

FÖRSLAG

PRIMÄRVÅRDSPROGRAM

REVIDERING INFÖR ÅR 2020 OCH INRIKTNING FÖR PLANPERIODEN 2021–2022

1. INLEDNING

Nedan lämnas förslag till utveckling av uppdragsbeskrivning och ersättningar inom olika områden till Primärvårdsprogram 2020. Förslagen nedan förenas av att de tar utgångspunkt i den inriktning för utveckling som anges i Regionplanen för 2020–2022. Nedanstående förslag har sin utgångspunkt i ett antal vägledande principer för primärvårdens kommande utveckling

1.1 Jämlik vård

Strävan ska vara att uppnå en jämlik vård i hela länet vad gäller alla delar i primärvårdsuppdraget, såväl det hälsofrämjande arbetet som behandling, diagnosticering och lindring. För att resultatet ska vara likvärdigt kan lösningarna och genomförande behöva se olika ut i olika delar av länet. Det innebär att under planperioden kan uppdraget till vårdcentralerna komma att differentieras, utifrån vårdcentralernas olika förutsättningar att tillgodose en rättvis och jämlik vård i hela länet.

1.2 Starta vårdcentral/filial

Det är förenat med betydande initiala kostnader att öppna en ny vårdcentral i länet. Lokal och utrustning ska anskaffas. Personal ska anställas. Intäktssidan är mer osäker utifrån att man inte vet hur många som kommer att listas på en ny vårdcentral. En väg mot en fullvärdig vårdcentral kan vara att öppna en filial, som sedan succesivt utvecklas. Målsättningen är att under planperioden utveckla tillfälliga stödstrukturer som kan underlätta en etablering. För att konkurrensneutralitet fortsatt ska råda så kan insatserna vara av engångskaraktär under en begränsad tid. Kan ffa bli aktuellt i kommuner vars befolkning växer.

1.3 Moderna arbetsformer - digitalisering

Primärvården i Västmanland ska ligga i framkant i landet vad gäller att ta till sig moderna behandlings- och diagnosmetoder och andra former för kontakt, dialog och delaktighet för invånarna. En digital lösning som efter en tid är att betrakta som en basal del i primärvårdens utbud, kan komma att bli obligatorisk för alla utförare att erbjuda.

Datum: 2019-05-21

1.4 Konkurrensneutralitet

Konkurrensneutralitet gällande de ekonomiska villkoren är en viktig grundbult i Lagen om Valfrihet och dess obligatoriska tillämpning i svensk primärvård. Ett område som diskuterats är hur privata utförare ska kompenseras när offentligt driven primärvård redovisar underskott i årsbokslut. Ofta "avskrivs" underskott utan någon kompensation utgår till privata vårdgivare. Frågan har prövats i förvaltningsdomstolen och av konkurrensverket. Det finns inget utslag som juridiskt pekar på att kompensation ska ske.

I Region Västmanland finns en stor andel privata utförare därför är det viktigt att regionen har en likvärdig behandling av alla utförare av primärvård. För den regiondrivna verksamheten har regionstyrelsen fastställt särskilda direktiv som syftar till att ge samtliga verksamheter inom vårdval liknande förutsättningar oberoende av driftsform. Regionen tillämpar också en av regionfullmäktige fastställd resultatregleringsmodell som innebär att 100 % av över- och underskott stannar i verksamheten i form av ett internt eget kapital. Resultatet fastställs av regionfullmäktige efter resultatdialog där kompensation kan ske för de icke konkurrensutsatta verksamheterna inom den regiondrivna primärvården. Om ett negativt eget kapital befaras ska en åtgärdsplan upprättas för hur verksamheten ska nå ekonomisk balans. Återställande ska ske inom tre år. Om verksamheten inte lyckas med detta kommer regionen att uppta diskussioner om att helt eller delvis kompensera privata utförare i efterhand.

1.5 Ekonomiska förutsättningar för planperioden

För att komma i ekonomisk balans och därmed säkra förutsättningar för en framtida utveckling av regionens verksamheter, gav Regionstyrelsen den 5 mars Regiondirektören i uppdrag att till Regionstyrelsens möte den 28 maj, återkomma med förslag på kostnadsreduceringar motsvarande minst 400 mnkr under planperioden 2020–2022, inkl. det uppstartade åtgärdsprogrammet inom Västmanlands Sjukhus på 100 mnkr. Hela organisationen /alla verksamheter omfattas.

2. FÖRSLAG ÅR 2020

2.1 Förstärkt vårdgaranti och utvidgad modell för uppföljning av tillgänglighet i primärvård

Riksdagen har beslutat om en ny form av vårdgaranti i primärvården. Samtliga nybesök till alla yrkesgrupper med hälso- och sjukvårdslegitimation omfattas av vårdgarantin. Vårdgarantin gäller patienter med nytt hälsoproblem, en oväntad eller kraftig försämring/ förändring av ett tidigare känt medicinskt problem eller en utebliven behandlingseffekt.

Vårdgarantin innebär rätt till kvalificerad medicinsk bedömning inom tre dagar från kontakt. Kvalificerad medicinsk bedömning kan ske via fysiskt besök, digital vårdkontakt via videolänk eller via telefonsamtal.

.En viktig grund för kvalitet i mätningen är att samtliga yrkesgrupper under 2019 diagnosregistrerar och/eller KVÅ-kodar sina vårdkontakter.

Datum: 2019-05-21

En viss initial försiktighet ska råda vad gäller att ange riktmärken för hur stor andel som får medicinsk bedömning inom tre dagar. En nivå som gällt hittills är <85% är mindre bra medan >95 % är utmärkt.

Därtill ska mätning ske av hur stor andel besök per yrkesgrupp som diagnosregistreras.

2.2 Ersättning för kvalificerade telefonsamtal

Den förstärkta vårdgarantin med krav på medicinsk bedömning inom tre dagar kan enligt det nationella regelverket ske via kvalificerat telefonsamtal. Begreppet "kvalificerat" definieras av att ett antal kriterier ska vara uppfyllda som till stora delar är likvärdiga med kriterierna för fysiskt och digitalt "besök". Med denna logik som grund föreslås att regionen ersätter kvalificerat telefonsamtal för medicinsk bedömning gällande vårdgarantipatienter med samma ersättningsbelopp som vid besök dvs 110 kr. Patientavgift tas generellt inte ut för telefonsamtal. Patientavgifter för telefonsamtal är svåra att administrera och kan också från patienters sida leda till oönskade krav på andra vårdkontakter än just telefonsamtal.

2.3 Kontakt med primärvården

Invånarnas tillit och trygghet till primärvård är beroende av möjligheterna att få kontakt i rimlig tid och att få träffa lämplig medicinsk profession. Telefonen kommer även fortsatt att vara den primära ingången för kontakt, men meddelandefunktionen på 1177 kommer succesivt att öka i betydelse som kontaktingång.

Telefoni

Många vårdcentraler har vittnat om att samtal till öppen callbackfunktion under nätter i många fall inte resulterar i någon relevant kontakt kommande dag och att fel patienter prioriteras under morgonen. Andra vårdcentraler har callbackfunktionen öppen dygnet runt och tycker det fungerar utmärkt

- Med ovanstående som grund begränsas den obligatoriska tidsramar då återuppringningssystemet ska vara öppen för bokning av telefontid till kl. 06.00 – 17.00 alla vardagar
- Telefontillgänglighetsmålet att definieras i form av "andel som får kontakt samma dag", framför allt utifrån att invånarna uppfattar detta som det relevanta måttet (tidigare "inom 24 timmar" uppfattas av många inte som god tillgänglighet). "Inom samma dag" gäller för dem som ringer innan kl 16.00.
- För att mäta likvärdig och relevant telefontillgänglighet är det obligatoriskt för samtliga vårdcentraler att ha senaste version/uppgrädering/release av det telefoni-/callbacksystem man valt att använda.
- Det är också obligatoriskt att telefontillgänglighetsstatistik ska rapporteras via automatiserade överföringar (dvs ej manuell uträkning) för direkt rapportering till bland annat SKL. För att säkra kvalitet och minska administration.

Datum: 2019-05-21

- En av callbacksystemets grundpelare är att varje invånare ska vara i trygg förvisning om att man faktiskt blir uppringd på det klockslag man fått besked om. Utfall tidsavvikelser kommer att mätas för varje vårdcentral.

2.4 Samordnad utskrivning från sjukhus

Uppdrag till Jourmottagningen att etablera en funktion gällande ett länsuppdrag för vårdsamordning under långhelger. Det handlar om insatser från sjuksköterska under några dagar per år. Ekonomisk ersättning för utbildning och tjänstgöring erhålls från Vårdvalsenheten. Åtgärden är en direkt följd av den överenskommelse som tecknats mellan regionen och länets kommuner.

2.5 Barnmorskemottagningarna – åtgärder för att stärka patientsäkerhet och minska sårbarhet

Arbetet med att konkretisera för att nå ovan angivna mål pågår i arbetsgrupp under våren. Några förutsättningar är:

- Tydliggöra avvikelshantering i Synergi. Ansvaret ligger "i linjen".
- Tydligare och starkare krav på samverkan enligt fastställd instruktion (inga avtal). Samverkan mellan vårdcentraler ska ske utifrån geografisk närhet. Riskbedömning genomförs inom varje samverkansgrupp
- Tjänsteperson får mandat att lyfta bort av BMM-uppdraget från vårdcentral som inte följer krav och instruktioner, samt mandat att tilldela uppdraget till närliggande vårdcentral.
- Ny ersättningsmodell där hela ersättningen ligger utanför kapiteringen blir nödvändig för att kunna flytta uppdrag. Inskrivningspeng utbetalas vid två tillfällen, vid inskrivning och efter avslutad graviditet.
- Rollerna för MVH-enhetens befattningshavare, referensgrupp, planeringsrönder, fortbildningsdeltagande tydliggörs i särskild instruktion, som hänvisar till primärvårdsprogrammets avsnitt för BMM. Skrivningarna i primärvårdsprogrammet kortas till att gälla det övergripande uppdraget, förutsättningarna målen etc
- Resursförstärkning tillförs barnmorskeverksamheten så att bemanningen kan höjas till 75 inskrivna gravida mer heltidsbarnmorska, samt förstärkning av SAMBA-funktionen. Ca 5 mnkr per år. Finansiering sker via riktade statsbidrag.

2.6 Psykisk ohälsa

Rehabgarantin/sjukskrivningsmiljard

Under de senaste 10 åren har statliga stimulansmedel för KBT-behandling av patienter i arbetsför ålder tillförts. Ersättning för rehabkoordinator och behandling återinfördes i april 2019 gällande detta år. Det är angeläget att långsiktiga resurser för fortsatta insatser för sjukskrivna kan säkras under planeringsperioden.

Datum: 2019-05-21

KBT på nätet

2019 års gällande ersättning för digital KBT behandling via statsbidrag avses att integreras i PV-programmet inför 2020. Idag: 500 kr för sömn/stress och 2000 kr för ångest/depression efter avslutad behandling. Alternativ ersättning: 500 kr respektive 1 000 kr för påbörjad behandling

BU-hälsans uppdrag

Vårdvalsenheten ska hösten 2019, tillsammans med företrädare för BUP-kliniken, primärvården och Elevhälsan, initiera en utvärdering av BU-hälsan i syfte att pröva möjligheten att ta ytterligare steg framåt i att utveckla BU-hälsans uppdrag. I detta ingår att belysa möjligheten till tydligare ansvar och gränssnitt gentemot BUP kliniken, samt tydliggöra rollen gentemot vårdcentralen som en del av primärvården. Viktigt att den samlade vårdkedjan gällande psykisk ohälsa för barn och unga är tydlig för alla aktörer. Ett resultat konkretiseras i en revidering av BU-hälsans uppdrag i Primärvårdsprogrammet inför 2020.

2.7 Förändrat underlag för ACG-ersättning

Från 1/1 2019 gäller regionövergripande riktlinje om yrkesneutral diagnosregistrering vilken innebär att samtliga besök, kvalificerade telefonkontakter och digitala vårdkontakter ska diagnosregistreras oavsett yrkestillhörighet.

Den förstärkta vårdgarantin innebär för primärvården medicinsk bedömning inom tre dagar hos legitimerad yrkesprofession (inkl kuratorer) vilket kommer att öka besöken hos andra yrkesgrupper än läkare.

I 2020 års ersättningssystem kommer därför vårdtyngd i form av ACG-poäng att inkludera samtliga yrkesgruppers diagnosregistrering.

2.8 Medicinskt ledningsansvarig läkare

Krav på "medicinskt ledningsansvarig läkare" finns i primärvårdsprogrammet då verksamhetschefen inte är läkare. Rollens funktion och mandat ska följa nationella riktlinjer.

3. AKTUELLA OMRÅDEN UNDER PLANPERIOD 2021–2022

3.1 Utveckling av mobilt hemsjukvårdsteam i Västerås

En mer samlad lösning för läkarinsatser i hemsjukvården Västerås har diskuterats i kommunen och regionen. En viktig förutsättning för att gå in i en mobil lösning är att kommunen och regionen gemensamt utvärderat och i förekommande fall omprövat tolkning och tillämpning av de avtal som tecknades i samband med hemsjukvårdsväxlingen 2012, ex v gränssnitt gällande roller och ansvar inom hemsjukvården. Med detta som grund ska under planperioden prövas möjligheten att skapa ett särskilt mobilt hemsjukvårdsteam (MHTV) i Västerås med läkarinsatser dagtid måndag-fredag. Lösningen är aktuell endast i Västerås pga kommunens utbud av flera olika vårdgivare i Västerås både inom primärvård och inom den kommunala hemsjukvården. Om patient beräknas vara inskriven i hemsjukvård mer än 14 dagar flyttas det medicinska ansvaret för ett specificerat antal insatser över från vårdcentral där patient är listad till MHTV. Patient kvarstår som listad på vårdcentral.

Datum: 2019-05-21

Verksamheten organiseras från verksamhetsområdet Jourmottagningen/Mobil familjeläkare inom RO Primärvård. Finansiering sker genom att vårdcentral där patient är listad faktureras för en "hemsjukvårdsdag" (ca 14–16 kr/dag och listad). MHTV är verksamt året runt med reducerad verksamhet vid storhelger. Totalkostnad beräknas till ca 5 mnkr per år, vilken finansieras av de vårdcentraler som blir av med den del av läkaruppdraget för hemsjukvårdspatient som utförs utanför vårdcentral.

3.2 Långsiktigt arbete med psykisk ohälsa

Collaborative Care

Ytterligare en åtgärd för att arbeta med den psykiska ohälsan är att succesivt inför metodiken Collaborative Care under planperioden. Kärnan är en "Vårdsamordnare psykiatri", som samordnar vårdcentralens insatser för identifierade patienter med behov av teaminsatser. I modellen ingår även konsultativt stöd från psykiater knuten till vuxenpsykiatrien.

Piloten bör bli att testa om kraven kan vara olika beroende på vårdcentralernas storlek. Viktigt med försiktighet i att definiera insatstid exempelvis antal vårdsamordnartimmar per vecka.

Tillgänglighet psykosociala resurser för vuxna

Vårdcentralers tillgänglighet till psykosociala resurser ska särskilt uppmärksammas i den nya vårdgarantin. Specifika målvärden kan komma att behöva formuleras under planperioden.

3.3 Kostnader för nätdoktorer

Under planperioden 2020–2022 ska klargöras om vårdcentralerna ska fortsätta betala för de listades samtal till nätdoktorer. Utvecklingen på nationell nivå måste följas för att ge vägledning i vad som är lämpliga åtgärder i regionen. En åtgärd är att hitta former för att kommunicera ut dagens effekter, exempelvis de ekonomiska, till befolkningen.

3.4 Riktade Hälsosamtal för ytterligare åldersgrupper

Riktade hälsosamtalen för 50-åringar breddades i Västmanland i mars 2017. Många andra regioner och landsting erbjuder riktade hälsosamtal till flera åldersgrupper eller till andra grupper (exempelvis förstagångsföräldrar).

Under planperioden ska prövas möjligheten till att införa hälsosamtal även för 40-åringar. Senaste forskning tyder på att just den åldersgruppen är viktig inte minst för att den i många fall har mindre barn som också påverkas positivt.

3.5 Fast vårdkontakt / listningstak för familjeläkare

I utredningen om en God och nära vård fastslås att kontinuitet i relationer med vårdens medarbetare är centralt för vårdens kvalitet och patientens upplevelse.

Det finns flera ekonomiska aspekter av bristande kontinuitet. En tillitsfull och kontinuerlig relation som skapar god kännedom mellan patient och vårdpersonal

Datum: 2019-05-21

innebär att onödiga (och kostsamma) medicinska utredningar kan undvikas. Tillit i relationen innebär också att patient vågar lyfta känsliga frågor som missbruk begynnande psykiska ohälsa, våld i nära relationer etc., och insatser kan ske i ett tidigt skede, vilket också har en ekonomisk aspekt.

Möjligheten till fast läkarkontakt ska byggas upp succesivt i takt med att primärvårdens möjligheter, och förmåga, att rekrytera förbättras. Under planperioden 2020–22 ska tydliggöras att patienter med största behov - patienter med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov - är de som i första hand ska erhålla en fast läkarkontakt. Vårdgivare i primärvården ska informera om denna rättighet till berörda patientgrupper, dvs initiativet ska komma från vårdgivaren. Patienten ska kunna tacka nej till erbjudandet.

Fast läkarkontakt ska gälla specialister med nödvändig erfarenhet av primärvård som tjänstgör på vårdcentralen samt ST-läkare i allmänmedicin som via handledning, och handledares godkännande, uppfyller nödvändiga kompetenskrav.

Förutom att definiera vilka patienter i Västmanland som ska ha rätt till fast läkarkontakt så behöver också definieras vilket åtagande som följer av att vara "fast läkarkontakt". Utgångspunkt är att åtagandet ska innebära åtgärder och agerande som skapar trygghet och tillit hos aktuell patient. Vad detta innebär konkret kommer att variera över tid, dels utifrån patienternas behov dels utifrån vårdcentralens resurser.

För att möjliggöra en god och patientsäker vård måste uppdraget som fast läkarkontakt i primärvården kunna avgränsas (God och nära vård, sid 375).

I utredningen God och nära vård förs ett resonemang, baserat på tidigare diskussioner i Sverige och läget i våra grannländer, om listningstak per doktor. Detta utan att det utmynnar i någon specifik rekommendation. Baserat på resonemanget i utredningen är bedömningen för Region Västmanland att patienter med "fast läkarkontakt" inte bör överskrida xxx st av total antalet listade per heltidsarbetande läkare.

3.6 Utvidgad andel ACG-ersättning

Under planperioden år 2021–22 ska prövas effekterna av att utvidga vårdtyngdens genomslag i den samlade kapiteringsersättningen genom att simulera effekterna av utvidgad ACG ersättningen från dagens 25 % till >25 % av kapiteringen. Åldersviktnings sänks då i motsvarande grad. En sådan simulering kan göras tidigast 2020 då effekterna av utvidgad diagnosregistrering får större genomslag.

3.7 Nära vård

I utvecklingen av god och nära vård sker en rörelse från slutet till öppen vård. Primärvården utgör basen i den goda och nära vården. Utvecklingen bygger vidare på samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Vården är personcentrerad med individanpassade lösningar där patienten är delaktig i vårdens utformning. Ett helhetsperspektiv är nödvändigt för att tillgodose individens fullständiga behov av hälso- och sjukvård samt tandvård.

Datum: 2019-05-21

Vården ska vara tillgänglig med en god kontinuitet där befolkning och patienter upplever förtroende för vården.

Utvecklingen innebär också en rörelse mot hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser samt en mer jämlik vård för patienter med kronisk sjukdom.

Den goda och nära vårdens riktning ställer krav på omfördelning av resurser och samverkan i högre utsträckning.

3.8 Familjecentraler

För att ytterligare främja en jämlik och rättvis vård i hela länet är det politiskt högt prioriterat att etablera familjecentraler i alla kommuner. F n saknas i Surahammar, Arboga och Sala. Även i centrala Västerås behöver en familjecentral etableras.

I primärvårdsprogram 2017 avsattes resurser för en etablering i hela länet. Hittills har ny etablering skett i Köping under 2019.

En avtalsmall finns framtagen som reglerar förutsättningar, innehåll och målsättning.

3.9 Legitimerad hälso- och sjukvårdskurator

Legitimation för hälso- och sjukvårdens kuratorer införs den 1 juli 2019. Inriktning i Primärvårdsprogrammet är att under övergångsreglerna tillämpa samma ersättning för leg. hälso- och sjukvårdskurator som för kurator med steg 1-utbildning (grundläggande psykoterapiutbildning). Efter övergångsreglerna ska det krävas legitimation som hälso- och sjukvårdskurator för den högre ersättningen.

3.10 Tillgänglighetsresultat och koppling till ekonomin

Under planperioden införs målribbor för tillgänglighet, medicinsk bedömning inom tre dagar och telefonkontakt samma dag. Beroende av hur resultat utvecklas, för helheten och enskilda vårdcentraler, prövas under planperioden om ekonomiska incitament, för att uppnå eller bibehålla god tillgänglighet, ska införas.

Anders Ahlgren

Verksamhetschef Vårdvalsneheten