

Referens
Rose-Marie Nyborg

Datum
2011-08-04

Diarienummer
RS 199-2009

Sammanfattning av justering av Krav- och kvalitetsbok VG Primärvård för 2012 samt förslag till fortsatt utveckling

1. Bakgrund

Inför beslut om ändringar/justeringar i Krav- och kvalitetsboken för VG Primärvård 2012 har en beredning genomförts. Ett led i justeringen har varit att inhämta remissynpunkter från hälso- och sjukvårdsnämnderna. Synpunkter har även inhämtats genom förvaltningsremiss från regionens sjukhus, förvaltningen för Habilitering och Hälsa samt andra berörda enheter inom regionkansliet. Från vårdgivarna har synpunkter inhämtats och förslag diskuterats i samband med dialogmöten mellan företrädare för vårdenheterna inom VG Primärvård och VG Primärvårdskontoret inom regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning. Hälso- och sjukvårdsutskottet har genomfört seminarier om VG Primärvård under våren 2011. Den särskilda Styrgruppen för VG Primärvård har i olika steg behandlat framtagna förslag. Den fackliga referensgruppen för VG Primärvård har vid två mötestillfällen under våren informerats om förslag till justeringar och haft möjlighet till att lämna synpunkter. Även de erfarenheter som redovisas i rapporten Ett år med VG Primärvård har beaktats.

Den justerade Krav- och kvalitetsboken är avsedd att gälla från 2012-04-01

Syftet med att justera Krav- och kvalitetsboken är att vidareutveckla valfrihetsmodellen enligt beslutade mål för primärvården (Idéskissen – Medborgarens primärvård) och anpassa/justera utifrån hittills gjorda erfarenheter samt att vid behov förtydliga uppdraget.

Krav- och kvalitetsboken (KoK) är ett förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Det beskriver uppdragets omfattning, dess ersättning och de krav och villkor som vårdgivaren ska uppfylla. KoK beskriver i huvudsak den vårdtjänst leverantören ska tillhandahålla och i mindre utsträckning på vilket sätt tjänsten ska tillhandahållas. Vårdgivaren förbinder sig att uppfylla de krav som anges i KoK, regionen följer upp kontrakten årligen.

I de remissvar och synpunkter som inkommit förekommer förslag av såväl övergripande karaktär som detaljerade förslag om tillämpning av uppdraget och dess uppföljning.

Flera av de förslag som inkommit har kunnat beaktats inför justeringen av KoK 2012 medan andra som innebär mer långtgående förändringar och konsekvenser för vårdenheterna behöver utredas ytterligare i det fortsatta utvecklingsarbetet och genomföras senare. Några förslag är av sådan karaktär att de bör hanteras i särskild ordning, då det inte är lämpligt att inarbeta i ett förfrågningsunderlag.

2. Sammanfattning av väsentliga förändringar inför 2012

Uppdraget

- Godkännande varar i 4 månader istället för som tidigare 6 månader.
- Nämndområdena 5,11 och 12 utgör ett gemensamt jour- och beredskapsområde i Göteborg.

- Plan för kvälls- och helgöppna mottagningar och läkare i beredskap ska godkännas av Västra Götalandsregionen
- Västra Götalandsregionen har ansvar för utbudsstruktur för besök av primärvårdspatienter nattetid (mellan kl. 22.00 – 07.00).

Ersättningsmodellen

- Reviderad viktlista för ålder och kön
- Något justerad poängberäkning för särskild ersättning för geografi, vårdcentraler belägna på öar får extra geografipoäng.
- Förändring till absolut beräkning av särskild ersättning för socioekonomi, det vill säga ett fastställt belopp per listningspoäng för vårdenheter som når tröskelvärdet
- Särskild ersättning för deltagande i vissa regionövergripande grupper införs
- Patientavgift för läkarbesök på annan vårdcentral än den valda höjs från 200 till 300 kr
- Tillägg till besöksersättning (500 kr) kvällar och helger tas bort
- Sommartillägg till besöksersättning (500 kr) utgår endast då besöket görs av invånare listad på vårdenhet belägen i annan kommun än där besöket sker, med undantag av vårdcentral belägen på ö utan bilfärja, som alltid erhåller sommartillägg
- Vårdcentralernas kostnadsansvar för patienters besök hos allmänläkare verksamma på nationella taxan begränsas till 4 besök per invånare och år.
- Vårdcentralernas kostnadsansvar för primärvårdsbesök natt tas bort
- Vårdcentralernas kostnadsansvar för sjukhusens triagering av primärvårdspatienter tas bort
- Vissa IT-stöd som tillhandahålls av Västra Götalandsregionen och är obligatoriska för vårdenheterna finansieras utanför modellen

Förtydliganden

- En fast läkarkontakt skall erbjudas äldre, kroniskt sjuka och personer med sammansatta behov.
- Patientansvarig läkare ska erbjuda hembesök hos patienter inskrivna i hemsjukvård minst en gång årligen.
- Vårdenhet/läkare ska vara tillgänglig per direkttelefon för kommunens sjuksköterskor på överenskomna tider och vid akuta situationer
- Adressbyte samt filial skall godkännas av HSN
- Läkare i beredskap ska lösas i samverkan inom fastställda jour- och beredskapsområden.
- Samverkan om familjecentral ska ske inom ramen för närområdesansvaret.
- Riktlinjer och rekommendationer för marknadsföring inom VG Primärvård

3. Forsatt utveckling av VG Primärvård

För fortsatt utveckling av primärvården krävs uppföljning och analys av modellen. Nedan beskrivs några av de områden som särskilt bör uppmärksammas.

Uppdraget

Tillgänglighet

I regionen i stort har tillgängligheten blivit bättre för invånarna. Det har tillkommit flera nya vårdenheter, det finns totalt sett fler vårdenheter/kvälls- och helgöppna mottagningar som har öppet till 22 på vardagar och som har öppet minst 6 timmar under lördagar, söndagar och helger. Syftet är att varje vårdenhet utöver uppdragets krav ska anpassa sin tillgänglighet och öppethållande efter sina patienters behov. På några ställen i regionen (Skaraborg, S Älvsborg) har öppethållandet på helger minskat från tidigare längre öppethållande till KoK-bokens minimikrav på 6 timmar. Detta gäller framför allt i områden där det inte finns konkurrerande vårdenheter/kvälls- helgöppna mottagningar med längre öppethållande. Vissa

sjukhus har framfört i remissvar att de har fått ett ökat inflöde av patienter under helger och framfört förslag om krav på längre öppethållande under helger. Flera hälso- och sjukvårdsnämnder har också i sina remissvar framfört detta. För 2012 kvarstår kravet på helgöppet 6 timmar men det är angeläget att noggrant följa utvecklingen av öppethållande och patientströmmar från primärvård till sjukhus för ställningstagande om en eventuell utökning av öppethållandet senare. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har from 2012 möjlighet att i sammanband med godkännande av plan för kvälls- och helgöppna mottagningar och läkare i beredskap påverka vårdenheternas öppethållande.

Äldre

Antalet hembesök till personer som bor i ordinärt boende och har hemsjukvård har minskat. Detta är och det är angeläget att utreda hur modellen kan stimulera till fler hembesök till sjuka äldre med stora vård och omsorgsbehov. Förslagsvis kan statliga stimulansmedel användas för att undersöka vilka stimulansåtgärder som är mest gynnsamma för att få fler hembesök.

Det har inledningsvis framförts frågor från vårdgivarna om ersättningen i tillräcklig utsträckning täcker de behov och kostnader som de äldre och vårdtunga har. Det kan konstateras att den komponent i ersättningsmodellen som avser vårdtyngd (ACG) ger högre vikt och därmed relativt sett mer resurser för äldre personer med flera och allvarliga sjukdomar jämfört med äldre personer som är relativt friska. När det finns regionala kostnadsvikter (KPP) att använda som underlag för ACG förväntas följsamheten mellan ersättning och faktisk resursåtgång att öka. Om andelen ersättning kopplad till vårdtyngd då utökas blir kompensationen för kostnader för vårdtunga patienter ännu bättre.

Åtagande om psykisk ohälsa

Efter VG Primärvårds införande har besök hos yrkeskategorier som arbetar specifikt med psykiska ohälsa och sjukdom registrerats i mindre omfattning än tidigare. Det är dock svårt att värdera om omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa/sjukdom försämrats. En del besök kan finnas bland de kraftigt ökade antalet läkarbesök. Det finns också en osäkerhet om alla besök som utförts av underleverantörer registrerats.

From våren 2011 finns resultatet av ca 15 uppföljningsindikatorer relaterade till psykisk ohälsa att analysera inför eventuella kommande justeringar.

För att åtagandet om psykisk ohälsa/sjukdom ska vara tydligt för vårdgivarna har beskrivningen i Krav- och kvalitetsboken utökats och tydliggjorts. De dokument som idag hänvisas till och som anger ansvar och gränser mellan primärvården och specialistpsykiatri behövs revideras för att tydligare reglera ansvarsgränserna och stödja samverkan mellan vårdnivåerna.

Idag varierar de yrkeskategorier som vårdenheterna tillhandahåller vid psykisk ohälsa/sjukdom. Många vårdenheter tillhandahåller idag psykolog och på sikt bör detta bli ett krav för alla vårdenheter.

Ett sätt som diskuterats för att ytterligare stimulera till psykoterapeutiska behandlingar och att psykologkontakt kan erbjudas på vårdenheterna är att statliga medel i högre utsträckning används i detta syfte.

Uppföljning och kvalitetsindikatorer

Målrelaterad ersättning för kvalitet

Syftet är att god kvalitet ska löna sig och att kvalitetsmål ska stimulera till förbättringsarbete och hög kvalitet. Andelen målrelaterad ersättning ökade från 3 till 4,3 procent inför 2011. Detta innebar flera nya uppföljningsindikatorer med ersättning och nya principer för målnivåer. Det fanns inte utrymme att pröva de nya

indikatorerna inför genomförandet och utfall kan följas först från våren 2011. Det innebär att vissa indikatorer i takt med att erfarenhet inhämtas kan behöva justeras för att utgöra den stimulans som avses. Från 2012 föreslås att den budgeterade målrelaterade ersättningen för kvalitet tillfälligt sänks till 3 procent för att åter höjas så snart erfarenheter och kunskaper om lämpliga indikatorer och målnivåer har kunnat inhämtas.

Ersättningsmodellen

Vårdgivarna upplever ersättningsmodellen i stora delar som bra och rättvis. Det finns dock vissa förbättringsområden som bör beaktas i det fortsatta utvecklingsarbetet med modellen och genomföras på längre sikt.

Vårdtyngd (ACG)

För att ersättningen i högre grad ska spegla vårdtyngden är inriktningen att ACG-ersättningens andel av den totala ersättningen ska öka på sikt. För att genomföra detta behöver regionala kostnadsvikter (KPP) tas fram. De kostnadsvikter som tillämpas för närvarande kommer från de två landsting i Sverige som hade kostnadsvikter 2006, nämligen Blekinge och Östergötland. Dessa vikter speglar sannolikt inte förutsättningarna i Västra Götaland på ett rättvisande sätt. Precisionen i resursberäkningen förväntas öka markant när det blir möjligt att istället använda regionala kostnadsvikter. Dessa kommer att spegla det uppdrag som gäller för VG Primärvård och baseras på det gränssnitt mellan olika huvudmän och vårdnivåer som tillämpas här. Det är därför angeläget att arbetet med att ta fram regionala kostnadsvikter intensifieras och tillräckliga resurser avsätts för uppdraget.

Täckningsgrad

Ett av målen för VG Primärvård är att primärvården ska svara för en allt större andel av invånarnas vårdbehov. Ersättningsmodellen ska stimulera till att primärvården har ett brett utbud av olika kompetenser vilket kan uppnås bl.a. genom att knyta till sig läkare med annan specialitet än allmänmedicin för att kunna ta hand om allt större andel av den öppna och nära vården. Ersättning för täckningsgrad är ett sätt att stimulera till detta. Hittills har täckningsgraden endast ökat marginellt och ersättningen har således inte tillräckligt stimulerat till att bredda kompetensen utöver de krav som anges i KoK. Detta föranleder behov av fördjupad utredning och analys av effekterna av täckningsgraden och dess tillämpning.

Kostnadsansvar

En förklaring till att antalet läkare med annan specialitet än allmänmedicin inte har ökat i förväntad takt inom VG Primärvård kan vara kostnadsansvaret för förskrivning av läkemedel, läkemedelsnära produkter och medicinsk diagnostik. Det kan finnas skäl att undersöka om regelverken bör justeras för att stimulera till ett bredare utbud av kompetenser inom VG Primärvård.

För att minska farhågorna om underförskrivning och säkerställa en god medicinsk kvalitet behöver konsekvenserna av förskrivarbaserat kostnadsansvar följas och analyseras och vid behov justeras. Vid viss sjuklighet kan förskrivningen till enskild patient förorsaka vårdenheten stora kostnader. Det fortsatta arbetet bör utreda om det finns områden som ska ligga utanför vårdenhetens kostnadsansvar på samma sätt som Särnär.

För närvarande pågår en så kallad skuggning av antalet besök på sjukhusens akutmottagningar som görs av patienter som skulle ha kunnat omhänteras i primärvård. Skuggningsperioden behöver förlängas åtminstone året ut för att få ett tillförlitligt underlag. Resultatet behöver utvärderas för senare ställningstagande om ett eventuellt genomförande av kostnadsansvar för vårdenheterna.

Övriga uppdrag:

Undersöka möjligheter att underlätta för taxeläkare att lämna in diagnoser till Vega

Många patienter som får sin vård hos allmänläkare verksamma enligt den så kallade nationella taxan får idag inte sina diagnoser registrerade i regionens databas Vega och därmed inte i VG Primärvårds ersättningsmodell. Detta missgynnar de vårdenheter där dessa patienter är listade. I det fortsatta utvecklingsarbetet bör därför ingå att undersöka möjligheterna att underlätta för allmänläkare som är verksamma på nationella taxan att lämna in sina registrerade diagnoser till regionen.

Öppna jämförelser för invånare i Västra Götaland

Så snart det finns tillräckligt god kvalitet i de uppgifter som redovisas i uppföljningsverktyget SPEAR kommer ett urval av dessa att publiceras för allmänheten och underlätta deras val av vårdenhet.

Dietist/logoped

Dietist- och logopedverksamhet ingår inte i vårdenheternas uppdrag i VG Primärvård. Det är hälso- och sjukvårdsnämnderna som svarar för att dessa verksamheter tillhandahålls inom primärvården. Idag är tillgången till dessa kompetenser inom primärvården varierande. Hittills gjorda utredningar inom VG Primärvård har kommit fram till att dessa kompetenser fortsatt inte bör ingå utan tillhandahållas på ett producentneutralt sätt till vårdenheterna. En beskrivning av dietisternas och logopedernas uppdrag och dimensionering inom primärvården bör tas fram.

Arbetsterapi och sjukgymnastik

Med bakgrund av hittills gjorda utredningar ska det fortsatta utredningsarbetet beskriva för- respektive nackdel av följande alternativ:

- Integrering i VG PV (ingå i vårdenhetens åtagande)
- Eget vårdval
- Som idag – utanför VG PV

För alternativ om eget vårdval behöver formerna utvecklas genom att beskriva åtagande, omfattning, principer för ersättning etc.

Hälsofrämjande arbete och förebyggande arbete

Det fortsatta utvecklingsarbetet bör även undersöka hur hälsofrämjande och förebyggande arbete på vårdenheterna kan stimuleras och utökas i linje med nationella riktlinjer.

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
VG Primärvårdskontoret

Rose-Marie Nyborg

