd till de specifika förändringar och åtgärder som kan förbättra arbetsmiljö och samverkan. Det är en väsentligt annan ordning än den som bygger på att den övergripande organisationen bestäms först och därefter fylls med ett innehåll.

5.2 ANDRA UTGÅNGSPUNKTER BAKOM RAPPORTENS FÖRSLAG.

I intervjuer med chefer i primärvården och specialiserad vård framkommer indikationer på att primärvårdens uppdrag allt mer bestäms inom linjen. Uppdraget kommer då ”uppifrån” och beror på hur övergripande chefer prioriterar och definierar en önskvärd utveckling, snarare än att uppdraget anges av ackrediteringsvillkor och hur många invånare som väljer att lista sig på en vårdcentral. Denna fokusering på linjeorganisationen kommer tydligast till uttryck i ambitionerna att utveckla samverkan mellan primärvård och specialiserad sjukhusvård, som i stort sett enbart fokuserar primärvård i egen regi. Sett till hur invånare är listade på olika vårdcentraler kan fokuseringen på linjeorganisationen betraktas som olycklig. Det är fler invånare som är listade på privata vårdcentraler än som är listade inom förvaltningarna SUS och Kryh tillsammans. Andelen invånare som är listade på privata vårdcentraler ökar dessutom. Argument att samverkan med privata vårdcentraler kan åstadkommas i efterhand utifrån de lösningar som utvecklas med vårdcentraler i offentlig regi hålls. Samverkan bygger på att lösningar utvecklas i dialog och utifrån en gemensam förståelse.

Utgångspunkten bakom förslagen i denna rapport är att ambitioner att utveckla samverkan mellan sjukhusvård och primärvård måste omfatta hela primärvården. Mera generellt bör också primärvårdens uppdrag bestämmas av ackrediteringsvillkoren och hur invånare väljer att lista sig. Det är en stor skillnad jämfört med att låta primärvårdens uppdrag delvis formas av respektive förvaltnings prioriteringar och uppfattningar.

Svensk hälso- och sjukvård har av tradition premierat sjukhusvård och på detta sätt även nått stora framgångar när det gäller kvaliteten i specialiserad vård. Bristen på resurser och allmänläkare i primärvården har varit känd under flera decennier, även om det först är under senare tid som svagheter diskuteras mera allmänt. Problemen till trots har primärvårdens andel av de samlade resurserna eller allmänläkarnas andel av den samlade läkarkåren inte ökat. Den kroniska bristen på allmänläkare har lett till problem med tillgänglighet och kontinuitet i primärvården i Region Skåne och i många andra landsting. På nationell nivå har en samordnare utsetts som ska bistå landsting och myndigheter i omställningen av vården till förmån för den nära vården. Det är dock på landstingsnivån som de avgörande besluten måste tas.

Utgångspunkten bakom förslagen i denna rapport är att en strategisk färdplan för omställningen till satsningar på primärvård måste formuleras av Region Skåne själv. Denna regionala färdplan kan bli utgångspunkt för uppföljningsbara uppdrag till de tre förvaltningarna. Omställningen av vården till förmån för

primärvård är en långsiktig och förmodligen mödosam process som inte kan åstadkommas av förvaltningarna själva.

5.3 FÖRSLAG FÖR ATT FÖRBÄTTRA ARBETSMILJÖ I PRIMÄRVÅRDEN

En god arbetsmiljö är avgörande för primärvårdens kvalitet men även för möjligheterna att utveckla en effektiv samverkan med sjukhus och kommunal vård och omsorg. En god arbetsmiljö kan på så sätt beskrivas som en hygienfaktor för att utveckla bättre samverkan med andra vårdgivare. En bra arbetsmiljö skapar inte i sig bättre samverkan med andra vårdgivare, men blir en viktig förutsättning för en sådan utveckling. Omvänt kan en dålig arbetsmiljö hindra samverkan med andra, även om de initiativ och åtgärder som sätts in för att skapa samverkan är aldrig så ändamålsenliga. Det finns mot denna bakgrund anledning att prioritera åtgärder som syftar till att förbättra arbetsmiljön i primärvården.

Erfarenheter i både Skåne och andra landsting visar att god arbetsmiljö i första hand kan skapas genom en god bemanning och ett uppdrag som upplevs som hanterbart. Brister i bemanningen avser i första hand tillgången till allmänläkare. Långsiktigt avgörs tillgången på allmänläkare av beslut om utbildningens dimensionering och antalet ST-tjänster inom allmänmedicin. På kort sikt har även andra åtgärder stor betydelse. Med goda arbetsvillkor blir arbetet mera attraktivt. Det kan locka befintliga allmänläkare till de tjänster som faktiskt finns, att läkare orkar arbeta fler timmar och fler år innan pension, att fler vill ta anställning eller etablera en egen vårdcentral snarare än att jobba som hyrläkare. Ett väl fungerande nära chefskap har stor betydelse för arbetsmiljön. Ett väl fungerande chefskap har också betydelse för om uppdraget uppfattas som hanterbart. Bland de företrädare för primärvården som intervjuats finns en bred uppfattning att bra chefer starkt kan bidra till en god bemanning och utveckling mot fler s k gröna öar, där medarbetare bedömer att arbetsmiljön är god. I intervjuerna ges också uttryck för att problem och förutsättningar varierar mellan vårdcentraler och att lösningarna därför utvecklas bäst nära verksamheten. Det förutsätter att verksamhetschefer har befogenheter. Bra chefer kan också bidra till att verksamheten och dess kvalitet är i fokus och att ”ekonomi” ses som ett medel snarare än ett mål i sig.

En utveckling mot ett bättre nära chefskap i primärvården kan stödjas genom en kombination av åtgärder. En första viktig åtgärd är att ge chefer större möjligheter och befogenheter att styra utifrån lokala behov och förutsättningar. En andra viktig åtgärd är att skapa större möjligheter för chefer att lyckas. Det innebär väl avvägda resurser för uppdraget men även möjligheter att kontrollera de kostnader man har ansvar för. En tredje viktig åtgärd är att chefer ges ändamålsenligt kunskapsstöd och att formerna för uppföljning, jämförelse och ansvarsutkrävning är väl utvecklade. Det blir också väsentligt att rekryteringen av nya chefer görs strategiskt utifrån den nya inriktningen. De tre åtgärderna hänger ihop utan

inbördes rangordning. Förslagen har förmodligen mycket mindre effekt eller t o m oönskade effekter var och en för sig. Större befogenheter utan bättre stöd och ansvarsutkrävning respektive bättre förutsättningar att lyckas riskerar att bli ett slag i luften eller leda till nya problem. På samma sätt kan det vara mycket svårt att rekrytera bra verksamhetschefer om dessa inte ges befogenheter och har goda möjligheter att lyckas.

5.3.1 Ökade befogenheter för verksamhetschefer

För att stärka förutsättningarna för verksamhetsnära ledarskap i primärvården måste det finnas befogenheter att prioritera och utveckla lösningar efter lokala behov och förutsättningar. Flertalet verksamhetschefer vittar om begränsningar i detta avseende. Man upplevs vara tvingad att agera på ett sätt men skulle egentligen vilja utveckla andra lösningar. Det finns restriktioner i möjligheterna att fatta beslut om personalförändringar. Verksamheten ska organiseras på visst sätt och det finns mycket krav på administration. Restriktioner och upplevd detaljstyrning kan härledas till styrningen inom linjeorganisationen, men även till ackrediteringsvillkoren. Förslag avseende förändrade ackrediteringsvillkor pågår inom ramen för arbetet med Hälsoval 2.0. Om förenklingar i dessa villkor ska få full effekt på primärvård i offentlig regi måste emellertid även styrningen inom linjeorganisationen förändras.

Samtidigt som det finns skäl att stärka verksamhetscheferns befogenheter kan noteras att det redan idag finns exempel på enskilda verksamhetschefer som utvecklar lokala lösningar som avviker från generella mönster. Det kan t ex gälla att man ger allmänläkare bättre arbetsvillkor genom interna listningstak. Dessa exempel visar att man kan åstadkomma många av de förändringar som diskuteras på övergripande nivå redan idag, utan några övergripande förändringar. Det visar också vikten av att rekrytera rätt verksamhetschefer, som förstår primärvårdens förutsättningar och kan skapa mening och förändring tillsammans med medarbetare lokalt. En viktig del i arbetet med att stärka verksamhetschefer är därför att öka attraktiviteten i att vara chef och på det sättet säkra framtida möjligheter att rekrytera så bra chefer som möjligt.

Ett ensidigt vidgande av befogenheter utan andra parallella åtgärder som förbättrar möjligheterna att lyckas respektive stärker ansvarsutkrävningen är knappast hållbart. Samtidigt med vidgade befogenheter finns anledning att öka tydligheten i det ekonomiska ansvaret och vilka resultat som ska levereras. En fokusering på resultat förbättrar verksamhetscheferns möjligheter att utforma lösningar som passar de lokala behoven och förutsättningarna. Åtgärder som förtydligar det ekonomiska ansvaret kommer förmodligen vara mindre populära. En sådan ansvarsutkrävning innebär också en utmaning för övergripande ledningar och politiskt ansvariga. Verksamhetschefer som inte fungerar trots stöd

måste bytas ut. Verksamheter som inte bär sig ekonomiskt trots bra chefer måste förändras eller på sikt läggas ned till förmån för andra verksamheter.

5.3.2 Bättre möjligheter att lyckas, bättre uppföljning

Om ökat ansvar för resultat och ekonomi inom ramen för vidgade befogenheter ska fungera måste det finnas goda möjligheter för verksamhetschefer att faktiskt lyckas. En viktig förutsättning är att det finns möjligheter att rekrytera allmänläkare och annan vårdpersonal. Andra förutsättningar avgörs av ackrediteringsvillkoren. Möjligheterna att lyckas kan förbättras genom förenklingar och att primärvårdens kostnadsansvar reduceras och/eller att möjligheterna att kontrollera kostnaderna stärks. Den senare utvecklingen förutsätter en bra uppföljning. Helt avgörande för möjligheterna att lyckas är att ersättningsnivåerna anpassas till uppdraget.

En översyn av ackrediteringsvillkorens utformning, så att dessa inte styr onödigt mycket i detalj, är redan på gång i Region Skåne inom projektet Hälsoval 2.0. En utvidgad möjlighet till förändring, som skisserades i KEFUs tidigare översyn år 2016, är att dela upp ackrediteringsvillkoren så att kraven blir delvis olika beroende på vårdcentralens storlek. En första nivå är förenklad och kan passa särskilt väl för nya och mindre verksamheter. En andra nivå ställer högre krav men ger samtidigt mer frihetsgrader att fördela om inom resurserna. Ett ytterligare sätt att förbättra situationen för nya verksamheter är att ge särskild ersättning för nylistade.¹²

Ackrediteringsvillkoren reglerar även kostnadsansvaret för vårdcentraler. Utifrån ambitionen att förbättra möjligheterna att lyckas finns anledning att se över kostnadsansvaret så att detta är rimligt sett till vad verksamheten kan påverka. Både offentliga och privata vårdcentraler har idag ett omfattande kostnadsansvar för vård till listade patienter som man inte kan påverka eller ens följa upp. Det gäller vård som patienter får av privata sjukgymnaster eller taxeläkare. En stor del av kostnadsansvaret för basläkemedel bestäms av andra specialistläkares förskrivning. Ett betydande irritationsmoment i primärvården avser justeringen utifrån täckningsgrad. Enskilda vårdcentralers ekonomi kan på kort tid ändras av insatser som görs hos andra vårdgivare, utan möjligheter till påverkan från vårdcentralernas sida. Ett annat område där primärvårdens kostnadsansvar diskuterats är för digitala vårdgivare. Förstärkta möjligheter att påverka kostnaderna, eller att avveckla kostnadsansvar som man inte alls kan påverka, är ett kraftfullt sätt att förbättra möjligheterna att lyckas när det gäller ekonomiskt ansvar. Förstärkta möjligheter att påverka kostnader förutsätter dock en väl

¹² Nylistade har i genomsnitt högre vårdkonsumtion vilket är en utmaning när ersättningen till stora delar är fast. För etablerade vårdcentraler är detta ett mindre problem eftersom andelen nylistade är låg. För helt nya vårdcentraler är andelen dock mycket hög. Särskild ersättning för nylistade tillämpas exempelvis i brittisk primärvård.

utvecklad uppföljning, att verksamhetschefer ges relevant information i rätt tid. Det ställer i sin tur krav på t ex IT-systemen.

Helt avgörande för möjligheterna att lyckas är att ersättningsnivåer anpassas till uppdraget. Utan en sådan anpassning spelar förenkling av ackrediteringsvillkoren, anpassning av kostnadsansvar och val av ersättningsprinciper mindre roll. Det kommer ändå inte att vara möjligt för verksamhetschefer att lyckas. Man tvingas i praktiken att välja mellan en verksamhet i ekonomisk obalans eller en verksamhet med mindre god kvalitet.

5.3.3 Kunskapsstöd och ansvarsutkrävning

Verksamhetschefer som har stora befogenheter och goda förutsättningar att lyckas ställer krav på att rätt personer rekryteras och att dessa är motiverade att göra sitt bästa. Brister i chefskapet måste också få konsekvenser. Ökade befogenheter är inte utan risker. Större möjligheter att prioritera lokalt och påverka kostnaderna utifrån egna bedömningar kan utnyttjas på sätt som inte nödvändigtvis gagnar patienterna. Det finns anledning att prioritera upp kunskapsstödet till verksamhetschefer men även uppföljningen och ansvarsutkrävningen.

Rekrytering och ansvarsutkrävning av verksamhetschefer kan ske av respektive förvaltning och berörd divisionschef för primärvården som idag. Insatser för att stärka kunskapsstödet till chefer kan dock initieras skånegemensamt, snarare än att varje förvaltning utformar sina egna lösningar. För detta talar att uppdraget till verksamhetschefer i huvudsak formuleras genom ackrediteringsvillkoren och därmed är gemensamt för alla verksamhetschefer inom primärvården. Ett regionalt stöd kan också dra nytta av de initiativ som genomförs på nationell nivå av landsting och regioner i samverkan. Kunskapsstöd till verksamhetschefer bör också tydligare understödjas av befintliga kompetenscentrum för primärvård i Skåne, inklusive AKO, och med relevant FoU. Relevant FoU handlar t ex om hur arbetet på vårdcentraler kan organiseras för att möta krav och behov och hur bättre samverkan med andra vårdgivare kan uppnås. Även uppföljning och system för återkoppling och jämförelser av resultat mellan vårdcentraler kan utformas gemensamt och utifrån tillgänglig evidens.¹³ En annan möjlighet är att utveckla en gemensam akademi för bättre ledarskap i primärvården. En sådan akademi kan även bidra till ökad verksamhetsnära dialog, både horisontellt (mellan verksamhetschefer) och vertikalt (mellan verksamhetschefer och övergripande ledning).

¹³ Se t ex Brehaut et al (2016) Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Annals of internal medicine*, DOI:10.7326/M15-2248.

5.4 FÖRSLAG FÖR ATT FÖRBÄTTRA SAMVERKAN MED SJUKHUSVÅRDEN

Brister i samverkan mellan primärvård och sjukhusvård förklaras sannolikt av en kombination av olika faktorer:

- Olika syn på vem som ska göra vad och hur
- En strävan efter avgränsning av det egna uppdraget
- Bristande motivation att ta ansvar för helheten
- Okunskap och bristande kompetens

I primärvården finns delvis andra ideal som fokuserar individer snarare än enskilda diagnoser. Det finns en mindre strikt syn på protokoll som styr vilka insatser som ska sättas in för patienterna. Sådana skillnader i synsätt innebär att man inte kan förutsätta att samverkan sker bara för att det finns en verksamhetsnära dialog. En dialog kan i första hand resultera i konflikter som behöver hanteras. Det gäller t ex hur sköra äldre med många olika sjukdomar ska behandlas. I primärvårdens perspektiv kan det vara olämpligt att följa alla de rekommendationer som lämnats av berörda enskilda specialister om det inte gagnar patienternas livssituation.

Olika syn på vem som ska göra vad och hur anknyter även till varje professions önskan att själv få avgränsa sitt uppdrag. Det gäller organspecialiteter likaväl som allmänläkare. ”Det här gör vi, resten får någon annan ta hand om”. Sämst förutsättningar att avgränsa sitt uppdrag har förmodligen primärvården och allmänläkare.¹⁴ Drivkrafterna tydliggörs i en tid av ekonomisk åtstramning, t ex genom hårdare prioriteringar av vilka patienter som tas emot (eller sätts på väntelista) och att patienter som inte motsvarar den egna definitionen på uppdraget remitteras till andra vårdgivare. Med ökad oenighet om uppdragen växer mellanrummen. Patienternas upplevelser av vården givet sådana förutsättningar kan bli allt annat än trygg och koordinerad. Den typen av agerande möjliggörs också av bristande motivation att ta ansvar för helheten. Varje verksamhet försöker så långt möjligt avgränsa och skydda sin egen verksamhet, med konsekvensen att hälso- och sjukvården i stort suboptimeras.

Ytterligare faktorer som kan förklara brister i samverkan är okunskap och bristande kompetens. Det gäller ren okunskap om vilket uppdrag olika vårdgivare har (eller att uppdraget är otydligt) och bristande kompetens som gör att patienter remitteras i onödan, remitteras till uppenbart fel vårdgivare eller remitteras med uppenbara brister i underlag.

¹⁴ Anell A (2004) Strukturer, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar. Studentlitteratur, Lund.

Eftersom problemet är komplext och sammansatt måste förbättrad samverkan mellan primärvård och sjukhusvård omfatta flera åtgärder och utvecklas över tid. En viktig förutsättning är ökat antal allmänläkare men det finns skäl att anta att detta inte är tillräckligt. Det behövs därutöver ett tydligare uppdrag och mandat för primärvården och allmänläkare som bestäms på övergripande nivå. Utifrån detta uppdrag och den kunskap som finns inom t ex AKO funktionen kan också tydligare överenskommelser utformas på regional och lokal nivå när det gäller vem som gör vad i vårdkedjan, dvs hur primärvård och sjukhusvård mera konkret ska samverka. Det finns också anledning att skapa bättre möjligheter till konsultstöd från specialistvården och utveckla ett gemensamt lärande mellan primärvård och specialiserad vård, bl a utifrån de nya möjligheter som ges av digital teknik. På sikt kan den typen av åtgärder även skapa ökad förståelse för varandras verksamhet. Ytterligare åtgärder är att förstärka uppföljningen av vården i patienternas perspektiv. En kontinuerlig uppföljning av patienters upplevelser skapar drivkrafter och motivation att se till helheter som går utöver den egna verksamhetens gränser.

5.4.1 Tydliggör primärvårdens och allmänläkarnas uppdrag

Primärvården har en särställning i hälso- och sjukvården eftersom dess uppdrag till stor del bestäms av en organisatorisk roll. De flesta specialiteter har en medicinsk kunskapsbas och utifrån denna ges diagnostik och behandling till patienter utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller även i primärvården. Allmänläkare ska tillhandahålla allmänmedicinsk diagnos och behandling för vanliga sjukdomar i befolkningen. Men primärvård och allmänläkare ska även agera som vårdens första linje, skicka remiss till relevant specialiserad vårdgivare och koordinera den vård som ges av andra. Villkoren och förutsättningarna för att klara av dessa uppgifter påverkas av det mandat som ges till primärvård och allmänläkare genom övergripande organisatoriska beslut. Vanliga sådana beslut i andra länder handlar om att befolkningen kan lista sig hos en fast allmänläkare och att det finns krav på remiss för att söka specialiserad vård. I frånvaro av övergripande beslut om primärvårdens och allmänläkarnas uppdrag finns inget tydligt mandat, vilket också urholkar primärvårdens organisatoriska roll. Primärvården kan i så fall ha hur stor kompetens som helst. Om de övergripande besluten om uppdrag och mandat saknas kommer man ändå ha svårt att bidra till ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Med utgångspunkt i ovanstående bör en förbättrad samverkan mellan primärvård och sjukhusvård ta sin utgångspunkt i ett tydligt uppdrag och mandat till primärvården som fastställs i övergripande regionala beslut.

5.4.2 Proaktiva överenskommelser och bättre remisser

Samtidigt som remissers kvalitet har stor betydelse för samverkan mellan primärvård och sjukhusvård finns det brister i detta avseende. En

remissgranskning år 2016 i Region Skåne¹⁵ visade att en tredjedel av läkares remisser hade bristfällig kvalitet. Det var en lika stor andel av remisserna från båda hållen (allmänläkare till specialiserad vård, specialiserad vård till allmänläkare) som visade på brister. Vanliga brister var att viktig information saknades, att frågeställningen var oklar, att tidskraven var orimliga eller att det var oklart vem som skulle göra vad. Även i denna rapportens intervjustudie framkom brister och oklarheter i remisshanteringen. Flertalet primärvårdsföreträdare uppfattar att specialiserade vårdgivare skickar remisser till primärvården för utredningar som man själv kunde beställt, eller t o m önskemål om att patienten ska remitteras till annan specialiserad vårdgivare. Från både primärvård och specialiserad vård finns tankar om att remisser ibland används för att föra över patienter på ”någon annan” och kanske för att undvika kostnadsansvar eller krångliga fall. Inom utredningen har inte kunnat bedömas hur stora dessa problem egentligen är. Det är dock påtagligt att det finns viss misstänksamhet i detta avseende, att man inte alltid eller fullt ut litar på varandras kompetens eller avsikter.

Arbete med att förbättra överenskommelser mellan primärvård och specialiserad vård och ge stöd för bättre kvalitet i remisser bedrivs i Region Skåne bl a genom AKO funktionen som omfattar ett 40-tal allmänläkarkonsulter. Som visats i intervjustudien är denna funktion relativt okänd och uppfattas av flertalet som tandlös. Därför föreslås att denna funktion och dess mandat förstärks som ett led i att utveckla regionala och lokala proaktiva överenskommelser och en bättre remisskvalitet. Prioritering av AKO insatser bör ske utifrån professionella bedömningar och med utgångspunkt i konstaterade brister, bl a utifrån återkommande remissgranskningar. Genom återkommande remissgranskningar finns också möjligheter att följa upp effekterna av de insatser som görs. Det är väsentligt att bygga vidare på AKO funktionens professionella legitimitet och att arbetat är förebyggande snarare än att man försöker lösa de samverkansproblem som uppstår i efterhand. Det arbete som bedrivs bör ha konsekvenser för samtliga vårdgivare i primärvården, inklusive privata vårdcentraler. Målgruppen för AKOs arbete bör vara både allmänläkare och läkare inom närmast berörd specialiserad vård. AKO funktionen bör därför organiseras på skåneövergripande nivå tillsammans med annat relevant kunskapsstöd. Det arbete som görs inom AKO funktionen kan även ligga till grund för det regionala kunskapsstödet till verksamhetschefer och för kontinuerlig revidering av ackrediteringsvillkoren.

En förstärkt regional AKO funktion kan förbättra möjligheterna att dra nytta av pågående arbeten med nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården. En nyckelfråga är dock hur regionala överenskommelser mellan primärvård och

¹⁵ Remissgranskning vår/sommar 2016. ”En tredjedel av läkarnas remisser är ej ok – vad gör vi åt det?” Marie Nilsson, Magnus Kåregård, Sten Tyberg.

specialiserad vård ska anpassas efter lokala behov och förutsättningar. Sådana anpassningar blir nödvändiga eftersom sjukhusens organisation, verksamhet och förutsättningarna för dialog med representanter för specialistvården varierar. Frågan är inte ny och AKO har redan idag en organisation med geografiskt spridda allmänläkarkonsulter som speglar behovet av lokalt anpassade lösningar. En mycket viktig fråga är hur AKO funktionen kan matchas med kontaktpersoner inom den specialiserade sjukhusvården, så att det finns förutsättningar för dialog och hållbara överenskommelser.

5.4.3 Bättre konsultstöd och gemensamt lärande

Allt sedan de första primärvårdstankarna konkretiserades i svensk sjukvård i början av 1970-talet har tanken om utflyttning av andra specialistläkare till vårdcentraler diskuterats och ibland även prövats. I en utredning av Spri år 1972 skisserades att större vårdcentraler kunde ha både hudläkare, ögonläkare, öronläkare, allmänkirurger och internister, utöver de psykiatrer, gynekologer och barnläkare som kunde finnas även vid mindre vårdcentraler.¹⁶ Utflyttning av specialister prövades också, men erfarenheterna visade att behoven av att anställa specialister utöver allmänläkare inte var så stora. Inriktningen blev istället att övriga specialister skulle agera som konsulter åt primärvården och ha sin organisatoriska hemvist på sjukhusen.

Tanken om att flytta ut specialister på vårdcentralerna har sedan återkommit med jämna mellanrum. Även i Skåne har funnits diskussioner och till viss del förändringar där övriga specialister har haft delar av sin mottagning på vårdcentraler. Som framgått av intervjueredovisningen finns dock en allmän uppfattning att dessa ambitioner ofta grusats. Övriga specialister har ofta inte velat. Det har saknats förutsättningar för att uppnå hög kostnadseffektivitet.

Sett till internationella studier och evidens finns inget stöd för några tydliga stordriftsfördelar inom primärvården.¹⁷ Det finns fördelar med att läkare går samman i mindre grupper, som därigenom kan anställa sjuksköterskor och annan vårdpersonal, men fördelarna med att gå samman förvandlas ganska snabbt till nackdelar om verksamheten blir för stor. Det innebär i sin tur att det blir svårare att få ihop en tillräcklig volym patienter som är relevanta för en specialistläkare på varje vårdcentral. Förutsättningar kan finnas hos en del vårdcentraler, som kanske listar många äldre med hjärtbesvär, men knappast generellt. Tidigare systematiska översikter har också visat att det finns få fördelar med att flytta ut specialistläkare för mottagning på vårdcentraler.¹⁸ Detta kan enbart motiveras om

¹⁶ Spri (1972:14) Den öppna vårdens organisation. Spri rapport nr. 14, Stockholm.

¹⁷ Anell A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Bilaga till SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.

¹⁸ Anell A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Bilaga till SOU (2016:2) Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.

det finns ett gemensamt syfte som går utöver själva utflyttningen. Ett sådant syfte skulle kunna vara ett gemensamt lärande.

Sammanfattningsvis ger tidigare erfarenheter och studier inte något stöd för att utflyttning av specialister på vårdcentraler skulle vara en effektiv strategi för att öka verksamhetens kvalitet och effektivitet. Det finns också andra argument mot utflyttning av specialister till vårdcentraler som huvudsaklig strategi:

- En sådan utveckling löser inte primärvårdens problem, att hantera ett växande behov av människor som söker med osorterade behov och vård till allt fler patienter med kroniska sjukdomar. Mot bakgrund av dessa problem skulle det vara mera motiverat att andra specialister även blir allmänläkare (och därmed kan arbeta bredare med osorterade behov) eller att man skapar nya yrkeskategorier som kan ta ökat ansvar för vård i första linjen eller för viss kronisk sjukdom.
- Utvecklingen inom den specialiserade sjukhusvården går kontinuerligt mot en ökad specialisering. Varje specialistläkare blir på så sätt allt mer kompetent att ta hand om allt snävare behov. Den utvecklingen innebär att det kan bli svårare att få specialistläkare att "passa in" i primärvården. Varje specialiserad läkare kan också behöva sin egen uppsättning av utrustning. Den utrustning som finns tillgänglig på en vårdcentral kan möjligen ge svar, men de svar som ges av den mera avancerade utrustningen som finns på den egna kliniken är bättre.
- Det finns idag helt nya möjligheter att kommunicera, både mellan läkare och mellan läkare och patienter. Det gäller inte enbart videosamtal utan även möjligheter att skicka bilder och utredningsresultat samt gemensamt granska och diskutera dessa i realtid. Dessa teknologiska framsteg har inneburit av behovet av fysiska möten åtminstone har reducerats.

Mot bakgrund av erfarenheter, evidens och ovanstående argument finns anledning att återkoppla till tidigare strategier om att satsa på bättre konsultstöd till allmänläkare. Denna strategi kan kompletteras med en strategi för gemensamt lärande mellan primärvård och specialiserad vård. Sådana strategier berör *hela* primärvården och *alla* allmänläkare, liksom stora delar av den specialiserade sjukhusvården med berörda specialistläkare. Det är en stor skillnad jämfört med de öar av förändring som åstadkommits med ambitionen att flytta ut specialistläkare till vårdcentraler.

Ett bättre konsultstöd kan inriktas mot att möjliggöra mera dialog och utveckling av relationer, där allmänläkare och berörda specialistläkare i bästa fall för samtal om patienter där båda parter har kunskap om de aktuella patientfallen. Det ställer nya krav på berörda specialistläkare när det gäller tillgänglighet och hur konsultstödet till allmänläkare ska organiseras och fördelas. Kraven kan också öka på allmänläkare genom att det kan bli svårare att skicka patienter på remiss för sådant man kan hantera själv med stöd från annan specialistläkare. Tendenser till att stödet blir specialistläkares verktyg för att motverka remisser från allmänläkare måste motverkas. Konsultstödet bör ses som just stöd, till

allmänläkare. För att öka träffsäkerhet och relevans kan AKO funktionen ge förslag på vilka specialiteter eller delar därav som lämpligen först berörs av en utveckling mot bättre konsultstöd. På så sätt kan också de många verksamheter som redan fungerar väl slippa onödiga interventioner. Ett förbättrat stöd bör ta utgångspunkt i de möjligheter som ges av nya digitala plattformar för kommunikation.

Med större krav på tillgänglighet till konsultstöd, som i högre grad fokuserar specifika patientfall snarare än generella frågor, kommer berörda specialistläkare förmodligen att identifiera många frågor som förefaller irrelevanta, onödiga eller helt enkelt vanliga. Detta kan i sin tur ge underlag till utbildningsdagar med allmänläkare och annan berörd vårdpersonal där representanter från specialistläkare diskuterar valda patientfall och ny kunskap, liksom att allmänläkare får möjligheter att lyfta egna fall för diskussion. Sådan utbildning finns redan idag men närvaro vid dessa kan inte alltid prioriteras av allmänläkare. Erfarenheter från utbildningsdagar kan också ge anledning för AKO funktionen att utveckla nya regionala och lokala överenskommelser mellan primärvård och sjukhusvård. På sikt kan utbildningsdagar minska behovet av konsultstöd så att det blir inriktat på de mest kvalificerade och relevanta frågeställningarna. Konsultstödet blir i bästa fall ett komplement till utbildningsdagarna snarare än tvärtom. Berörda specialistläkare har just därför anledning att bidra och lägga upp dessa utbildningar så att de blir så bra som möjligt.

Utbildningsdagar och förbättrade möjligheter till konsultstöd skapar ökad dialog och bidrar till ett gemensamt lärande om varandras arbetsvillkor. Det finns också andra initiativ som kan öka förståelsen för varandras arbetsvillkor. Primärvårdsläkare har idag bättre kunskap om sjukhusvården än tvärtom genom den randning på olika kliniker som görs under ST-tjänstgöringen. Förståelsen för primärvårdens villkor bland närmast berörda specialistläkare skulle kunna öka genom motsvarande randning i primärvården under deras ST-tjänstgöring. En förändring av innehållet i ST-tjänster för specialistläkare måste dock ske utifrån att det förbättrar den egna utbildningens kvalitet.

5.4.4 Uppföljning i patienternas perspektiv ger motivation att se till helheten

Brister i samverkan mellan sjukhusvård och primärvård och drabbar i första hand patienter och anhöriga. Det är därför angeläget att en kontinuerlig uppföljning av vården utifrån patienternas perspektiv utvecklas och får ökad betydelse. Om beslutsfattare och vårdgivare ständigt påminns om brister i helheten utifrån patienternas perspektiv blir det svårare att förbise problemen. Uppföljningen utifrån patienters perspektiv kan också bli ett viktigt underlag i AKOs arbete och även få en större betydelse i den övergripande styrningen. Viktiga parametrar att följa upp och styra mot handlar t ex om befolkningen upplever att de har en fast

vårdkontakt, om de upplever att det finns god kontinuitet i vården, hur länge de har väntat och om det är enkelt att få kontakt med vården. Ett större fokus på denna typ av patientupplevd kvalitet för primärvårdens del skulle också innebära att relevant information kan kommuniceras till befolkningen som stöd för val av vårdcentral.

5.5 KONSEKVENSER FÖR ÖVERGRIPANDE ORGANISATION OCH STYRNING

De förslag som redovisats i syfte att förbättra arbetsmiljön i primärvården och utveckla samverkan mellan primärvården och sjukhusvården medför inga krav på förändringar i den övergripande organisationsstrukturen. Indelningen i tre samlade förvaltningar för verksamhet i egen regi kan behållas. Utvecklingskraft kan ägnas åt åtgärder och aktiviteter som har verklig betydelse, snarare än att tid och energi först måste ägnas åt en omorganisation. Även om förslagen inte ställer krav på någon övergripande omorganisation får de konsekvenser för arbetet på regional nivå, och även för ansvarsfördelningen gentemot förvaltningar. Sammantaget innebär redovisade förslag att strategiska frågor om primärvårdens uppdrag och samverkansfrågor lyfts till regional nivå, samtidigt som ansvar och befogenheter för enskilda verksamhetschefer stärks i syfte att förbättra arbetsmiljön.

Det finns även fortsättningsvis behov av lokala primärvårdschefer för att rekrytera verksamhetschefer, samt ge stöd till och utmana dessa. Lokala primärvårdschefer behövs också för att lösa gemensamma frågor och ge stöd för samverkan med andra aktörer. Det kan t ex gälla utveckling och bemanning av gemensam jourkvällar och helger (utifrån en helhetsstrategi som omfattar motsvarande verksamhet på sjukhusen) och att fungera som katalysator för samverkan mellan primärvård och sjukhusvården respektive kommunal vård och omsorg. Även i den tidigare samlade primärvårdsförvaltningen fanns fyra lokala primärvårdschefer, vilket i princip skulle överensstämja med behoven enligt den lösning som skisserats i denna rapport. Lokala primärvårdschefer kan tillsättas inom ramen för nuvarande förvaltningar. Nuvarande organisation i Sund ligger i linje med de förslag som redovisats. För de andra förvaltningarna Kryh och SUS skulle förslagen innebära att tidigare mellanchefer tas bort (Kryh) eller reduceras (SUS).

För att stärka samverkan med sjukhusvård och även kommunal vård och omsorg är förmodligen den insats som kan göras av lokala primärvårdschefer inte tillräcklig. Det behövs även lokala processledare som kan agera som pådrivare och katalysator, bl a för att realisera de överenskommelser som utvecklas genom AKO funktionens arbete. Viktiga målgrupper är inte bara primärvård i offentlig och privat regi utan även specialiserad sjukhusvård och kommuner. Mot den bakgrunden är det snarast en fördel om processledare inte tillsätts inom primärvårdens linjeorganisation. Rollen som processledare och katalysator ställer

höga krav på bredare förståelse för verksamheten inom både primärvård och sjukhusvård men också kompetens och skicklighet i hur man skapar engagemang och utveckling i nätverk snarare än inom linjeorganisationen. Rekryteringsbasen omfattar inte enbart primärvård. En möjlighet är att respektive förvaltning tillsätter processledare utifrån de sex större sjukhusen, dvs Helsingborg, Kristianstad, Lund/Malmö, Trelleborg och Ystad/Simrishamn. Tillsättning av processledare bör också följa AKO funktionens organisation för att ge stöd till denna verksamhet, bl a när det gäller att utveckla dialog med berörda specialister i sjukhusvården. Det är dock väsentligt att rollerna inte blandas ihop. AKOs professionella legitimitet bör snarast förstärkas. Processledarna ska arbeta på uppdrag från respektive förvaltning och förverkliga samverkan.

De förslag som skisseras skulle i princip kunna genomföras inom ramen för en samlad primärvårdsförvaltning. En sådan organisation ställer förmodligen krav på minst fyra mellanchefer. Det kan dock vara svårare att få till en bra plattform för processledare som ska främja samverkan i ett bredare perspektiv. Dessa får antingen verka utifrån primärvårdsförvaltningen som bas, eller med bas i de nya sjukhusförvaltningar som följer av en sådan omorganisation. Båda lösningarna har brister när det gäller att ge processledare en så bred plattform som möjligt. I detta avseende har den nuvarande samlade förvaltningen fördelar.

BILAGA 1: INTERVJUFÖRTECKNING

Förvaltningschefer

Björn Eriksson, SUS

Pia Lundbom, Kryh

Björn Zachrisson, Sund

Divisionschefer primärvård

Sofia Ljung, Divisionschef, Sund

Marie Olsson, tf Divisionschef, SUS

Birgitta Landin, tf Divisionschef, Kryh

Karin Melander, tidigare divisionschef Kryh

Urval verksamhetschefer, chefläkare m fl i primärvård

Maria Blixt-Lindsjö, Områdeschef, PV Malmö, SUS

Fredrika Lissdaniels, Verksamhetschef, VC Kärråkra, SUS

Christina Westerdahl, Verksamhetschef, VC St Lars, SUS

Caroline Schön, Verksamhetschef, VC Sjöbo, Kryh

Lara Olof Tobiasson, Chefläkare OV, Kryh

Janet Hultberg, Verksamhetschef, VC Klippan och Ljungbyhed

Jan Bleckert, Chefläkare PV, Sund

Ola Bergstrand, Verksamhetsstrateg, PV Sund

Maria Olsson, Verksamhetschef, VC Laxen, Hälsostaden Ängelholm

Bengt Ardenvik, Hälso- och sjukvårdsstrateg, primärvården SUS

Greger Linander, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Koncernkontoret

Urval divisionschefer, verksamhetschefer inom specialiserad vård

Carl-Johan Robertz, Förvaltnings- och verksamhetsledning, Hälsostaden, Ängelholm

Katharina Jonsson, Divisionschef, SUS

Maria Ohlsson Andersson, Verksamhetschef Akutsjukvård Internmedicin, SUS

Stefan Nilsson, Verksamhetschef Specialiserad Medicin, Kristianstad, Kryh

Morten Ljungdahl, Verksamhetschef Akut och Medicin, Ystad Kryh

Harald Roos, Divisionschef, Specialiserad närsjukvård, Sund

Susanne Magnusson, Verksamhetschef, Medklin Helsingborg, SUS

Intervjuer allmänläkare, studierektorer m fl

Karen Vibe, Studierektor PV, VC Vämhem, Kryh

Cecilia Palmlund, Studierektor PV, VC Näsby, Kryh

Fredrik Modig, Läkare, VC Måsen, Lund, SUS

Per G Jonsson, Läkare, VC Måsen, Lund, SUS

Eva Pulverer Marat, Enhetschef, Primärvårdens utbildningsenhet

Sten Tyrberg, Läkare, teamledare AKO, Sund

Magnus Kåregård, Läkare, Nova-kliniken

Karin Träff-Nordström, Läkare, tidigare Divisionschef för primärvården SUS

Intervjuer med andra landsting

Marie- Lousie Gefvert, Primärvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen

Mara Kosovic, Produktionsenhetschef Primärvårdscentrum, Region Östergötland

BILAGA 2: ENKÄT TILL LÄKARE RESPEKTIVE SJUKSKÖTERS KOR I PRIMÄRVÅRDEN OM ARBETSMILJÖ OCH SAMVERKAN

Enkätundersökningen om arbetsmiljö och samverkan i primärvården riktades mot samtliga läkare (allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin) och sjuksköterskor anställda på vårdcentraler i egen regi i förvaltningarna SUS, Sund och Kryh. Inbjudan att medverka i den webbaserade enkäten gick ut via mail med två påminnelser under november 2017. Det huvudsakliga syftet med enkäten var att studera upplevelser om arbetsmiljö och samverkan och om det fanns skillnader i detta avseende mellan de tre förvaltningarna. Flera av frågorna till läkare baserades på en tidigare internationell undersökning vars svenska del genomfördes av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) under 2015 (Vårdanalys 2015:9). Den tidigare undersökningen av Vårdanalys baserades på samtliga landsting och regioner och använde samma urvalskriterium som i denna undersökning med svar uppdelat på läkare i offentlig och privat regi. På så sätt kan även studeras om det fanns skillnader i svaren 2017 jämfört med svar på samma frågor 2015.

Svarsfrekvenser och antal svar på de två enkäterna framgår av tabell B1. Svarsfrekvensen var högre för sjuksköterskor än för läkare och högre för Kryh jämfört med Sund och SUS. Den tidigare undersökningen av Vårdanalys baserades på sammanlagt 263 svar från skånska primärvårdsläkare i offentlig regi.

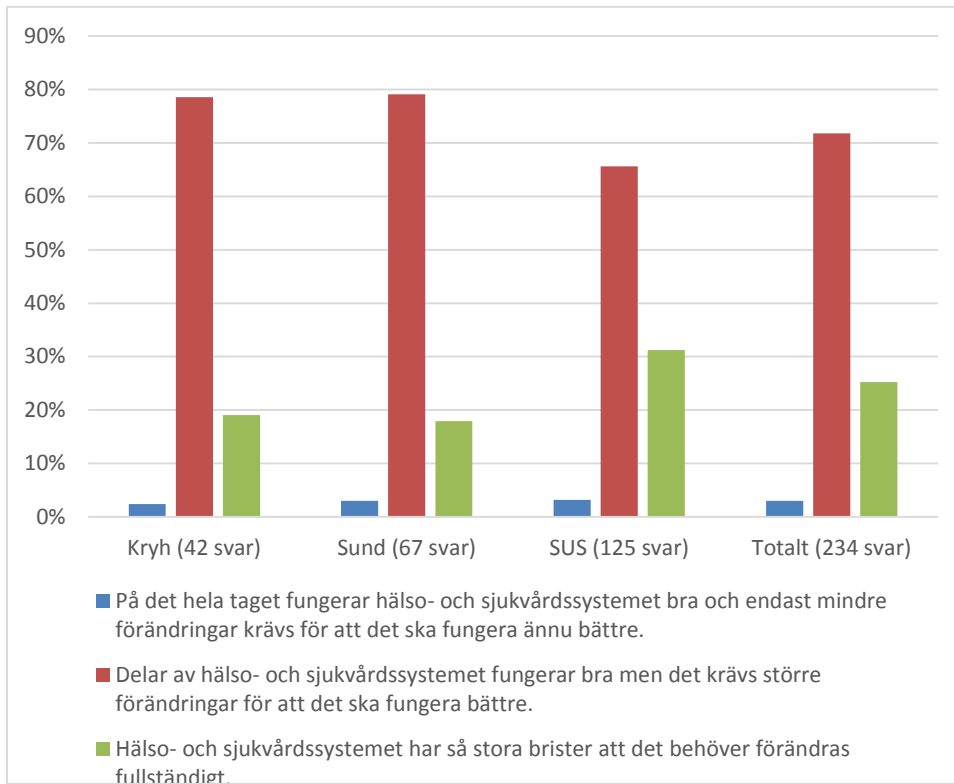
Tabell B1. Svarsfrekvens och antal svar uppdelat på enkätversion (läkare respektive sjuksköterskor) samt förvaltningar.

	Enkät läkare	Enkät sjuksköterskor
Sund		
- Svarsfrekvens	37%	41%
- Antal svar	67	110
Kryh		
- Svarsfrekvens	40%	45%
- Antal svar	42	82
SUS		
- Svarsfrekvens	37%	37%
- Antal svar	126	155
Totalt		
- Svarsfrekvens	37%	40%
- Antal svar	235	347

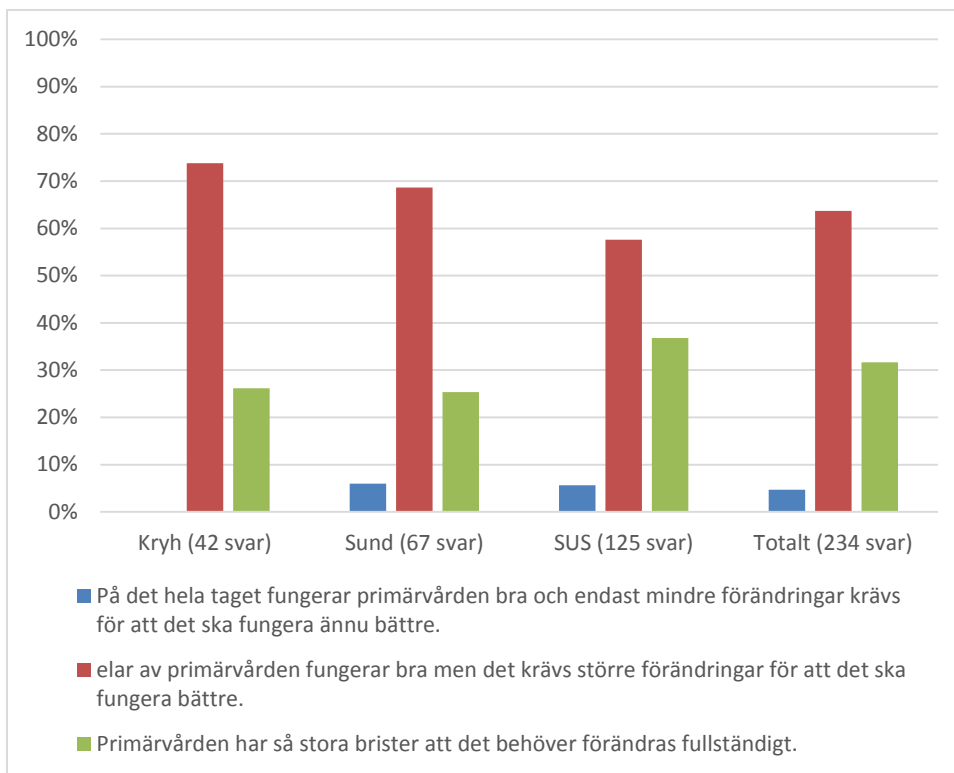
Den deskriptiva redovisningen av svaren på frågor följer strukturen i respektive enkät. Där det är möjligt jämförs svaren från läkare med resultaten från Vårdanalys enkät 2015.

Sammanställning av svar på enkätfrågor till läkare

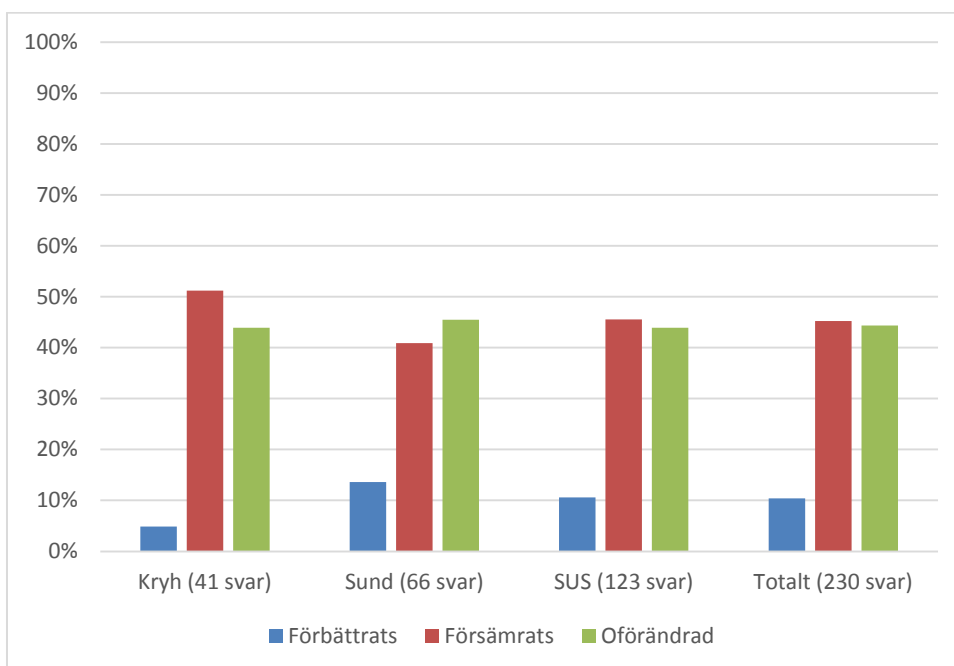
Uppfattningar om behoven av övergripande förändringar samt förändringar i verksamhetens kvalitet under de senaste tre åren



Figur B1. Svar från läkare på frågan "Vilket av följande påståenden stämmer bäst överens med din uppfattning om hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne?"

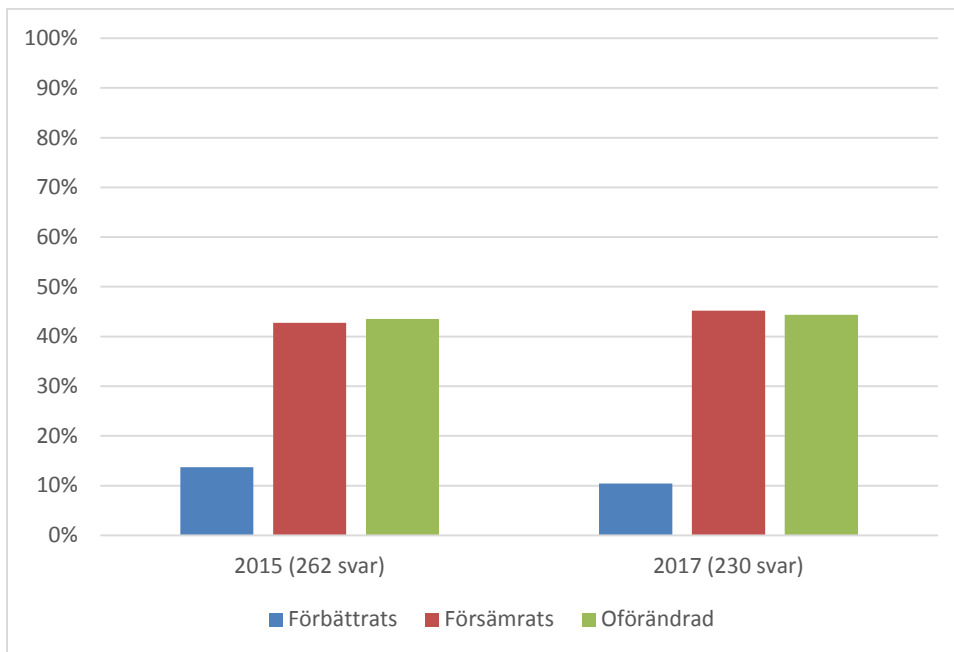


Figur B2. Svar från läkare på frågan "Vilket av följande påståenden stämmer bäst överens med din uppfattning om primärvården i Region Skåne?"



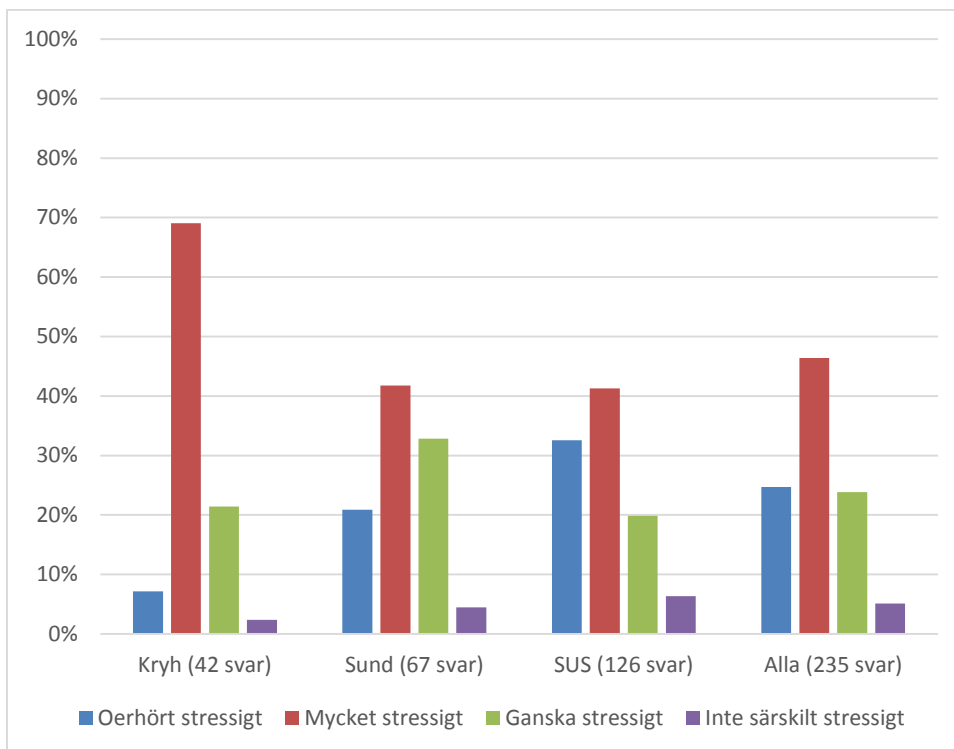
Figur B3. Svar från läkare på frågan "På det hela taget, anser du att kvaliteten på den medicinska vård som dina patienter får har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?"

Jämförelse över tid (2015 jämfört med 2017)

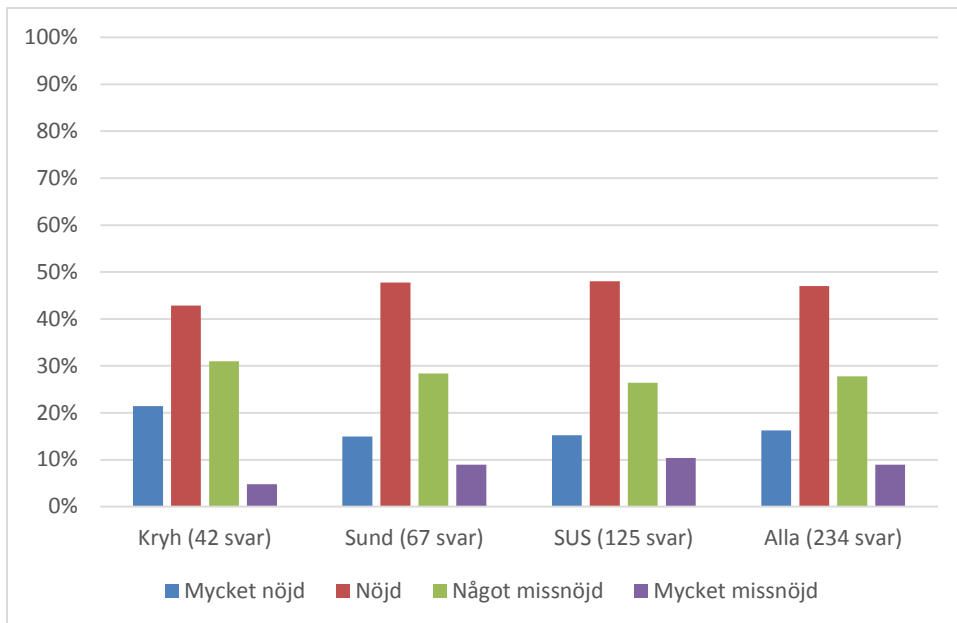


Figur B4. Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att kvaliteten på den medicinska vård som dina patienter får har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

Upplevelser om arbetsmiljö

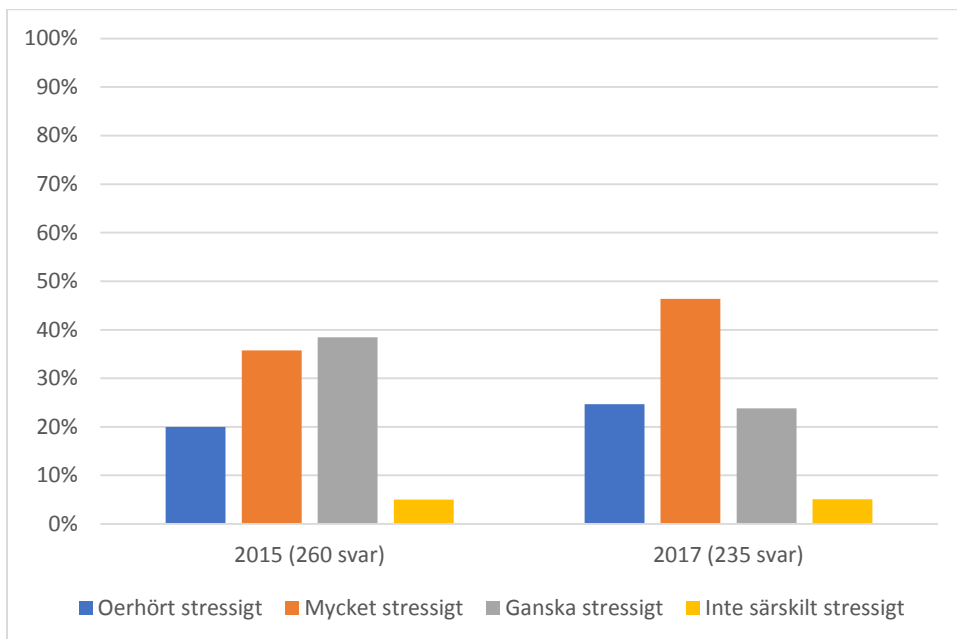


Figur B5. Svar på frågan ”Hur stressigt är ditt arbete som primärvårdsläkare?”

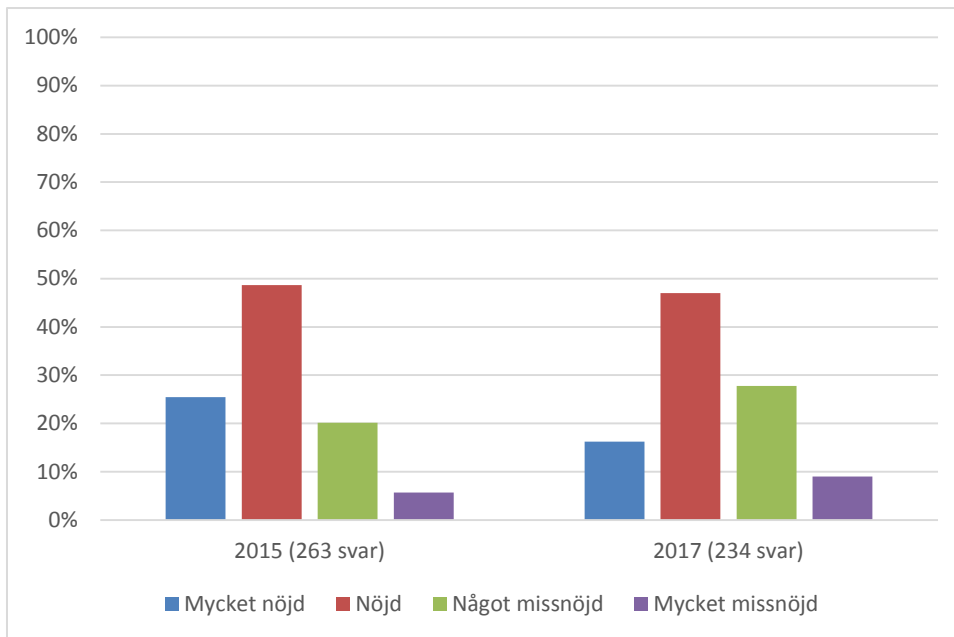


Figur B6. Svar på frågan ”På det hela taget, hur nöjd är du med att arbeta som läkare?”

Jämförelse över tid (2015 jämfört med 2017)

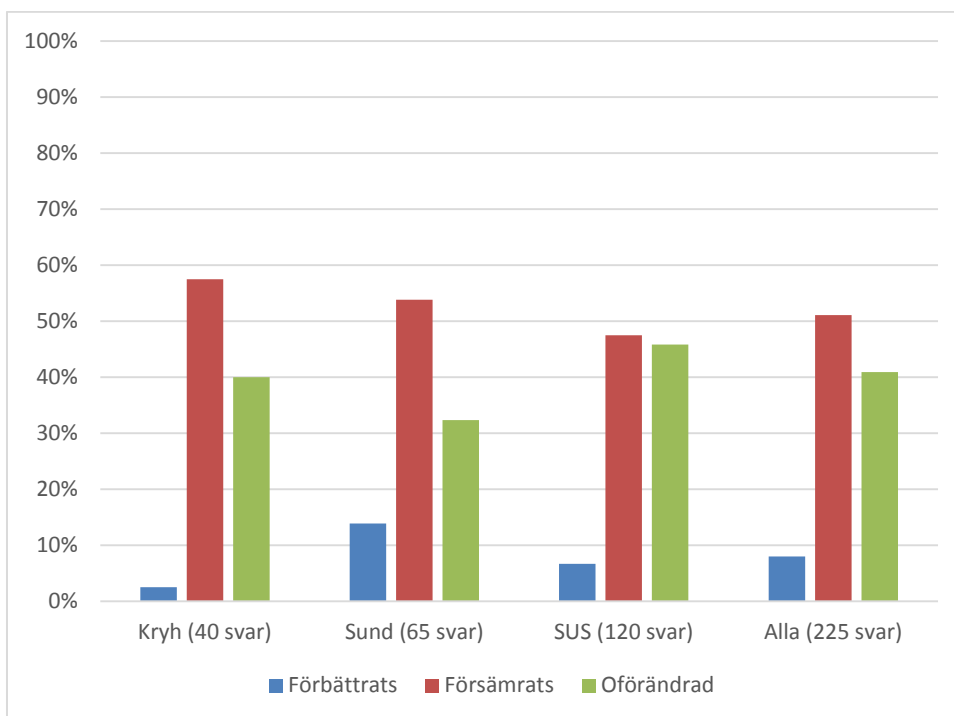


Figur B7. Svar på frågan ”Hur stressigt är ditt arbete som primärvårdsläkare?”

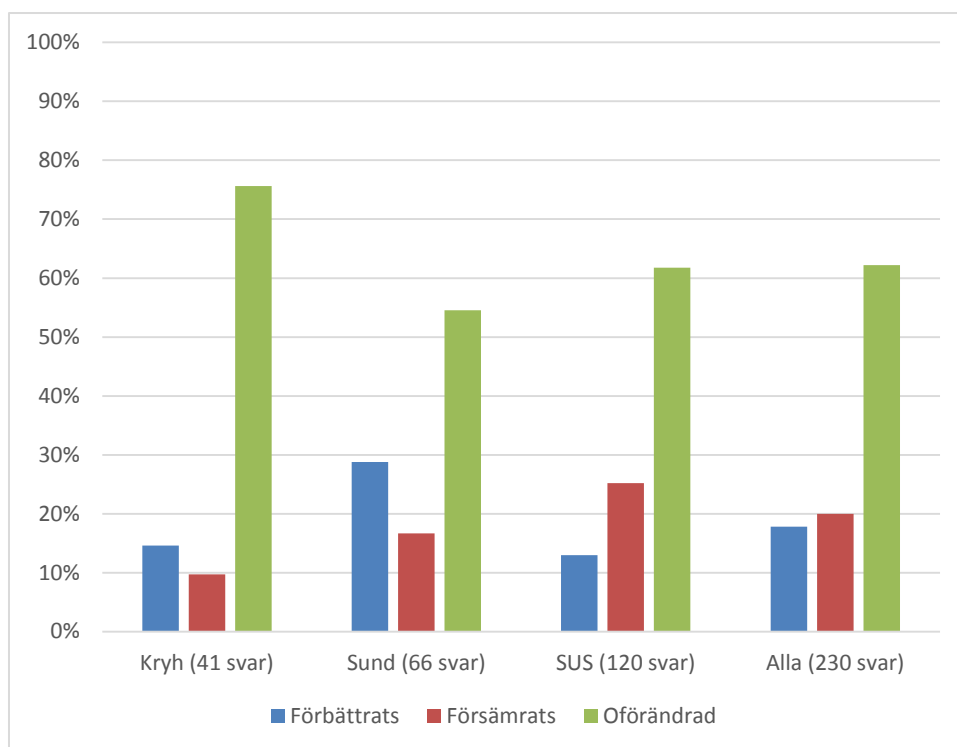


Figur B8. Svar på frågan ”På det hela taget, hur nöjd är du med att arbeta som läkare?”

Bedömning av samverkan med sjukhusvård respektive kommunal vård och omsorg

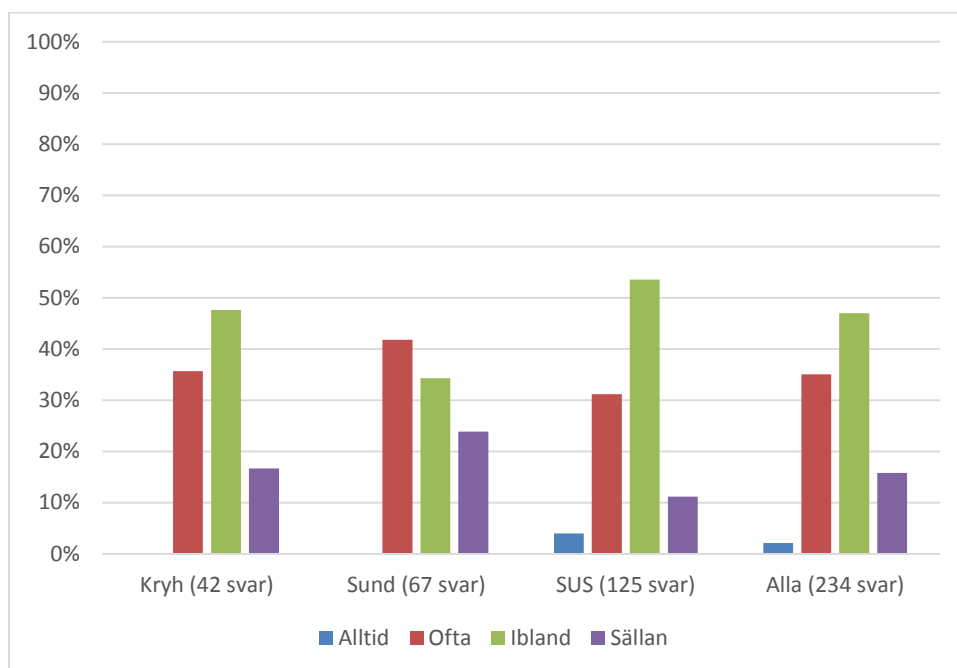


Figur B9. Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och sjukhusvården har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

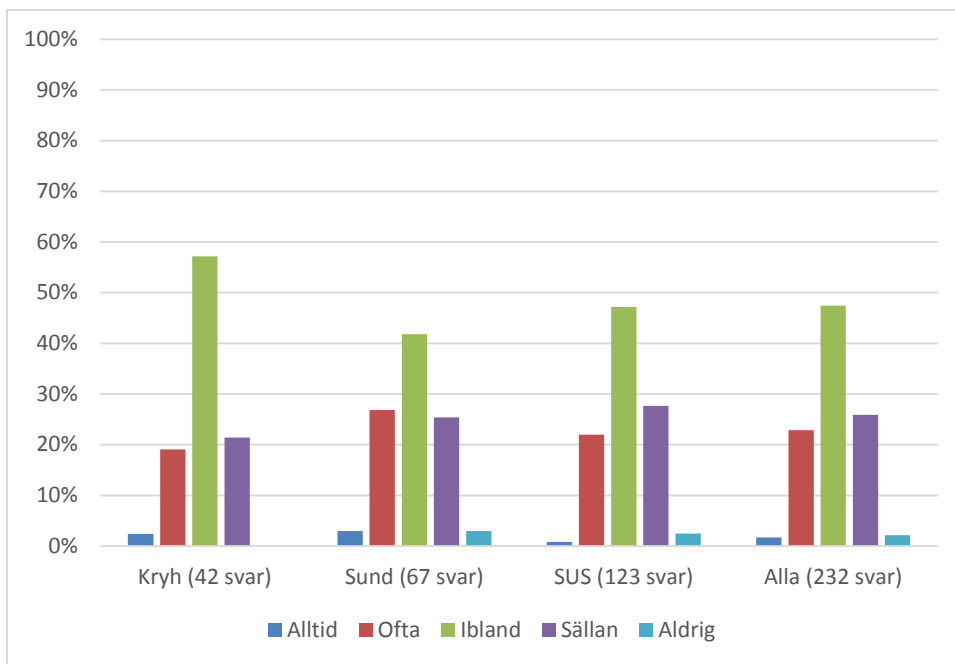


Figur B10. Svar från läkare på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och kommunal vård och omsorg har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

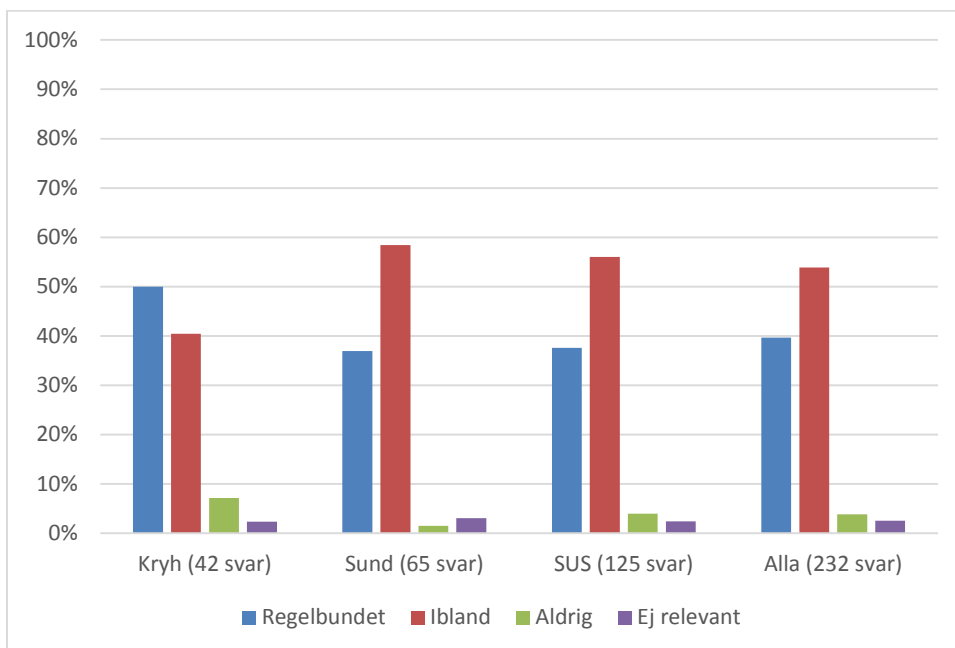
Bedömning av informationsutbyte och kommunikation med specialiserad vård respektive hemsjukvård



Figur B11. Svar från läkare på frågan ”När dina patienter uppsöker en akutmottagning, hur ofta får du besked om att din patient varit på akuten?”

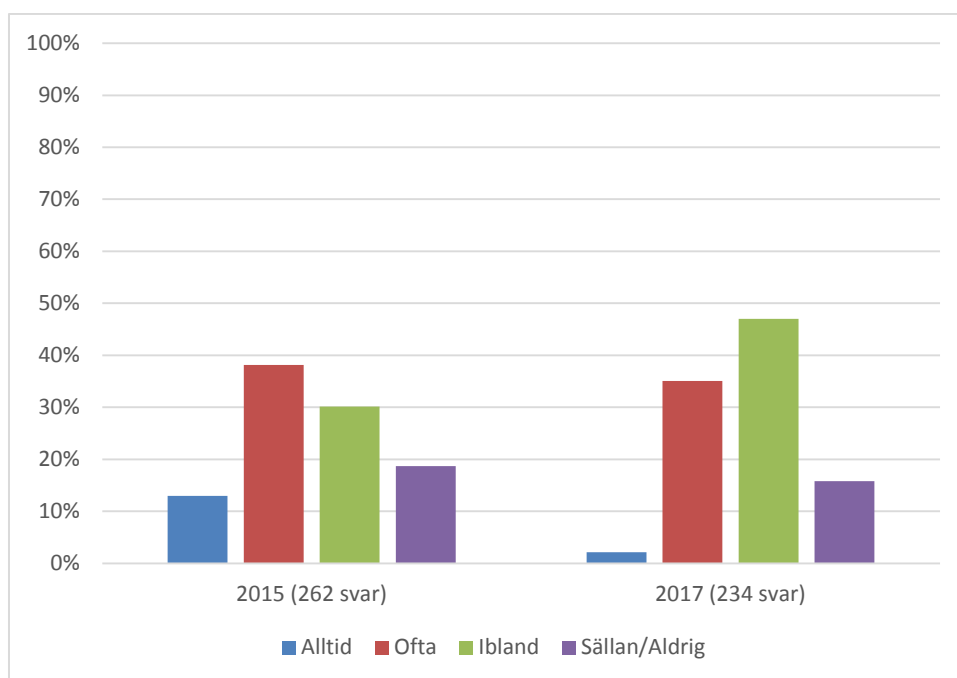


Figur B12. Svar från läkare på frågan ”När dina patienter har träffat en läkare i specialistsjukvården (inkl. privatpraktiserande specialistläkare och sjukhusläkare), hur ofta får du återkoppling från läkaren i specialistsjukvården?”

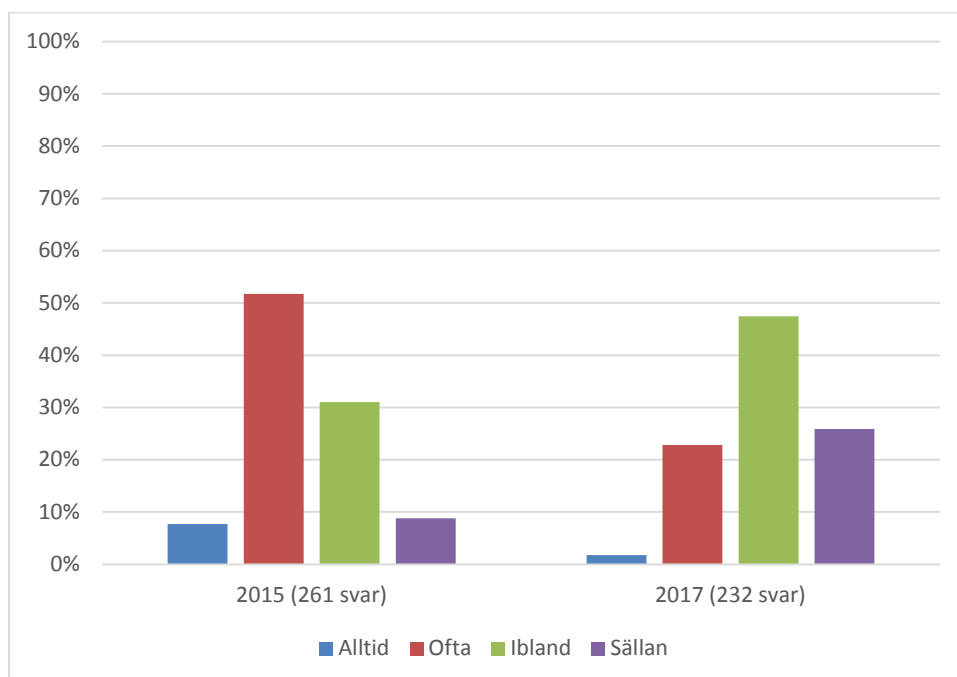


Figur B13. Svar från läkare på frågan ”Om någon av dina patienter får vård och omsorg i hemmet (t.ex. hemsjukvård) hur ofta blir du underrättad om en relevant förändring av patientens tillstånd eller hälsostatus?”

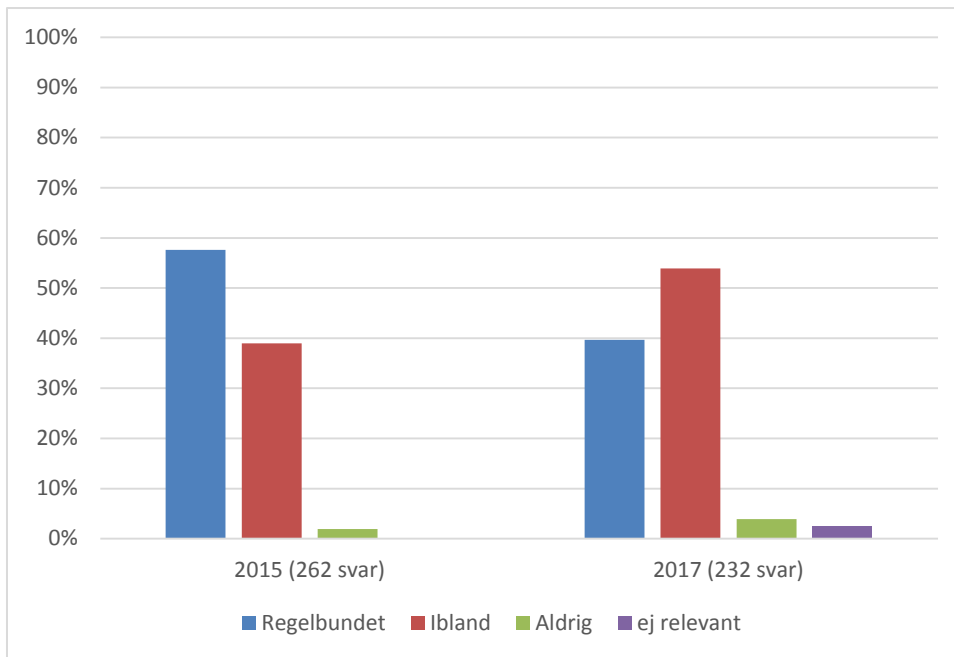
Jämförelse över tid (2015 jämfört med 2017)



Figur B14. Svar från läkare på frågan ”När dina patienter uppsöker en akutmottagning, hur ofta får du besked om att din patient varit på akuten?”

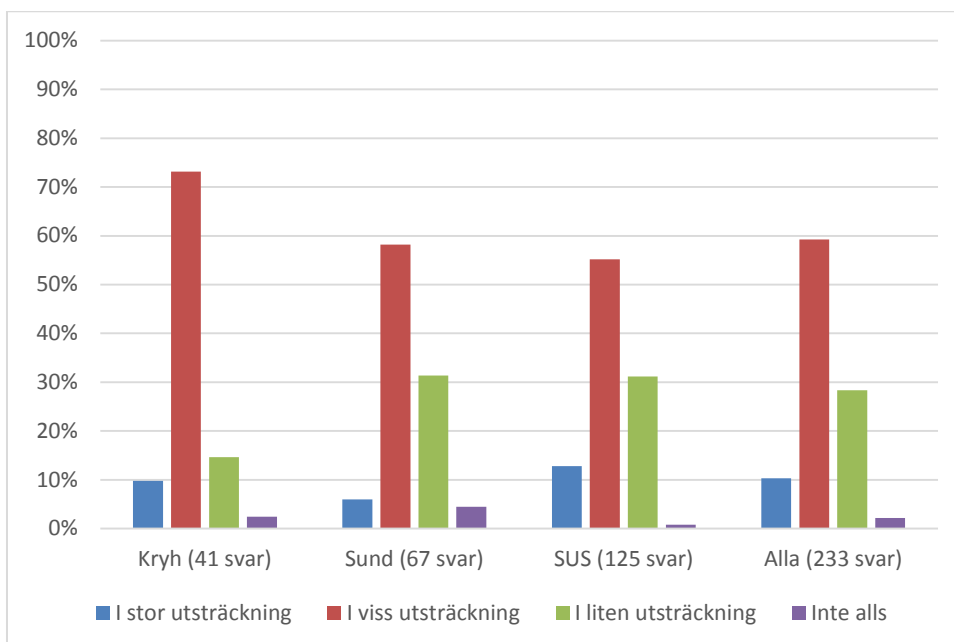


Figur B15. Svar från läkare på frågan ”När dina patienter har träffat en läkare i specialistsjukvården (inkl. privatpraktiserande specialistläkare och sjukhusläkare), hur ofta får du återkoppling från läkaren i specialistsjukvården med all relevant information?”

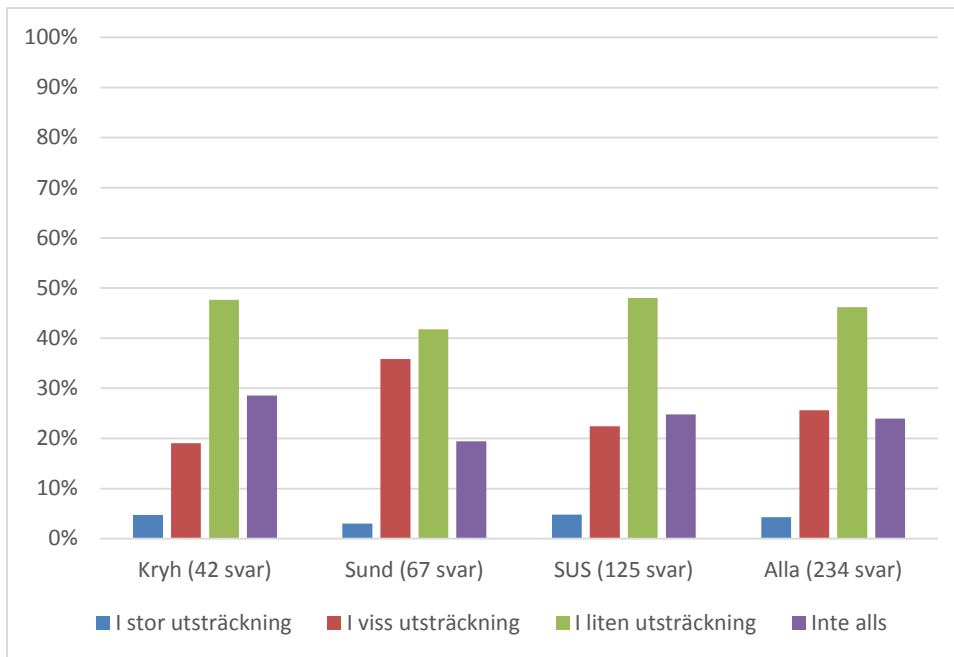


Figur B16. Svar från läkare på frågan ”Om någon av dina patienter får vård och omsorg i hemmet (t.ex. hemsjukvård) hur ofta blir du underrättad om en relevant förändring av patientens tillstånd eller hälsostatus?”

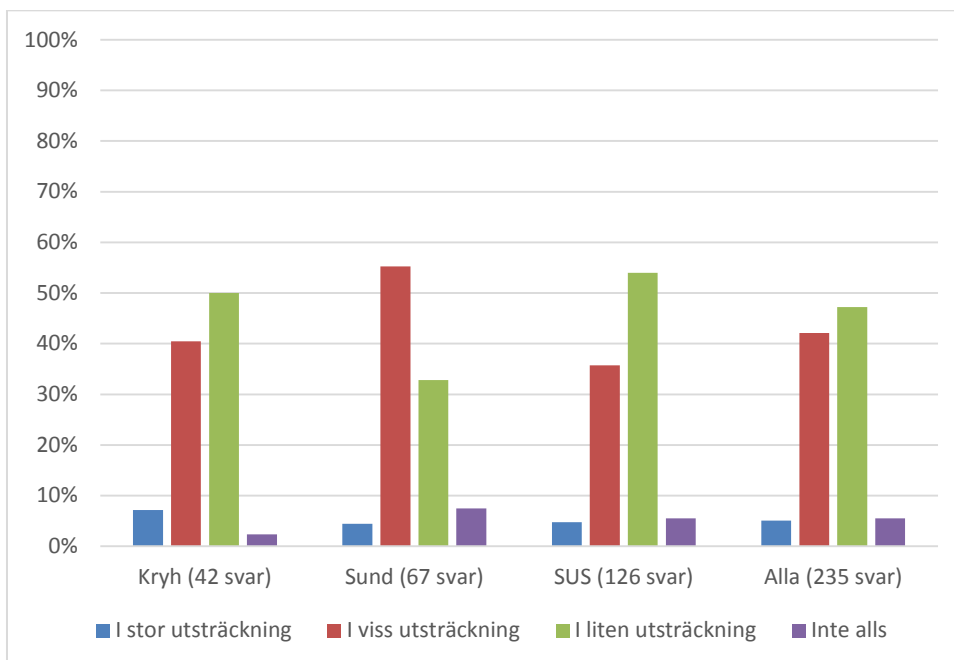
Bedömning av primärvårdsläkarens koordinerande roll



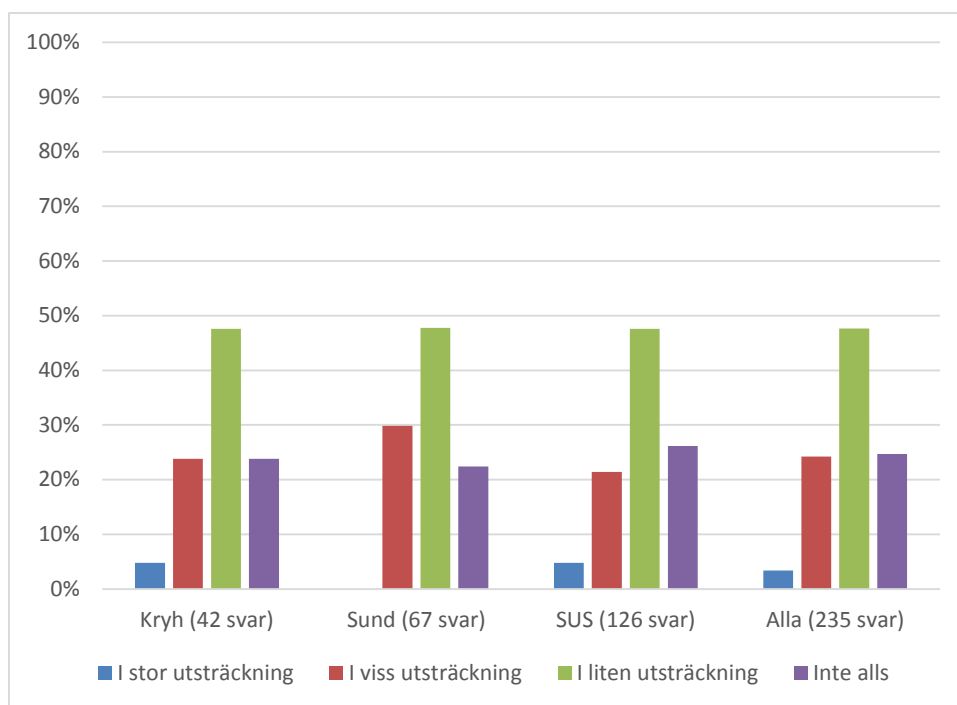
Figur B17. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare det mandat som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”



Figur B18. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare den tid som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

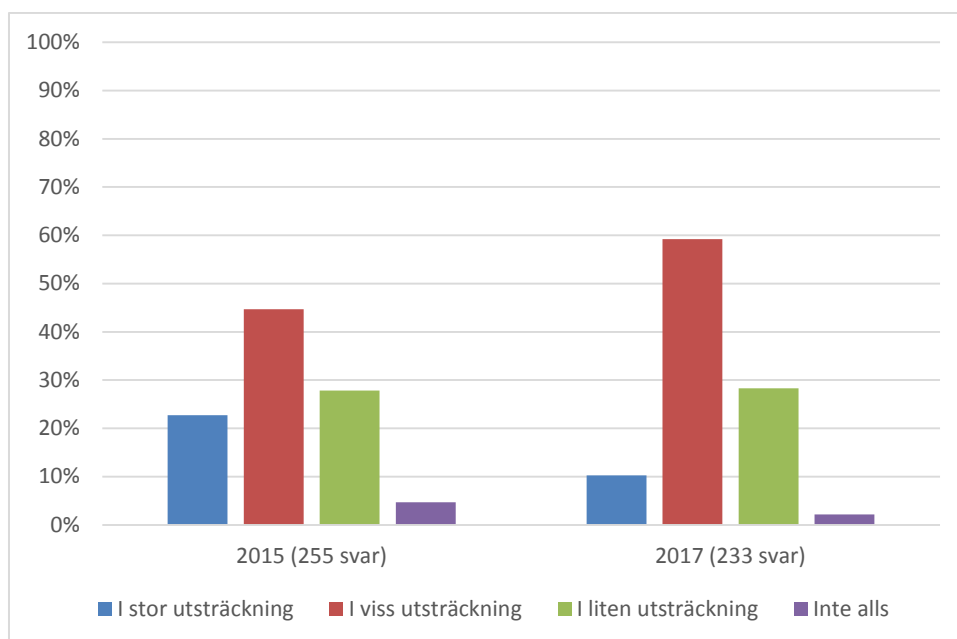


Figur B19. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare de kommunikationskanaler som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”



Figur B20. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare de IT-stöd som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

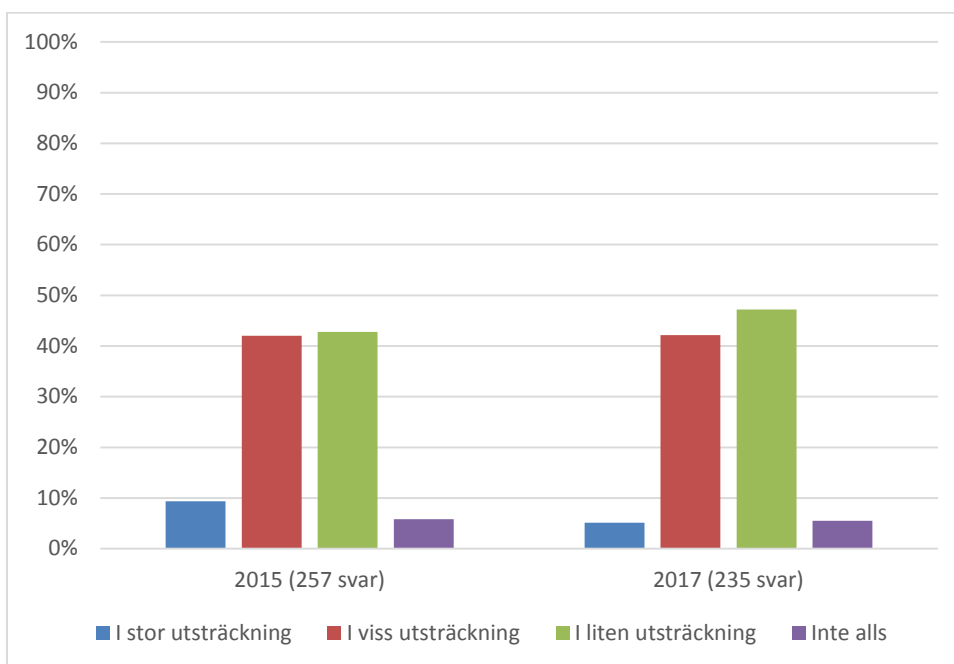
Jämförelse över tid (2015 jämfört med 2017)



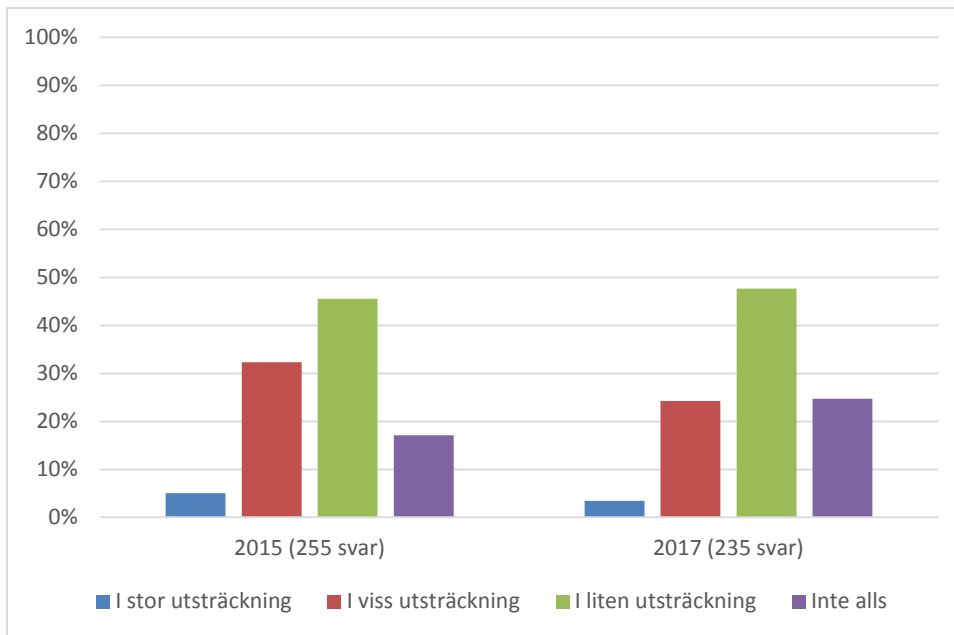
Figur B21. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare det mandat som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”



Figur B22. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare den tid som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

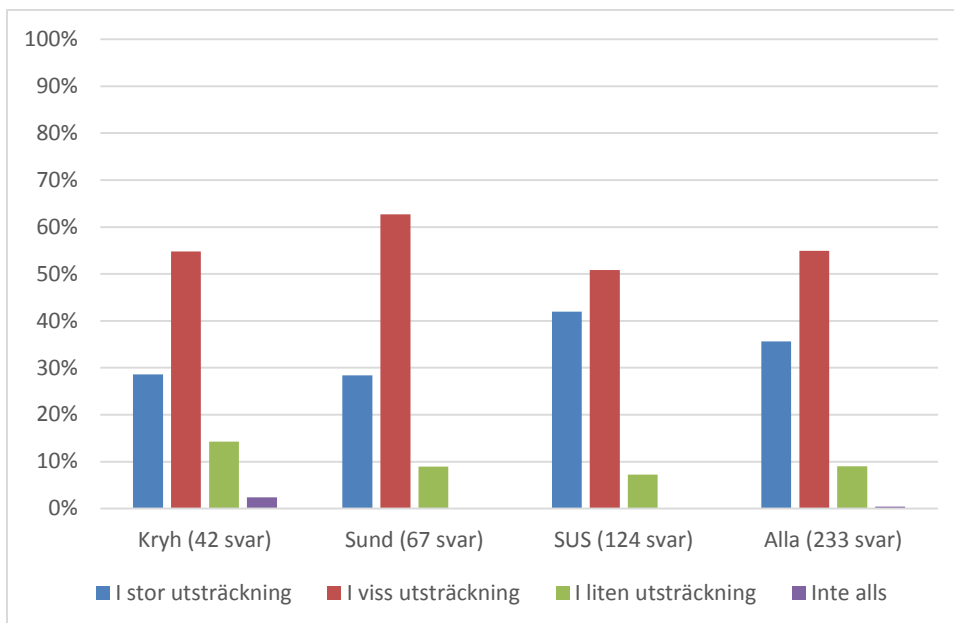


Figur B23. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare de kommunikationskanaler som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

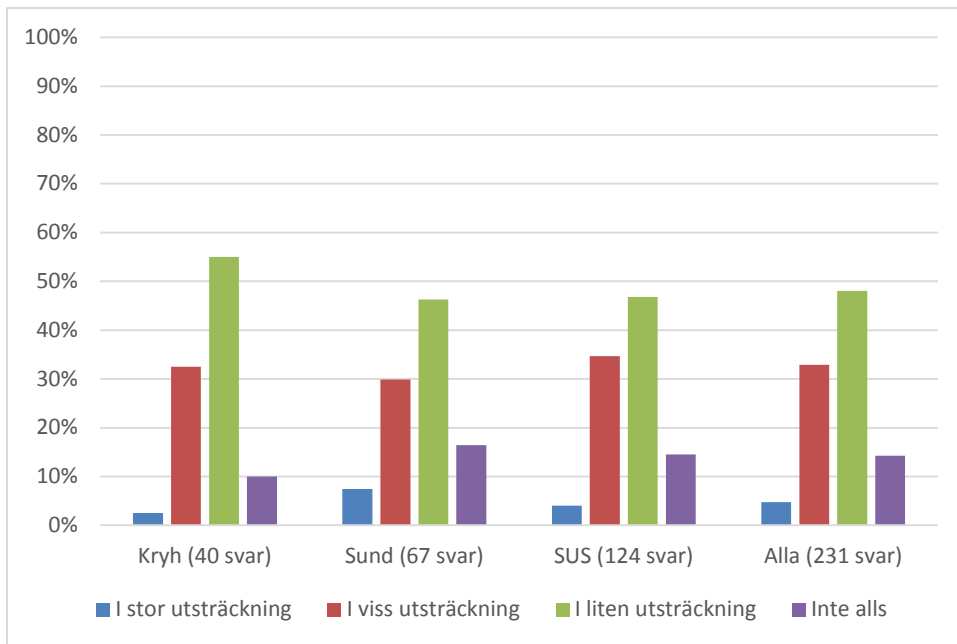


Figur B24. Svar från läkare på frågan ”I vilken utsträckning har du i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare de IT-stöd som krävs för att koordinera och planera vården för dina patienter?”

Bedömning av arbetsfördelning gentemot sjukhusens specialistläkare

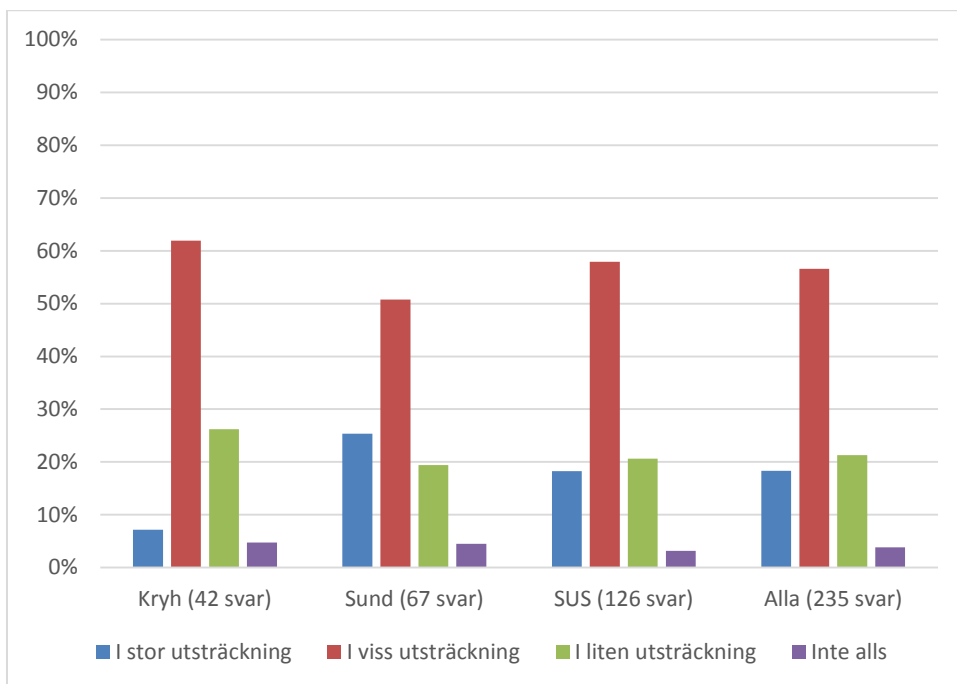


Figur B25. Svar från läkare på frågan ”Hur ofta utför du arbete som egentligen borde göras av sjukhusens specialistläkare?”



Figur B26. Svar från läkare på frågan "Hur ofta utför sjukhusens specialitläkare arbete som egentligen borde göras av primärvården?"

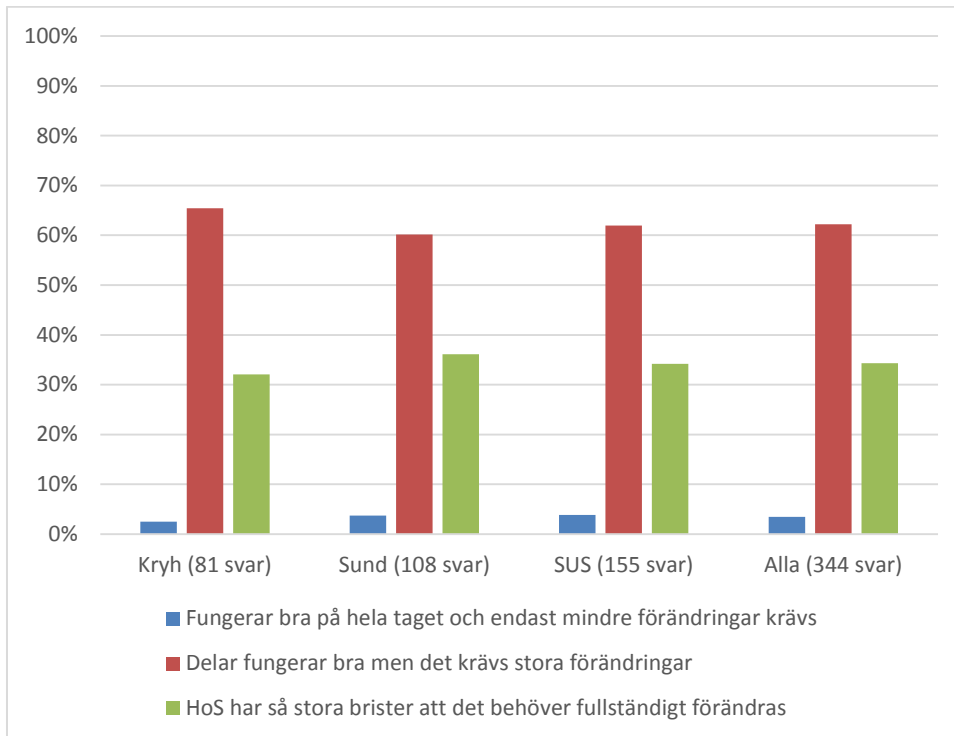
Bedömning av arbetsfördelning gentemot annan personal i primärvård



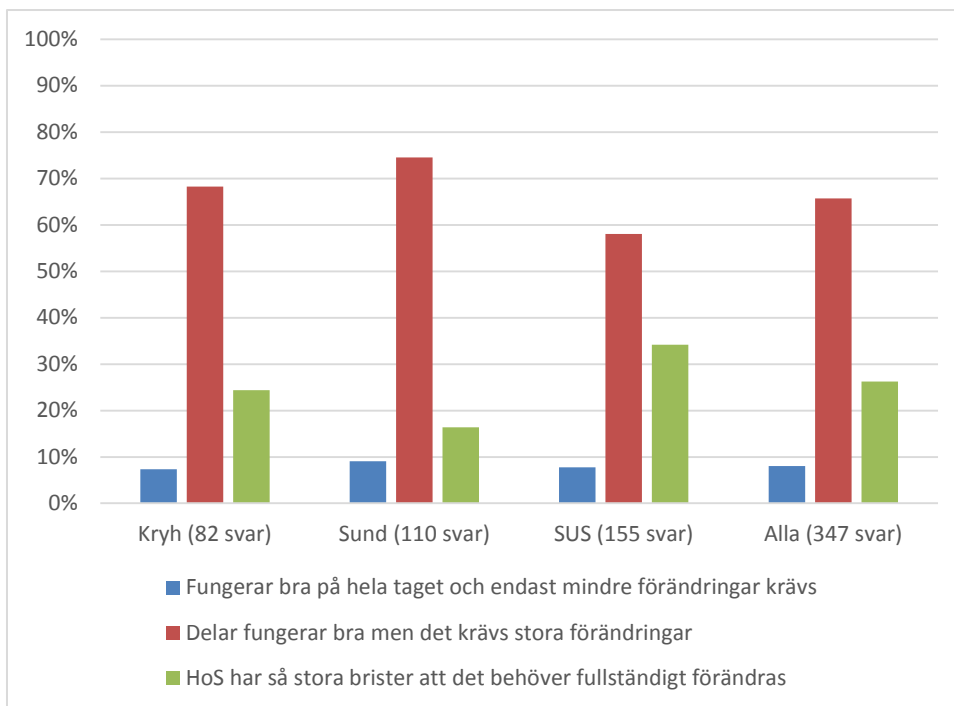
Figur B27. Svar på frågan "I vilken utsträckning kan de arbetsuppgifter som du utför istället utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja din kompetens som läkare?"

Sammanställning av svar på enkätfrågor till sjuksköterskor

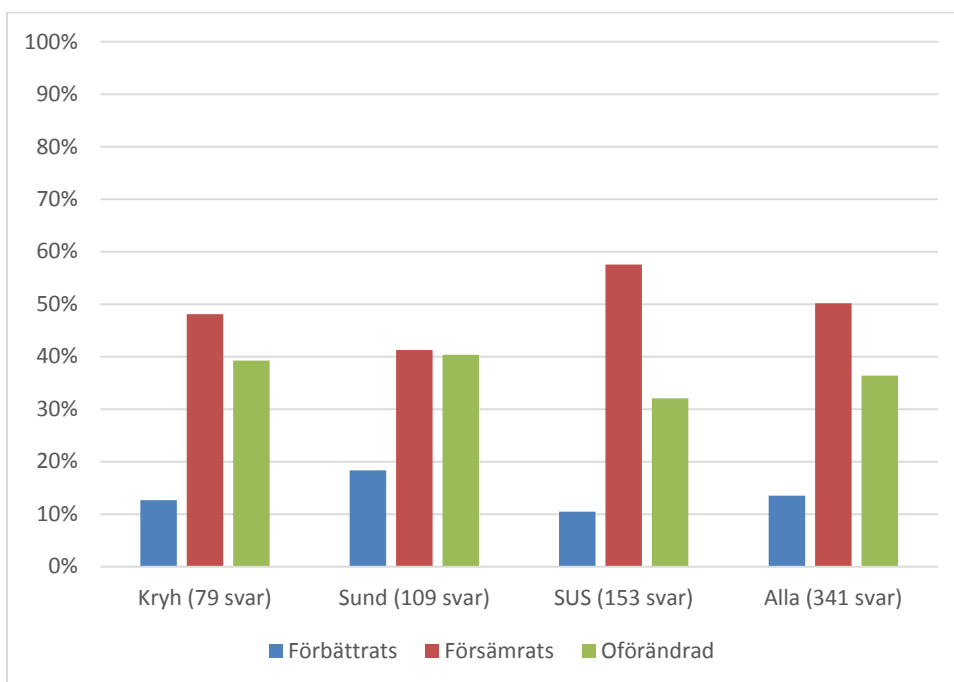
Uppfattningar om behoven av övergripande förändringar samt förändringar i verksamhetens kvalitet under de senaste tre åren



Figur B28. Svar från sjuksköterskor på frågan ”Vilket av följande påståenden stämmer bäst överens med din uppfattning om hälso- och sjukvårdssystemet i Region Skåne?”

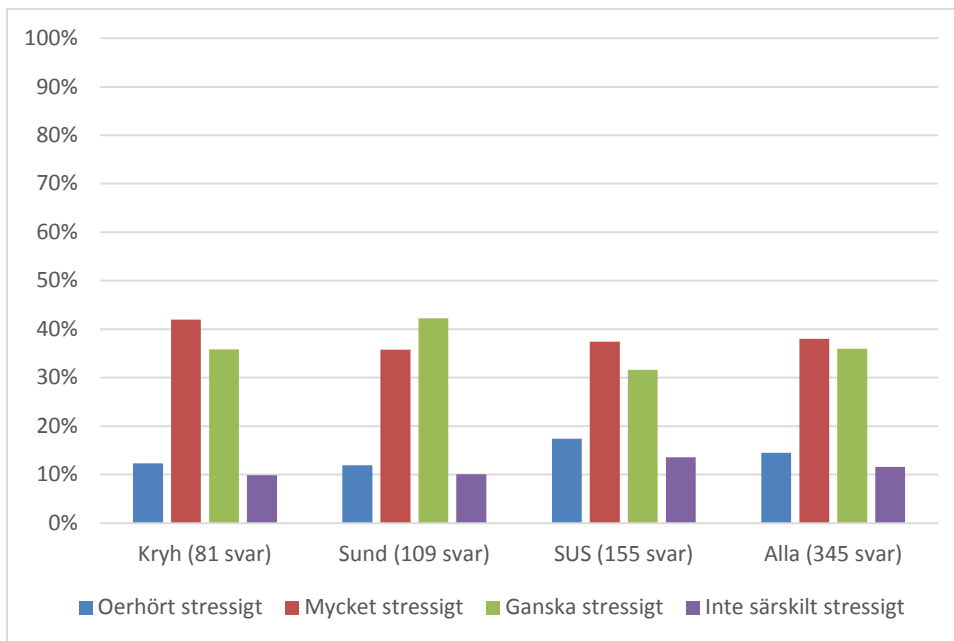


Figur B29. Svar från sjuksköterskor på frågan ”Vilket av följande påståenden stämmer bäst överens med din uppfattning om primärvården i Region Skåne?”

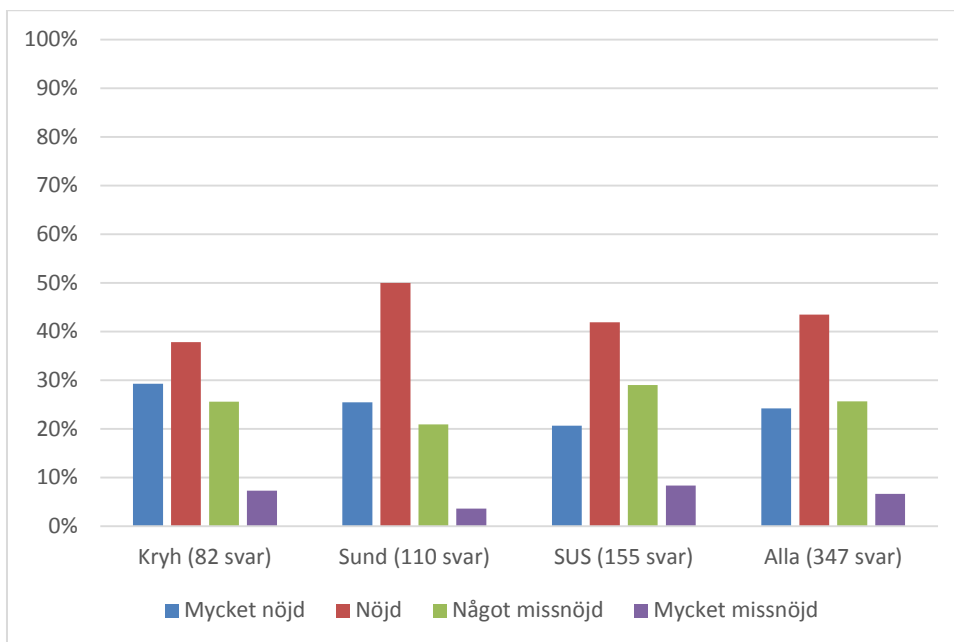


Figur B30. Svar från sjuksköterskor på frågan ”På det hela taget, anser du att kvaliteten på den medicinska vård som dina patienter får har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

Upplevelser om arbetsmiljö

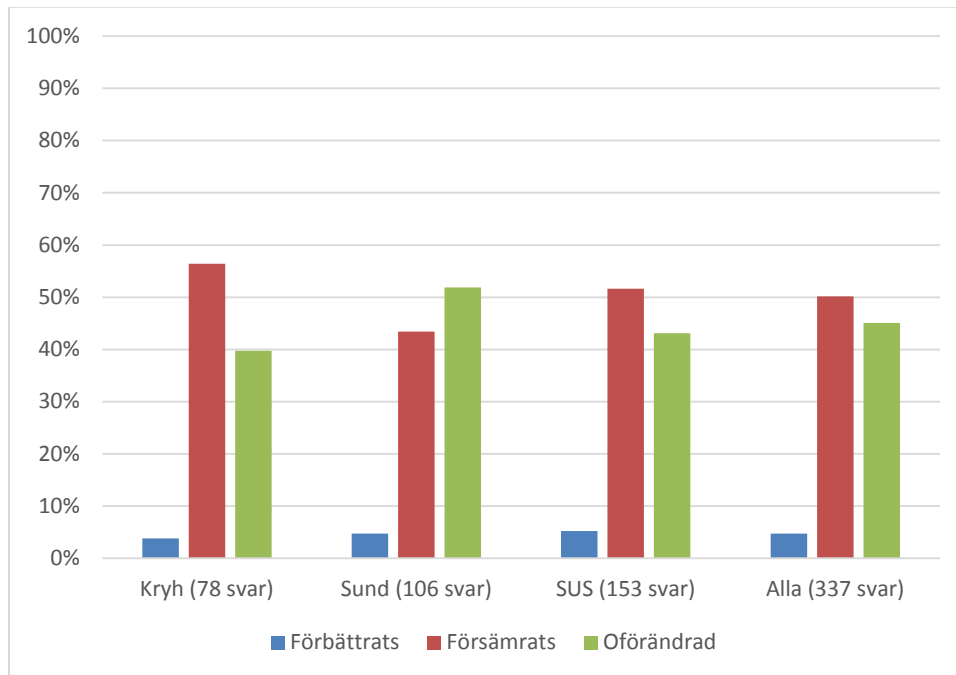


Figur B31. Svar på frågan "Hur stressigt är ditt arbete som sjuksköterska i primärvården?"

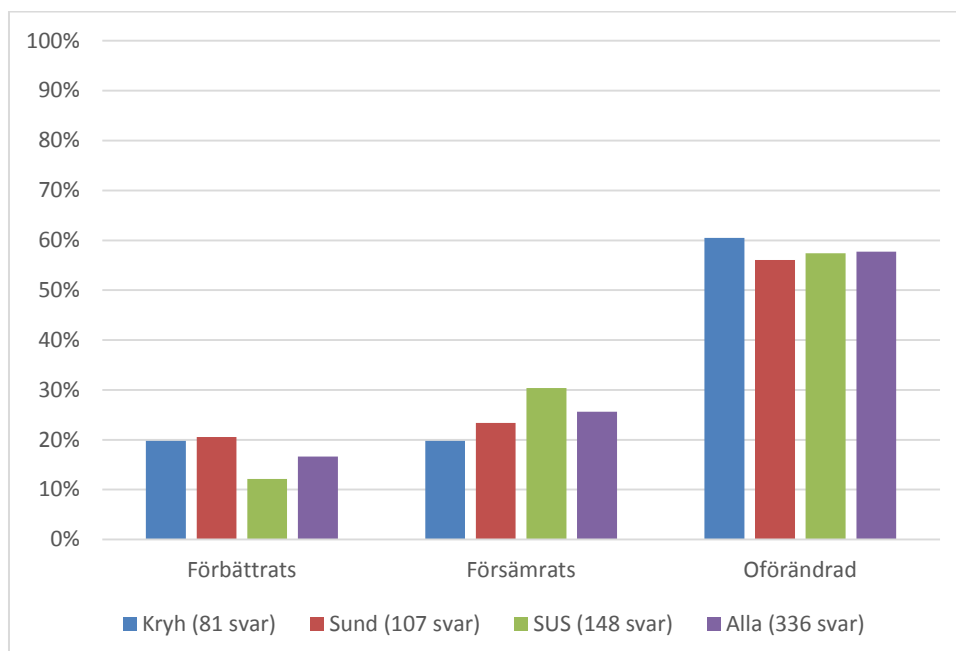


Figur B32. Svar på frågan "På det hela taget, hur nöjd är du med att arbeta som sjuksköterska?"

Bedömning av samverkan med sjukhusvård respektive kommunal vård och omsorg

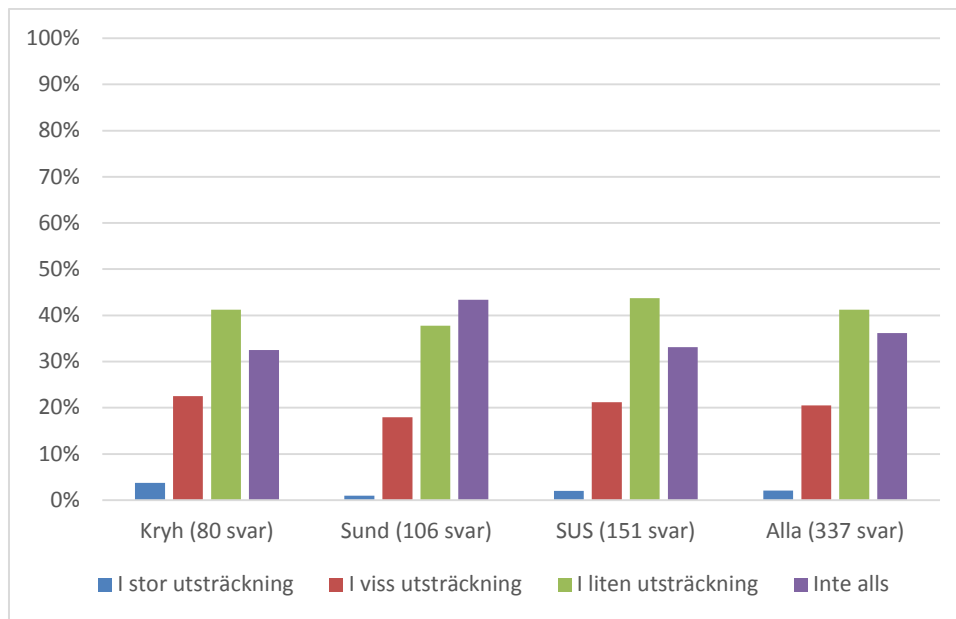


Figur B33. Svar från sjuksköterskor på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och sjukhusvården har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

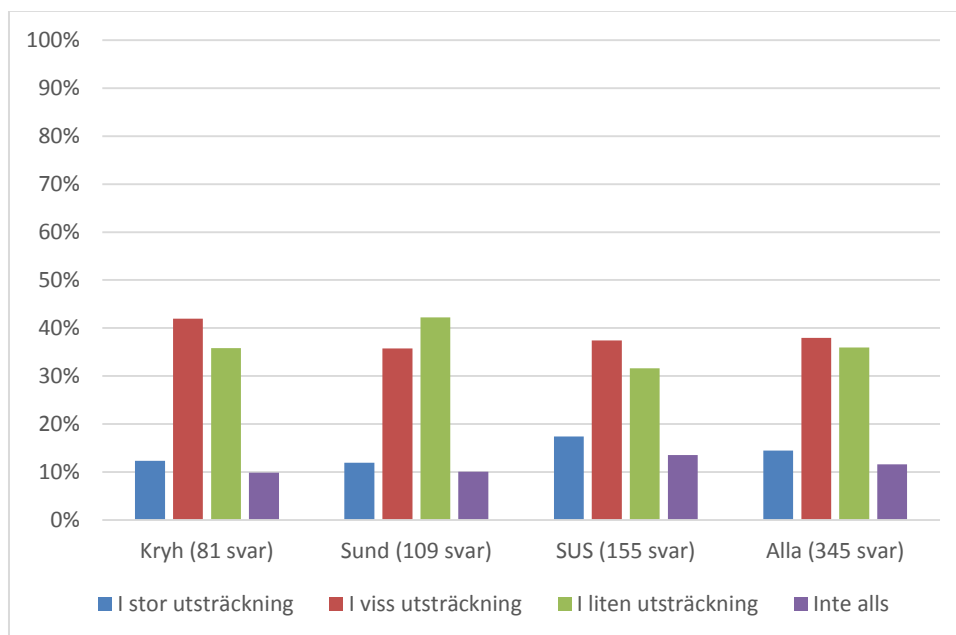


Figur B34. Svar från sjuksköterskor på frågan ”På det hela taget, anser du att samverkan mellan primärvården och kommunal vård och omsorg har förbättrats, försämrats eller varit oförändrad, under de senaste 3 åren?”

Bedömning av arbetsfördelning gentemot läkare i primärvården

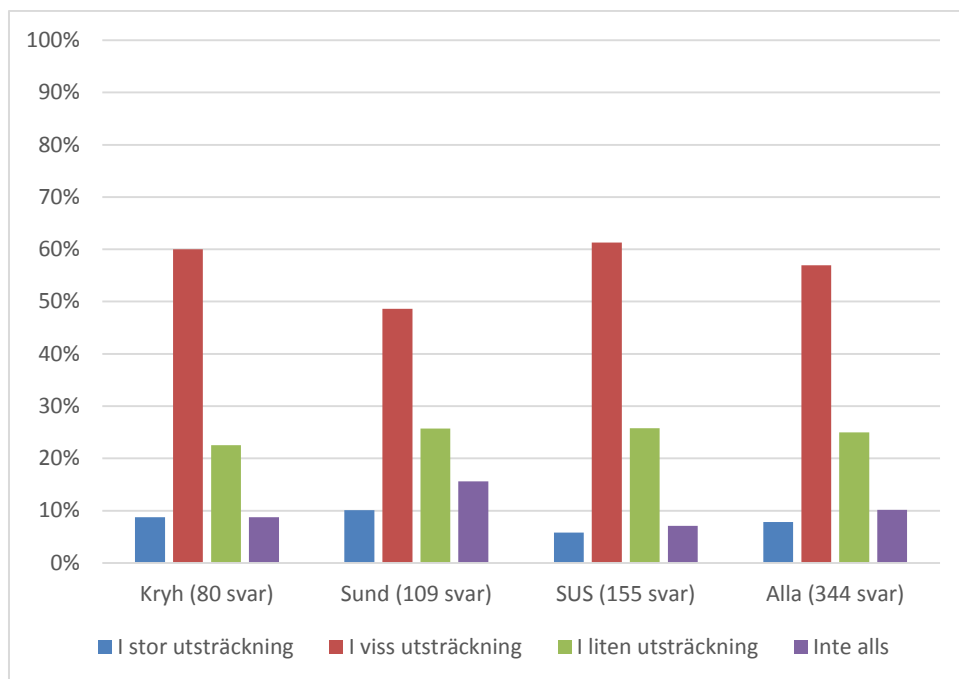


Figur B35. Svar från sjuksköterskor på frågan ”Hur ofta utför du arbete som egentligen borde göras av läkare?”



Figur B36. Svar från sjuksköterskor på frågan ”Hur ofta utför primärvårdsläkare arbete som egentligen borde göras av sjuksköterskor?”

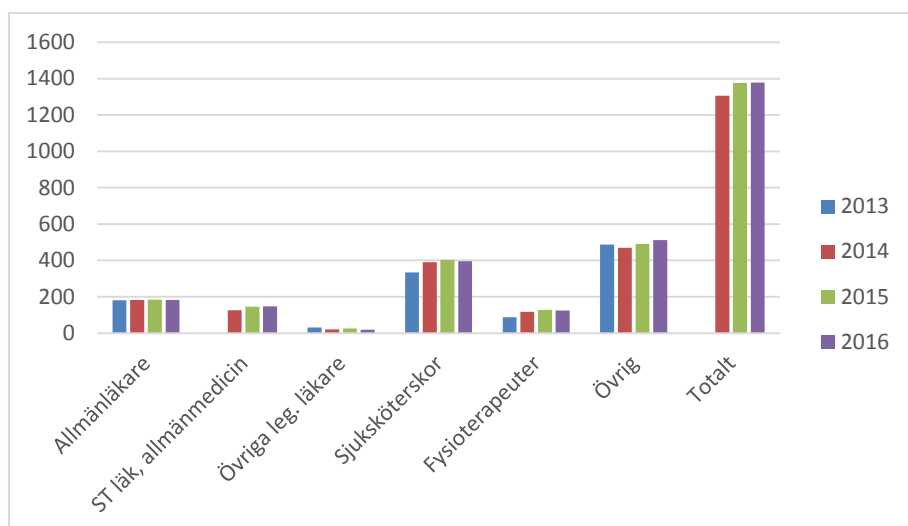
Bedömning av arbetsfördelning gentemot annan personal i primärvård



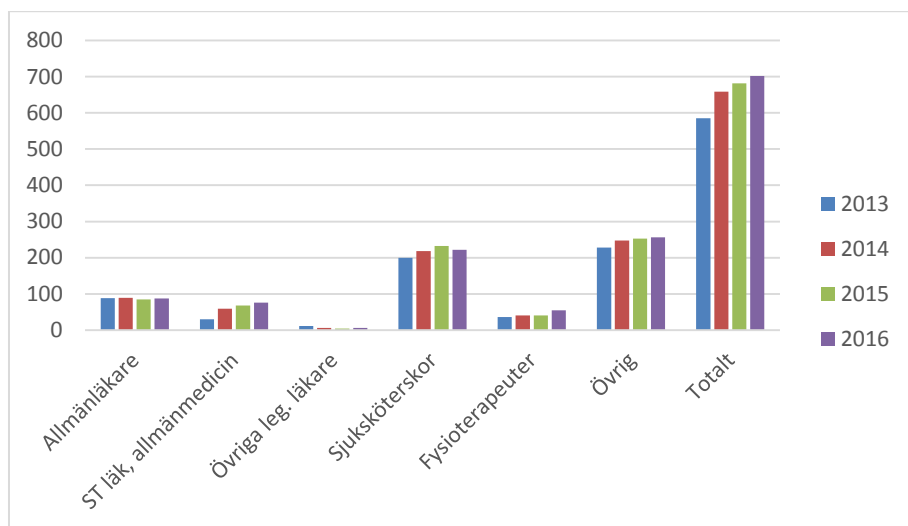
Figur B37. Svar på frågan ”I vilken utsträckning kan de arbetsuppgifter som du utför istället utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja din kompetens som sjuksköterska?”

BILAGA 3: UTVECKLINGEN AV SUMMERAD SYSSELSÄTTNINGSGRAD PER FÖRVALTNING

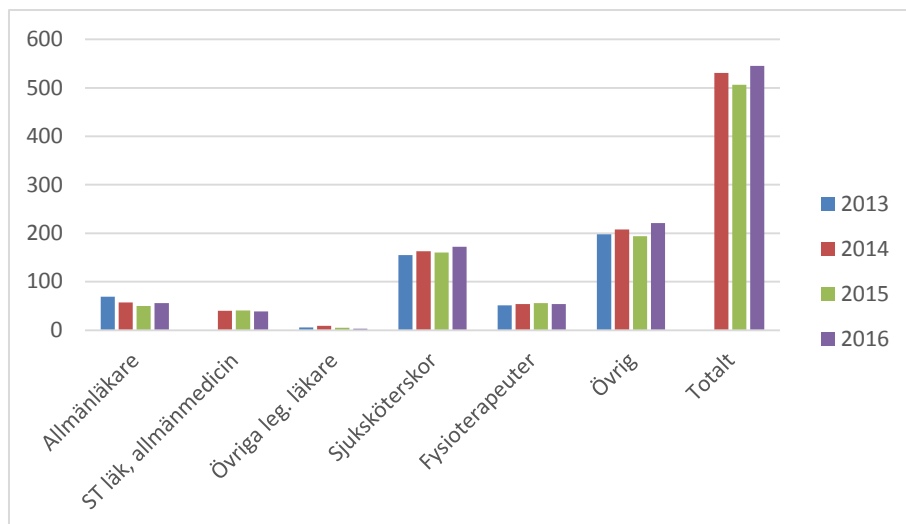
Figurerna visar utvecklingen uppdelat för de tre förvaltningarna och avser summerad sysselsättningsgrad, dvs antal tjänster omräknat till heltider, såsom den redovisas i statistiken. Antalet ST-läkare år 2013 finns inte komplett uppdelat på de tre förvaltningarna. Det innebär att det inte heller finns några totalsiffror detta år för SUS och Sund.



Figur B38. Utvecklingen av antal anställda (summerad sysselsättningsgrad) inom vårdcentraler i offentlig regi i SUS åren 2013-2016.



Figur B39. Utvecklingen av antal anställda (summerad sysselsättningsgrad) inom vårdcentraler i offentlig regi i Sund åren 2013-2016.



Figur B40. Utvecklingen av antal anställda (summerad sysselsättningsgrad) inom vårdcentraler i offentlig regi i Kryh åren 2013-2016.

KEFU SKRIFTSERIE 60
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-60-SE

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
Fax: 046-222 42 16