

# Framtidens primärvård

## Projekt

## Innehållsförteckning

|  |   |
|--|---|
| 1. Grundläggande information.....                              | 3 |
| 1.1 Bakgrund.....  | 3 |
| 1.2 Verksamhetsstrategi.....                                   | 4 |
| 2 Mål och Verksamhetsnytta .....                               | 4 |
| 2.1 Verksamhetsnytta/Nyttoeffekt .....                         | 4 |
| 2.2 Projektmål.....  | 5 |
| 2.3 Intressentanalys.....                                      | 5 |
| 3 Krav på projektet .....                                      | 6 |
| 3.1 Förutsättningar .....                                      | 6 |
| 3.2 Avgränsningar.....   | 6 |
| 4 Kopplingar till andra projekt, system och verksamheter ..... | 6 |
| 5 Tidplan.....   | 6 |
| 6 Budget.....  | 6 |
| 6.1 Projektkostnader .....                                     | 6 |
| 6.2 Projektfinansiering.....                                   | 7 |
| 7 Risker.....  | 7 |
| 8 Överlämnande.....  | 7 |
| 9 Styrgrupp .....  | 7 |
| 10 Referenser och bilagor.....                                 | 7 |

# 1. Grundläggande information

## 1.1 Bakgrund

Bakgrunden till detta utvecklingsarbete är ett beslut i landstingsstyrelsen den 27 maj om ett antal lång- och kortsiktiga åtgärder för att nå en ekonomi i balans. Enligt beslutet i fick landstingsdirektören i uppdrag att utreda och återkomma till styrelsen för beslut bl a om hur ”Framtidens primärvård” i länet kan utvecklas.

Kraven och förväntningarna på primärvården har förändrats under senare år och uppdraget har i många avseenden blivit bredare. Ibland beroende på samhällsutvecklingen och förändringar i sjukdomspanoramat (fler äldre, ökande psykisk ohälsa, missbruk etc) och ibland beroende på förändrad lagstiftning och olika samhällinstansers behov av stöd/medicinska bedömningar (t ex inom sjukskrivningsprocessen eller vid utskrivning från sjukhus). Primärvårdens roll som en viktig aktör inom det förebyggande/hälsöfrämjande arbetet har också blivit allt tydligare på senare år.

Från olika studier känner man till att en liten grupp patienter i befolkningen upptar en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. De undersökningar som har gjorts visar att de höga kostnaderna främst drivs av en hög slutenvårdskonsumtion. Frågan är om primärvården skulle kunna se annorlunda ut och på så sätt både öka kostnadseffektiviteten och förbättra kvaliteten i omhändertagandet för dessa grupper. En stor del är äldre multisjuka med stora behov av samordnade insatser vilket gör det särskilt viktigt att organisation/arbetsätt är anpassade därefter.

Primärvården möter även en stor bredd av patienter där en ny generation har annorlunda krav på service, tillgänglighet och möjlighet till nya digitala kontaktvägar. Det sker kontinuerligt en förskjutning av sjukvårdsuppgifter från slutna till öppna vårdformer vilket också ökar kraven på primärvården.

En stor förändring på senare år har varit hemsjukvårdens och hembesökens övergång till kommunerna. Traditionellt har primärvården byggt på distrikts-sköterskeverksamhet och samverkan mellan distriktssköterska och distriktsläkare. Idag har distriktsläkaren kvar sitt ansvar och uppdrag, men sköterskorna finns hos en annan huvudman, dvs kommunen. Detta ställer stora krav på samverkan och informationsöverföring.

Primärvårdsåtagandet enligt Vårdval Norrbotten är detsamma för samtliga hälsocentraler i länet, och ersättningen är utformad enligt gemensamma principer som framgår av beställningen och som ska vara konkurrensneutrala. Utöver basåtagandet har vissa hälsocentraler tilläggsåtagande t ex röntgen, obs-platser och ljusbehandling vilket ersätts separat (anslagsfinansiering).

Frågan är om primärvården som den är utformad idag inkl arbetsätt, kompetenssammansättning och tillgång till modern teknik, har förutsättningar att fullt ut klara detta breda uppdrag och de höga förväntningar som finns på service och tillgänglighet. I synnerhet mot bakgrund av de ökande problemen med kompetensförsörjningen där bristen på distriktsläkare och sjuksköterskor är påtaglig i dagens verksamhet.

Vid styrelsemötet den 27 maj fick därför landstingsdirektören bl a i uppdrag att utreda och återkomma till styrelsen för beslut om

- Hur ”framtidens primärvård” i länet kan fungera.

- Hur vård i glesbygd inklusive jourverksamhet, radiologi mm ska fungera och utvecklas i konceptet glesbygdsmedicin.
- En gemensam jourcentral i Luleå-Boden.
- Översyn av sjukvårdsrådgivningens organisation

## 1.2 Verksamhetsstrategi

Målsättningen är en verksamhet i harmoni med landstingets strategiska mål om en god vård samtidigt som den bedrivs på kostnadseffektivaste sätt utifrån de medel som ställs till verksamhetens förfogande.

Landstingets verksamhetsstrategi bygger på ett synsätt som bl a säger att:

- Ständiga förändringar är ett normaltillstånd.
- Hög kvalitet med nöjda patienter kostar inte mera pengar – men brister i kvalitet genererar höga kostnader
- Patienterna betraktas som medskapare och en resurs för vården
- Värdet på vårdens insatser mäts bland annat i uppnådd hälsa – hälsan är slutmålet
- Väl fungerande vårdprocesser mellan såväl specialiteter som huvudmän krävs för att tillfredsställa stora behovsgruppers växande krav på god vård.
- Nya metoder etc ska införas under ordnade former och utifrån robusta beräkningar av det värde som tillförs
- En betydande del av det som görs inom hälso- och sjukvården kan utföras på ett standardiserat sätt. Det frigör tid och möjliggör att mera utrymme kan avsättas till patienter med komplexa behov.
- Vården ska planeras, organiseras och utföras utifrån patienternas behov.
- Patientens behov och inte invanda traditioner ska styra vem som gör vad i vården.
- Alla medarbetare behövs i problemlösningen och förbättringsarbetet.

## 2 Mål och Verksamhetsnytta

### 2.1 Verksamhetsnytta/Nyttoeffekt

Trygga och nöjda patienter

Hög tillgänglighet till besök och råd – bra flöden

Goda medicinska resultat

God tillgång till sjukdomsförebyggande insatser

Attraktiv arbetsplats för medarbetare

Rätt använd kompetens

Minskat stafettberoende

## 2.2 Projektmål

Projektet ska arbeta med att definiera *hur* arbetssätten kan förändras för att klara morgondagens utmaningar, *hur* ny teknik/digitaliseringen kan användas i primärvårdsmiljön, *vilka* alternativa former/kompetenser som kan användas för att möta patienternas/medborgarnas behov och *hur* primärvården på så sätt blir en attraktiv arbetsplats för medarbetarna.

Att utbilda, rekrytera och behålla distriktsläkare är centralt inom primärvården. Därför ska utvecklingsarbetet omfatta en översyn av hur utbildning, rekrytering och dimensionering av AT och ST svarar mot behoven och vilka förbättringar som kan göras. Modeller för att stimulera kontinuitet ska även undersökas.

Utvecklingsprojektet ska även se över hur andra yrkesgruppers kompetens kan tas tillvara på ett bättre sätt och utveckla modeller för kompetensväxling inom primärvården.

Utvecklingsarbetet ska också samordna de nationella satsningar som riktas till primärvården.

Utvecklingsarbetet ska både se över hur man kan fullgöra det grundläggande primärvårdsåtagandet som framgår av beställningen samt de tilläggsåtaganden som inte regleras i beställningen.

- Patienterna ska erbjudas flera kontaktvägar utifrån sina behov. Tillgängligheten till besök eller råd ska vara hög.
- Effektiva och säkra flöden mellan sjukhus – primärvård – kommun för patienter med omfattande vårdbehov.
- Förbättrade medicinska resultat/hälsa för patientgrupper som står för en stor del av ohälsan i länet: diabetes, astma/KOL, hjärta/kärl samt psykisk ohälsa.
- Kompetensen ska användas flexibelt utifrån patienternas behov.
- Kostnader för stafetter ska successivt minska inom primärvården under projekttiden.

## 2.3 Intressentanalys

Patienterna är den viktigaste intressentgruppen – vilka behov, önskemål och förslag har de när det gäller primärvård?

Medarbetarna i primärvård – vilka idéer har de om hur arbetet skulle kunna göras bättre och effektivare? Hur tas unga medarbetares tankar tillvara?

Medarbetare i sluten vård – vad krävs för effektiva och säkra vårdflöden till/från primärvård?

Primärkommunerna – som en viktig medaktör i vårdflödet i synnerhet när det gäller vård av äldre

Länsteknik och IT – hur säkerställa informationsöverföring

Chefer inom hälso- och sjukvård

### 3 Krav på projektet

#### 3.1 Förutsättningar

Arbetet ska bedrivas i en bred samverkan med primärvårdens/närsjukvårdens företrädare, linjeorganisationen och berörda professioner. Det ska finnas dialog om utvecklingsarbetet gentemot de privata aktörerna. Samtidigt ska projektet ta hänsyn till och inarbeta utvecklingsarbetet inom primärvården som sker på nationell nivå genom exempelvis olika statliga satsningar. Utvecklingsarbetet ska ta hänsyn till förändringar som blir resultatet av ändrad lagstiftning. Arbetet ska också bedrivas med delaktighet och inflytande från patienterna.

#### 3.2 Avgränsningar

Övriga delar av fullmäktiges beslut från 9-10 juni 2015 som rör primärvården hanteras av division Närsjukvård (t ex sammanslagning av hälsocentraler/filialer)

Utvecklingsarbetet omfattar den landstingsdrivna primärvården.

Den inriktning som låg bakom beslutet om bildande av närsjukvården den 1 januari 2014 gäller ännu. Dvs utvecklingsarbetet syftar inte till att bryta ut primärvården ur närsjukvården. Den lokala samordningen av patientflödena mellan sjukhus – primärvård – kommun är fortsättningsvis av central betydelse.

### 4 Kopplingar till andra projekt, system och verksamheter

Närsjukvårdsområdenas eget arbete för att uppnå mål och syfte med närsjukvårdsorganisationen.

Utveckling av primärvård på nationell nivå samt olika statliga satsningar.

Information och dialog om arbetet med privata utförare inom Vårdval Norrbotten.

Förberedelser inför nya betalningsansvarslagen eller annan förändrad lagstiftning.

Utveckling av glesbygdsmedicin.

Breddinförande projekt av distansvård i Norrbotten.

Utformning av Beställning primärvård.

### 5 Tidplan

Projektet beräknas drivas under tre år; 2016 – 2018. Delrapportering ska ske under arbetets gång och beslut/förändringar ska kunna genomföras successivt.

### 6 Budget

#### 6.1 Projektkostnader

Utvecklingsarbetet ska drivas av utsedd projektledare. Kostnader för lön och övriga direkta kostnader tas inom ramen för projektet. Finansiering via

landstingets del av statliga medel inom satsning för ”Tillgänglighet och samordning”.

## **6.2 Projektfinansiering**

Projektet organiseras i landstingsdirektörens stab och finansieras med särskilt avsatta medel.

## **7 Risker**

Risk för att personal inte har tid/utrymme att engagera sig i projektet pga ansträngd bemanning.

Risk för dubbelarbete – projektet ska komplettera och stötta pågående utveckling inom närsjukvården och inte konkurrera med det som redan görs. Projektet ska skapa utrymme för att analysera och tänka nytt.

Risk för olika styrsignaler linje – projektet

Risk för problem med implementering när projektet avslutats.

## **8 Överlämnande**

Projektet ska delrapporteras löpande och beslut ska fattas successivt. Projektet ska bedrivas i nära samarbete med Närsjukvården och resultat ska successivt överlämnas i ordinarie drift. Resultat kan också successivt komma att integreras i beställning och andra styrande dokument för primärvård.

## **9 Styrgrupp**

Projektägare är landstingsdirektören.

Styrgruppen består av divisioncheferna för När- och Länssjukvård, två representanter från Närsjukvården och två från Länssjukvården, verksamhetsdirektör och IT/MT-direktör.

## **10 Referenser och bilagor**