

# RAPPORT ÖVER GRANSKNING AV PRIMÄRVÅRDENS ROLL

2005-01-17

Konsult  
Frank Pfeiler

## Innehåll

<b>0.</b>	<b>Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>1.</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Vårdkonsumtion och resursfördelning.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Vårdkonsumtion.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Resursfördelningsmodell.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3</b>	<b>Vårdkonsumtion och resursfördelning, diskussion.....</b>	<b>12</b>
<b>3.</b>	<b>Samverkan.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Utgångspunkter.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Nuläge.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3</b>	<b>Samverkan, diskussion.....</b>	<b>16</b>
<b>4.</b>	<b>Anebyavtalet.....</b>	<b>17</b>

## 0. Sammanfattning

Revisorerna i landstinget i Jönköpings län har gett i uppdrag till Helseplan Sverige AB att genomföra en granskning av primärvårdens roll i det totala utbudet av hälso- och sjukvård. Viktiga fokusområden har varit att studera skillnader i vårdkonsumtionsmönster och därmed få viktiga indikatorer på grad och inriktning av primärvården och dess roll i helheten samt att se på vilken strukturerad samverkan som förekommer mellan sjukhusanknuten hälso- och sjukvård och primärvård. Dessutom har ett uppdrag varit att studera befintligt entreprenadavtal mellan Aneby vårdcentral och landstinget ur vissa aspekter.

Studien har som främsta syfte att aktualisera förhållanden som bör vara av intresse i landstingets fortsatta arbete med att dimensionera resurser samt samverkan mellan primärvård och sjukhusanknuten hälso- och sjukvård.

### *Vårdkonsumtion*

De vårdkonsumtionssiffror som redovisas har tagits fram för att kunna genomföra denna studie. Att ha noggrann uppföljning av vårdkonsumtionsmönster ner på kommunnivå anses i de flesta landsting vara en mycket viktig variabel i styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård. Vi rekommenderar därför att landstinget i Jönköpings län skaffar sig möjligheter att löpande följa vårdkonsumtionen.

Även om vissa osäkerhetsmoment kan finnas vad avser primärvårdsbesök på kommunnivå visar redovisningen tydligt på att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna i landstinget beträffande vem som främst tillgodoser efterfrågan av läkarbesök. En slutsats av skillnaderna är att arbetsfördelningen/samverkan mellan primärvården och länssjukvården varierar mycket i olika delar av landstinget. Det torde kunna ligga en betydlig utvecklingspotential i att utreda de underliggande faktorerna till dessa skillnader. En fråga som blir aktuell är vad det är som gör att primärvården klarar en större del av sjukdomspanoramat i vissa geografiska områden? En vårdideologisk fråga som landstinget bör diskutera är om man anser att primärvårdens uppdrag de facto bör vara annorlunda mellan kommunerna?

Att skapa en heltäckande och ”riktig” fördelningsmodell är mycket svårt. Landstingets nuvarande sätt att fördela budgeten visar på goda ambitioner att täcka in flera variabler.

### *Samverkan*

Landstinget Jönköping har en i jämförelsevis med andra landsting väl utvecklad samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Vi har ej erfarenhet från något landsting där det finns en så väl utvecklad samverkan vad avser kombinationen bredd och djup.

Som framgår av beskrivningen finns dock skillnader i hur väl man utvecklat samverkan. Samverkan synes vara mest strukturerad i Jönköpings sjukvårdsområde, genom arbetet enligt AKO modellen. Vi tror att det skulle vara av värde att diskutera om inte detta arbetssätt borde införas också i Högländets sjukvårdsområde samt utvecklas i Värnamo sjukvårdsområde.

### *Anebyavtalet*

I revisorernas uppdrag ingick ett deluppdrag att studera hur tydligt uppdraget har beskrivits i avtalet mellan Handelsbolaget Aneby vårdcentral och landstinget samt att se på vilken uppföljning av verksamheten landstinget bedriver.

Vid jämförelse mellan Anebyavtalet och andra avtal i landet som vi känner till kan konstateras att avtalet är fullgott vad avser tydlighet.

Landstinget bedriver samma löpande uppföljning av Aneby som man gör i relation till de landstingsdrivna vårdcentralerna. Dessutom gjorde primärvårdens FOU enhet en specialstudie av 2001 års verksamhet på uppdrag av landstinget. I den studien gick man igenom ett antal kvalitetskriterier ur perspektiven kund, verksamhet samt ekonomi. Resultatet sammanfattas i rapporten.

## RAPPORT ÖVER GRANSKNING AV PRIMÄRVÅRDENS ROLL

### 1. Inledning

Revisorerna i landstinget i Jönköpings län har gett i uppdrag till Helseplan Sverige AB att genomföra en granskning av primärvårdens roll i det totala utbudet av hälso- och sjukvård. Viktiga fokusområden har varit att studera skillnader i vårdkonsumtionsmönster och därmed få viktiga indikatorer på grad och inriktning av primärvården och dess roll i helheten samt att se på vilken strukturerad samverkan som förekommer mellan sjukhusanknuten hälso- och sjukvård och primärvård. Dessutom har ett uppdrag varit att studera befintligt entreprenadavtal mellan Aneby vårdcentral och landstinget ur vissa aspekter.

Studien har som främsta syfte att aktualisera förhållanden som bör vara av intresse i landstingets fortsatta arbete med att dimensionera resurser samt samverkan mellan primärvård och sjukhusanknuten hälso- och sjukvård.

Intervjuer har genomförts med företrädare för sjukvårdsledningarna i sjukvårdsområdena, medicinskt ansvariga läkare samt företrädare för landstingets centralförvaltning.

### 2. Vårdkonsumtion och resursfördelning

#### 2.1 Vårdkonsumtion

I detta avsnitt redovisas vårdkonsumtionsmönster på länsnivå, sjukvårdsområdesnivå och kommunnivå i landstinget. Vårdkonsumtion hänger samman med samverkan genom att skillnader i konsumtionsmönster kan indikera skillnader i medicinsk praxis, oftast liktydigt med skillnader i arbetsfördelning mellan olika vårdaktörer. Dessa skillnader i arbetsfördelning bör enligt vår uppfattning vara intressanta ur bl a ett resursfördelningsperspektiv.

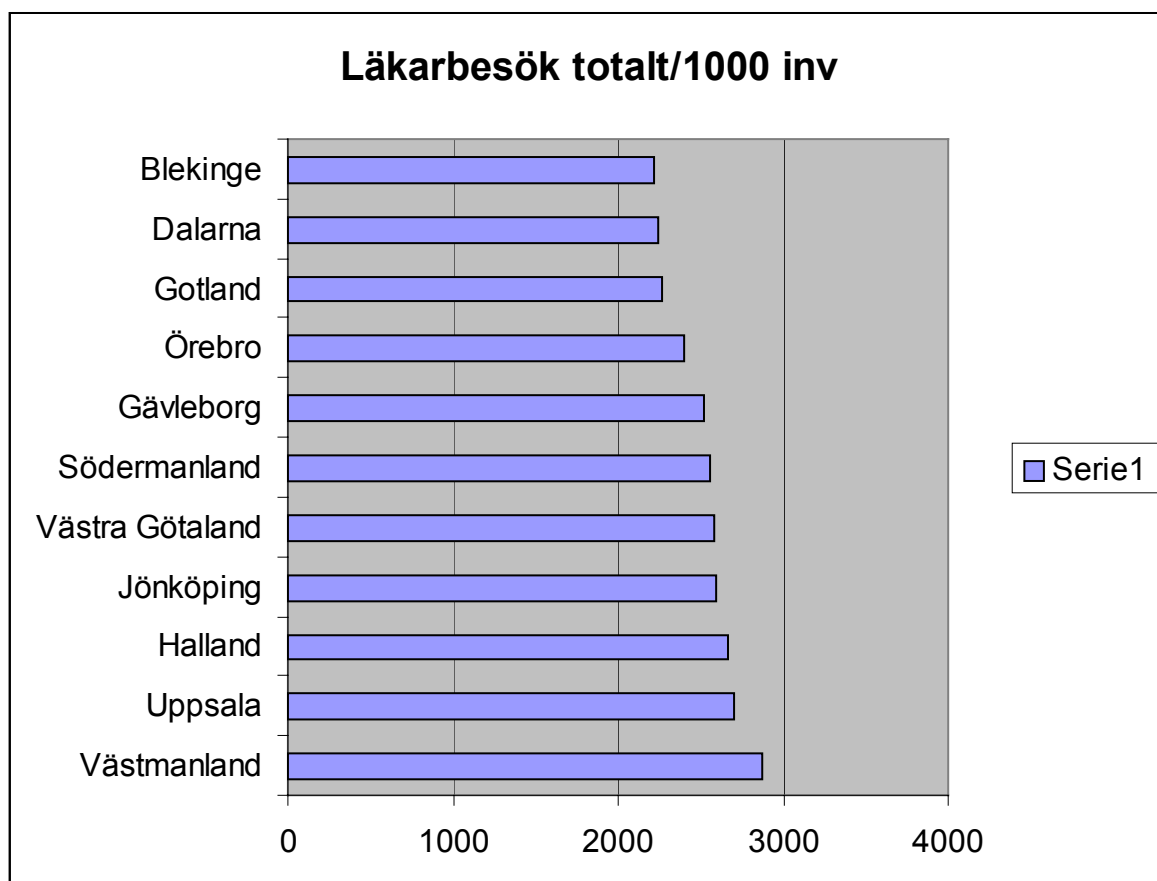
Redovisade vårdkonsumtionsdata avser år 2002. Landstinget kan normalt ej redovisa detta material, för denna studie gjordes ett speciellt arbete från kansliets hälso- och sjukvårdsavdelning. Det faktum att siffrorna avser år 2002 påverkar dock inte möjligheterna att dra generella slutsatser och föra diskussioner beträffande nuläget.

Vårdkonsumtion i öppen vård redovisas enbart i form av läkarbesök. Det produceras också vård av andra personalkategorier som naturligtvis hade varit värdefulla att kunna redovisa i denna rapport. Redovisningen av dessa prestationer var dock så osäkra under år 2002 att de ej kan användas med rimlig säkerhet.

Vad avser antalet läkarbesök så har landstinget ej kunnat kommunfördela ca 3.5 % av det totala antalet läkarbesök. Dessa är en så liten andel att de ej påverkar möjligheterna att dra generella slutsatser.

Det bör observeras att vårdkonsumtionsdata utgår från befolkningens totala konsumtion av vård. Detta innebär att all konsumtion redovisas, oavsett vem som producerat den.

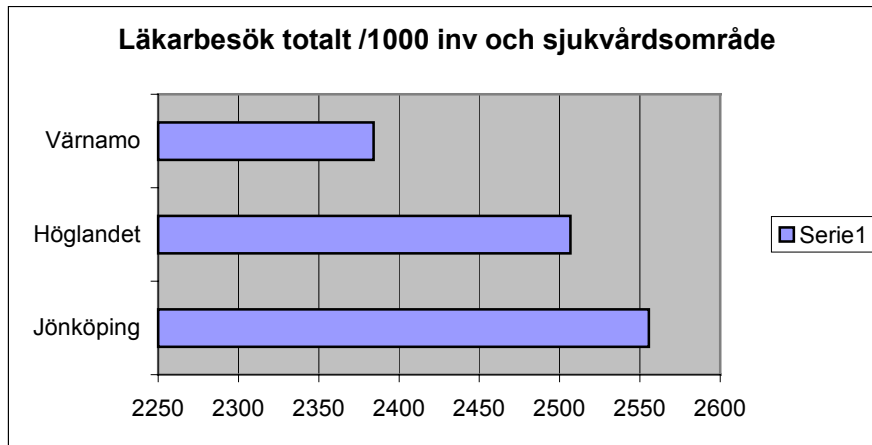
I figur 1 visas antalet läkarbesök i landstinget i Jönköpings län i jämförelse med 10 andra landsting.



Figur1

Av figuren framgår att innevanarna i landstinget Jönköpings län konsumerar läkarbesök i ungefär samma utsträckning som medianen av jämförelselandstingen.

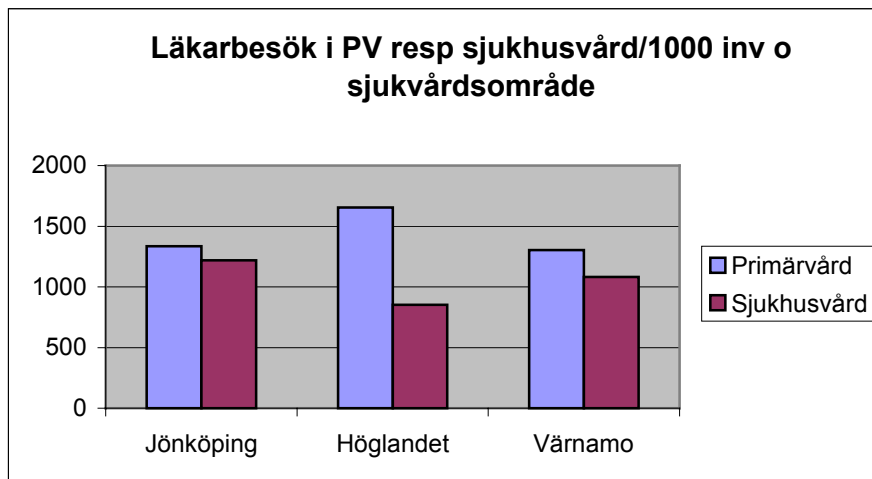
I figur 2 redovisas antalet läkarbesök i både primärvård och på sjukhus per 1000 invånare i de olika sjukvårdsområdena.



Figur2

Av figur 2 framgår att det finns skillnader i befolkningens totala konsumtion av läkarbesök. Befolkningen i Jönköpings sjukvårdsområde konsumerar ca 7 % mera läkarbesök än befolkningen i Värnamo sjukvårdsområde, detta innebär ca 23 000 läkarbesök.

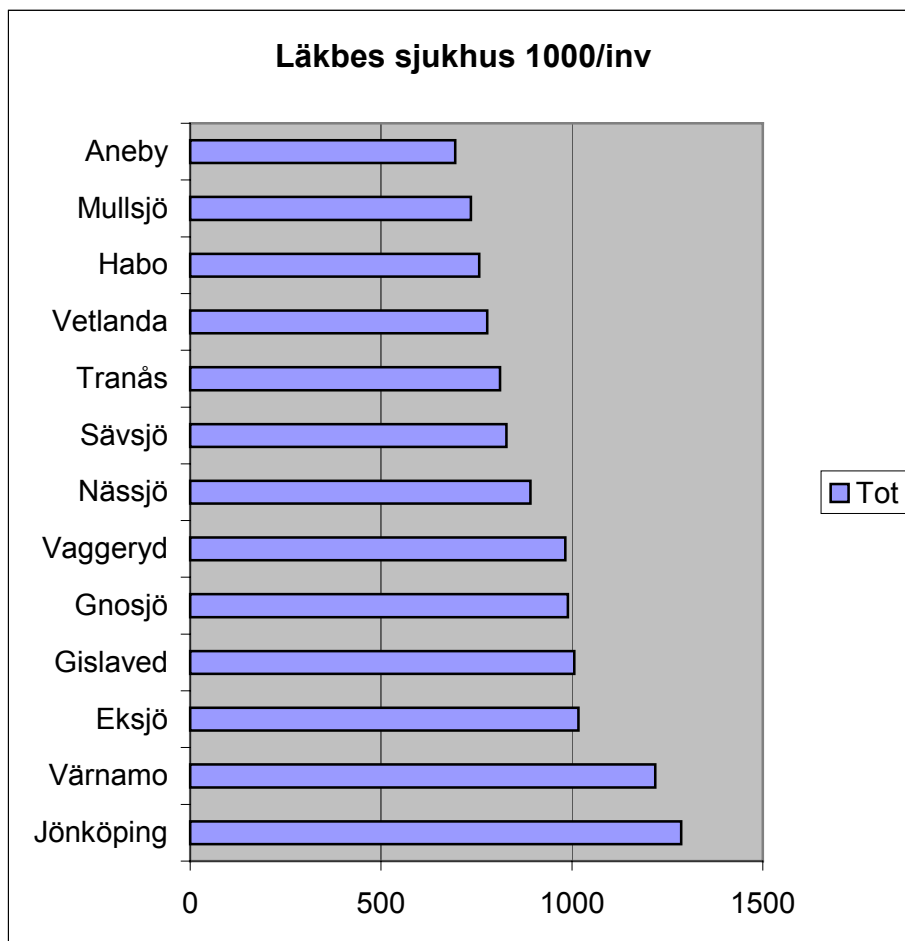
I figur 3 redovisas konsumtionen av läkarbesök fördelat på besök i primärvård respektive sjukhusvård.



Figur 3

Av figur 3 framgår att fördelningarna av vårdformerna på sjukvårdsområdesnivå skiljer betydligt. Andelen läkarbesök i primärvård varierar mellan sjukvårdsområdena, högst i Högländet där 66% av alla läkarbesök konsumeras i primärvård och lägst i Jönköping där 52 % av alla läkarbesök konsumeras i primärvård.

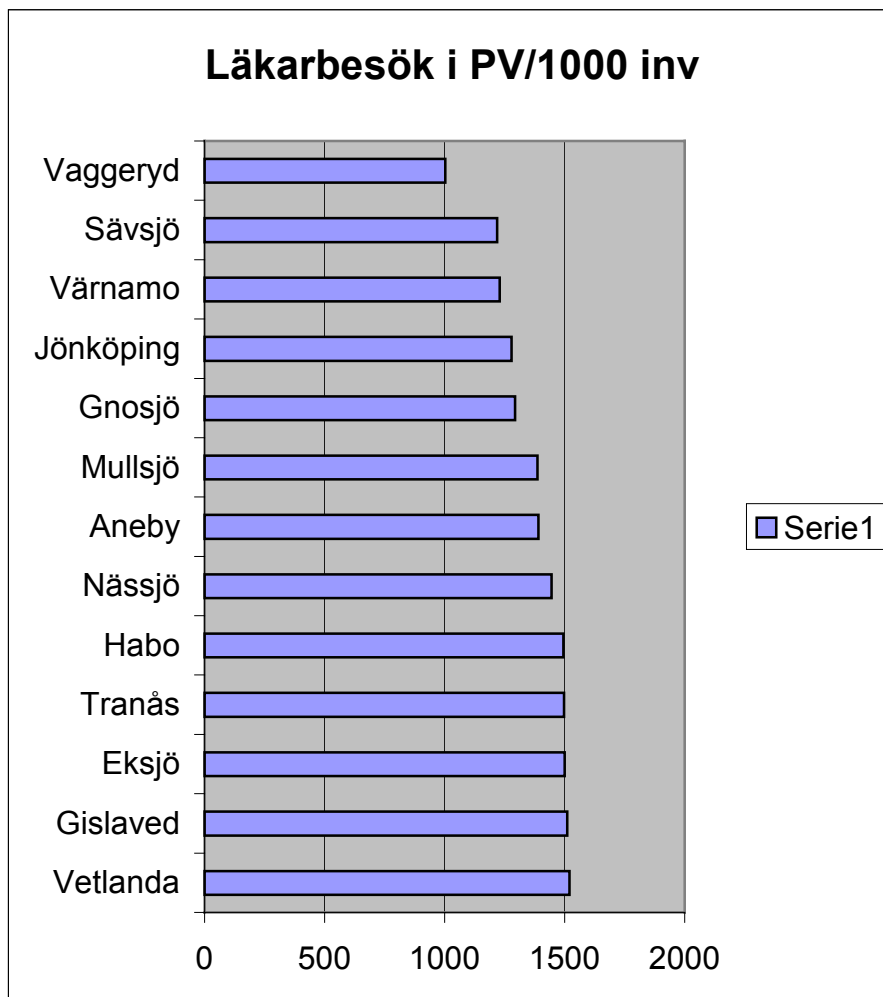
I figur 4 redovisas befolkningens konsumtion av läkarbesök på sjukhus nedbrutet på kommunnivå.



Figur 4

Av figur 4 framgår att skillnaderna av befolkningens konsumtion av läkarbesök på sjukhus varierar mycket kraftigt mellan kommunerna. Anebyborna är de som konsumerar minst läkarbesök på sjukhus och Jönköpingsborna är de som konsumerar mest, tätt följt av de andra två sjukhuskommunerna. Jämfört med Anebyborna är merkonsumtionen i Jönköping 85 %, Värnamo 76 % och Eksjö 46 %.

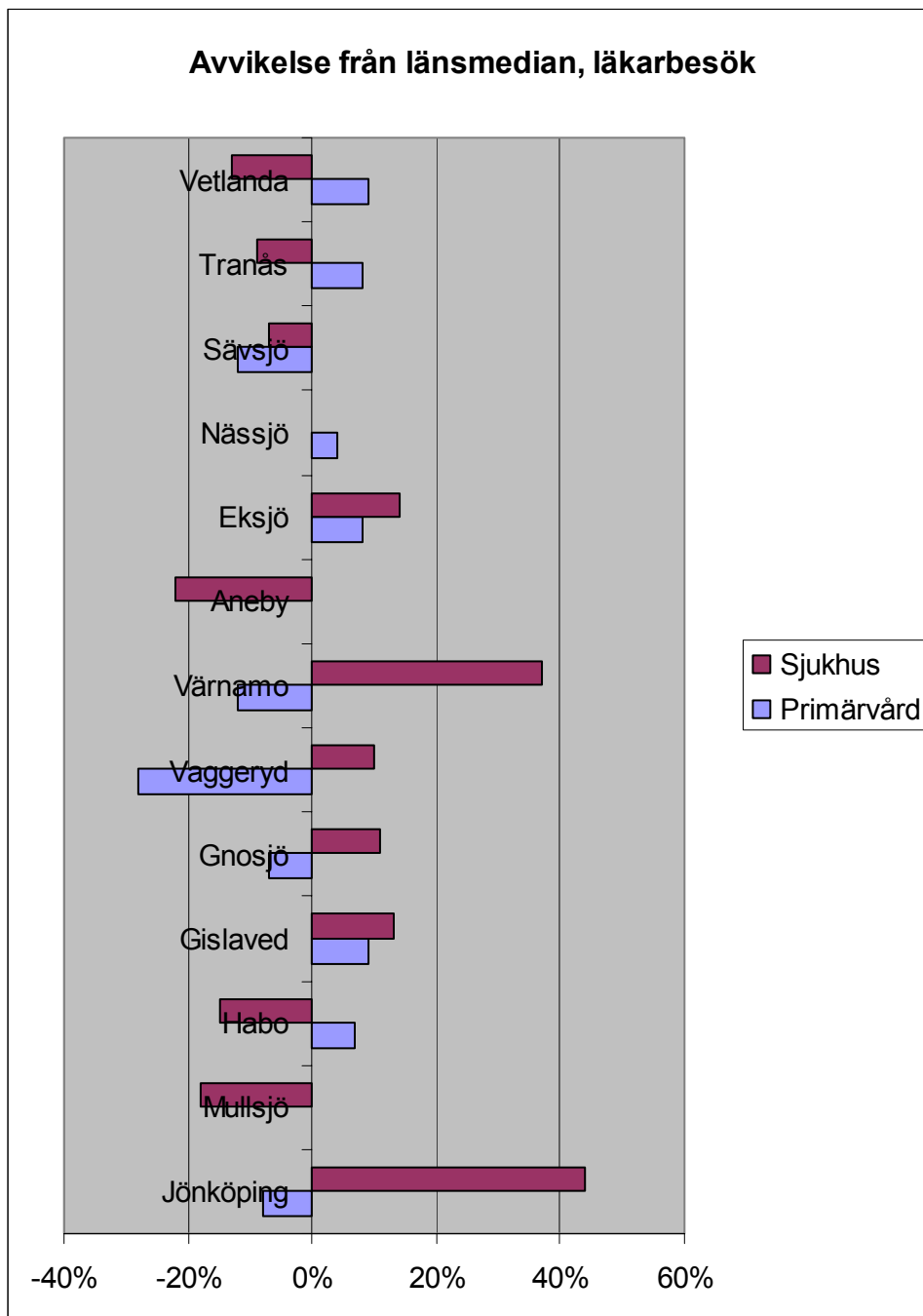
I figur 5 redovisas konsumtionen av läkarbesök inom primärvården nedbrutet på kommunnivå, exklusive besök inom barnmottagningarna inom primärvården. I brist på annan statistik har vi relaterat respektive vårdcentralens besök till befolkningstalet där vårdcentralen är belägen. Detta kan naturligtvis bli missvisande om innevånare besöker en vårdcentral utanför hemkommunen, våra erfarenheter från ett flertal är liknande studier är dock att detta inte inverkar på möjligheterna att skapa sig en bild eftersom befolkningen i allt väsentligt har kontakt med primärvården i hemkommunen.



Figur 5

Av figur 5 framgår att även konsumtionen av primärvård skiljer sig åt mellan olika kommuner.

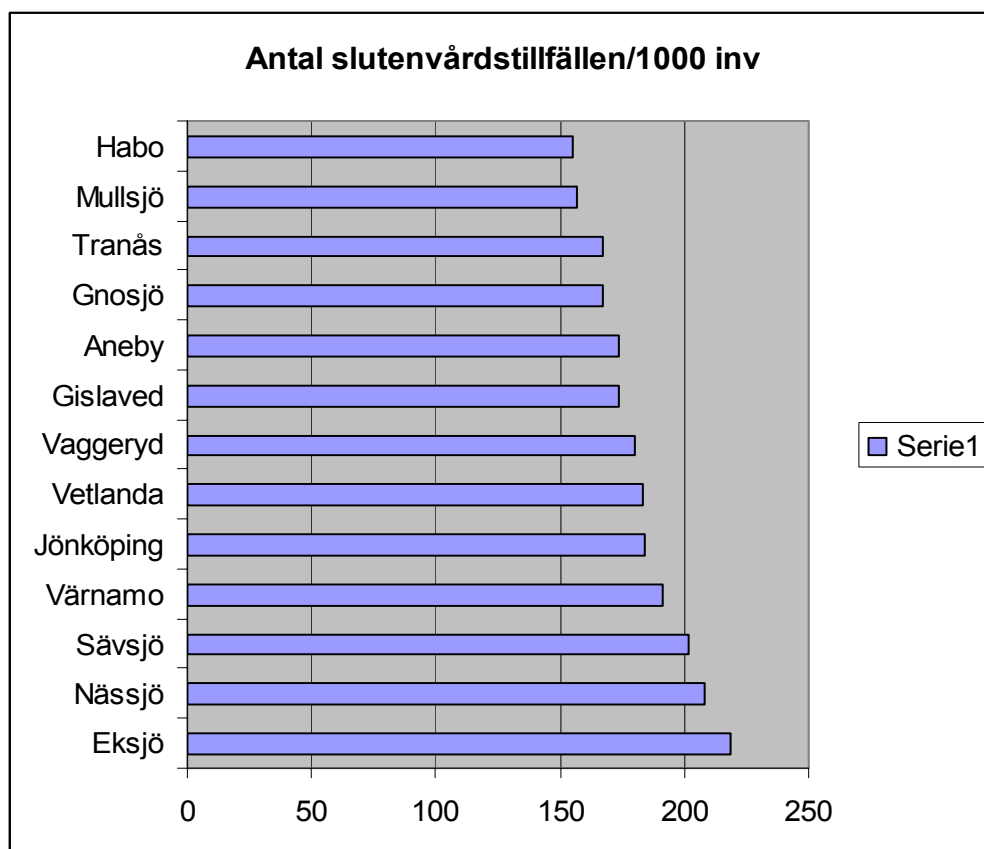
I figur 6 redovisas ett sammandrag per kommun av konsumtion av läkarbesök. För primärvård respektive sjukhusvård redovisas för varje område den procentuella avvikelser från landstingsmedianen.



Figur 6

Av figur 6 framgår tydligt att i vissa av landstingets kommuner spelar primärvården en mycket större roll än i andra.

I figur 7 redovisas antalet slutenvårdstillfällen per 1000/invånare i de olika kommunerna. Observera att siffrorna ej är åldersstandardiserade.



Figur 7

Av figur 7 framgår att det finns tydliga skillnader även i konsumtionen av slutenvård. Innevånarna i Eksjö är de som konsumerar mest, följt av ytterligare 2 kommuner i Höglandets sjukvårdsområde.

## 2.2 Resursfördelningsmodell

Landstingets resursfördelningsmodell har naturligtvis stor inverkan på hur de tillgängliga resurserna för hälso- och sjukvård fördelas. De grundläggande frågorna i denna studie är följande.

- 1) Hur bestäms resursfördelningen för primärvård respektive sjukhusvård?
- 2) Hur fördelas primärvårdens andel, av den total som bestämts i punkt 1?

Enligt vad vi erfarit finns ingen tydlig modell för hur tillgängliga medel ska fördelas mellan primärvård och sjukhusvård. Såväl på nationell nivå som i landstinget har primärvårdens roll betonats, och medel har också tillskjutits. Enligt intervjuerna finns dock ingen koppling mellan att tilldela uppgifter och tilldela resurser, de resursutökningar som primärvården erhållit har möjliggjorts genom utökningar och inte genom omprioriteringar mellan sjukhusen och primärvården.

Fördelningen av primärvårdens andel är i två steg,

- steg 1 är att landstingsstyrelsen fördelar landstingets hela primärvårdsbudget mellan sjukvårdsområdena,
- steg 2 innebär en fördelning av tilldelad primärvårdsbudget inom sjukvårdsområdet.

Landstingets modell för fördelning av ramen för primärvård bygger på en uträkning som gjordes år 1996. Modellen utgår huvudsakligen från en statlig utredning som kallades LEU (Landstings Ekonomisk Utredning från 1994). De ingående variablerna är

- åldersstruktur,
- medellivslängd,
- ej samboende,
- glesbygdstillägg,

De tillgängliga medlen fördelas till respektive kommun enligt ovanstående. Från denna ram gjordes sedan ett avdrag för privata vårdgivare samt en korrigering för närhet till sjukhus.

Tyngden av varje variabel är inte känd.

I varje sjukvårdsområde bestäms fördelningen till varje vårdcentral. Fördelningarna går till på olika sätt i sjukvårdsområdena. I två av sjukvårdsområdena har man t ex närhet till sjukhus som en variabel men den ingår inte i en regelrätt fördelningsmodell som baseras på täckningsgrader eller andra absoluta historiska värden eller förväntningar till följd av arbetsfördelningar.

### **2.3 Vårdkonsumtion och resursfördelning, diskussion**

De vårdkonsumtionssiffror som redovisas har tagits fram för att kunna genomföra denna studie. Att ha noggrann uppföljning av vårdkonsumtionsmönster ner på kommunnivå anses i de flesta landsting vara en mycket viktig variabel i styrning och uppföljning av hälso- och sjukvård. Vi rekommenderar därför att landstinget i Jönköpings län skaffar sig möjligheter att löpande följa vårdkonsumtionen.

Även om vissa osäkerhetsmoment kan finnas vad avser primärvårdsbesök på kommunnivå visar redovisningen tydligt på att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna i landstinget beträffande vem som främst tillgodoser efterfrågan av läkarbesök. Detta beror säkerligen på ett flertal olika faktorer och en fullständig analys och kvantifiering av samtliga orsaksamband faller ej innanför ramen av denna studie. Våra erfarenheter från andra landsting visar dock oftast att det inte enbart är skillnader i sjuklighet utan lika ofta skillnader i medicinsk praxis och befolknings traditionella sökmönster som är avgörande. Ett samband som syns tydligt är att invånarna på vissa sjukhusorter i större utsträckning får vård på sjukhus än invånare där det geografiska avståndet till sjukhus är större.

En slutsats av skillnaderna är att arbetsfördelningen/samverkan mellan primärvården och länsjukvården varierar mycket i olika delar av landstinget. Det torde kunna ligga en betydlig utvecklingspotential i att utreda de underliggande faktorerna till dessa skillnader. En fråga som blir aktuell är vad det är som gör att primärvården klarar en större del av sjukdomspanoramat i vissa geografiska områden?

En vårdideologisk fråga som landstinget bör diskutera är om man anser att primärvårdens uppdrag de facto bör vara annorlunda mellan kommunerna? Om man anser att detta bör vara fallet med tanke på att vissa kommuners befolkning av tradition i högre utsträckning söker vård på sjukhusens mottagningar bör detta avspegla sig i resursfördelningen mellan olika orter. Om man anser att primärvården ska ha samma uppdrag, och att detta för vissa kommuners invånare betyder ökad konsumtionen av läkarbesök inom primärvården och minskning på sjukhusens mottagningar, kommer detta att ha betydelse för sjukhusens dimensionering.

Att skapa en heltäckande och ”riktig” fördelningsmodell är mycket svårt. Landstingets nuvarande sätt att fördela budgeten visar på goda ambitioner att täcka in flera variabler.

Modellen bygger på att man blir ersatt för den tyngd som området har och i förlängningen det man tänkt göra. I de olika sjukvårdsområdena finns dock inga enhetliga sätt att fördela medel.

En möjlig alternativ fördelningsmodell för landstinget är att knyta ersättningen för primärvården till hur stor del av sjukdomspanoramata man faktiskt hanterar. Ett alternativ är ersättningsmodeller som bygger på en mix av kapiterings- och besöksersättning med diverse förutsättningar. I dessa modeller kan en viktig ersättningsvariabel vara den andel av befolkningens totala antal besök som görs inom primärvården, det som brukar kallas ”täckningsgrad”. Den stora skillnaden i jämförelse med landstingets nuvarande sätt att fördela medel är att primärvården blir ersatt efter prestation, inte det man hade tänkt göra. Om andra vårdgivare, främst sjukhusen, möter en större del av befolkningens vårdefterfrågan får man mindre ersättning och tvärt om.

Alla styrmodellens funktion är att uppmuntra önskvärda beteenden i organisationer. Landstingets framtida diskussioner om val av sätt att styra måste dock rimligen bygga på insikten att primärvården idag de facto har olika uppdrag. De vårdideologiska frågorna om huruvida detta är önskvärt eller ej torde vara en mycket viktig utgångspunkt för val att styra verksamheten.

### **3. Samverkan**

#### **3.1 Utgångspunkter**

Patienter som söker kontakt med vården kommer först oftast i kontakt med primärvården, över 50 % av alla läkarbesök i landstingen brukar ske i primärvården. Det är när primärvården anser att patienter behöver komma i kontakt med andra vårdgivare i landstinget som behov av samverkan med länssjukvården uppstår, både när patient remitteras till annan vårdgivare och när patienten eller resultatet av länssjukvårdens insatser återförs till primärvården. Samverkan är också att använda konsultativa arbetsformer av olika slag.

Samverkan kan egentligen betecknas som öppen och tydlig *arbetsfördelning* mellan olika vårdgivare i landstinget. Denna arbetsfördelning kan avse patienter med bestämda diagnoser eller olika grupper av patienter. Avsaknaden av en arbetsfördelning, dvs att varje vårdgivare i vårdkedjan vet vem som ska göra vad i olika lägen, innebär att sannolikheten är mycket stor för missförstånd och olika förväntningar.

Detta leder enligt våra erfarenheter oftast till ökad resursåtgång för landstinget genom att kraft binds i gränsfallsdiskussioner som grundar sig på de olika parternas utgångspunkter. För patienten kan resultaten t ex bli att man onödigtvis skickas mellan olika vårdgivare. Arbetsfördelningen är också viktig vid diskussioner av dimensioneringen av primärvård och andra vårdformer.

Nedanstående 4 utgångspunkter utgör hörnstenarna i vår ansats.

#### *1. LEON principen*

De flesta sakkunniga delar vår uppfattning att det är önskvärt att problem åtgärdas så tidigt som möjligt, dvs att patienter vandrar mellan så få vårdnivåer som möjligt. Detta brukar kallas att patienten tas om hand på lägsta effektiva omhändertagande nivå. Detta innebär att det är önskvärt att organisationen bör arbeta för att så stor del av problematiken som möjligt bör hanteras inom primärvården.

#### *2. Samverkan har effekt*

Vår utgångspunkt är att välfungerande samverkan hjälper till att hantera problem tidigare i vårdkedjan.

#### *3. Effektivitet*

Tydligare arbetsfördelning/samverkan innebär i de flesta fall mera resurseffektiva vårdprocesser eftersom alla aktiviteter när patienter byter vårdnivåer medför transaktionskostnader inom både länssjukvård och primärvård. För patienterna torde det vara en större kvalitet att så mycket problematik som möjligt blir åtgärdad hos samma vårdgivare.

#### *4. Krav på tydlighet*

All erfarenhet visar att olika typer av organisatoriska grepp inte kan bygga på att olika befattningshavare i olika delar av organisationer spontant söker samverkan. Samverkan kräver att det blir en tydlig och handfast formulerad verksamhetsuppgift som dokumenteras och följs upp. Ledningsstöd och intresse är en absolut nödvändighet.

Granskningsområden i detta moment har varit följande.

- Strukturerad samverkan
- Konsultstöd från länssjukvården
- Vårdprogram
- Remisser

### **3.2 Nuläge**

#### *Strukturerad samverkan*

Strukturerad samverkan innebär att ledningen anser att detta är en kärnprocess som ska tillmätas betydelse. Detta innebär bl a att det ska vara en verksamhetsuppgift som inte upphör om t ex någon anställd slutar eller får andra arbetsuppgifter. Detta ställer krav på att samverkan är dokumenterad och att processen är känd av många intressenter. Samverkan som enbart bygger på personliga relationer och ej är dokumenterad är inte strukturerad enligt vår mening.

De olika sjukvårdsområdena har valt olika sätt att arbeta med strukturerad samverkan. I Jönköping har man utvecklat allmänläkarkonsultverksamhet (AKO) som främsta bas för samverkan, även i Värnamo har man valt denna metod men av resursskäl ej utvecklat metoden lika mycket. I Höglandets sjukvårdsområde har man valt att bygga samverkan kring det sk ESTER projektet.

Båda dessa projekt är mycket lovande initiativ till att strukturera samverkan. I jämförelse med andra landsting vi har erfarenhet av kan konstateras att landstinget Jönköping har en mycket utvecklad struktur på sin samverkan mellan primärvård och länssjukvård.

Båda de beskrivna arbetssätten är lovvärda, dock är AKO arbetssättet mera strukturerat och utvecklat. Nedan beskrivs AKO arbetssättet i Jönköpings sjukvårdsområde kortfattat, beskrivningen bygger på intervjuer och rapport från Qulturum.

Allmänläkarkonsult (AKO) syftar till att upprätta gemensamma rutiner för omhändertagande av patienter med vanligt förekommande sjukdomar och förbättra samarbetet mellan primärvård och sjukhuskliniker. Verksamheten har funnits i Jönköping sedan 5 år, metoden kommer ursprungligen från Danmark.

Arbetssättet är att en eller två distriktsläkare är allmänläkarkonsulter mot respektive sjukhusklinik. Man har där en sjukhusläkare som kontaktperson som man samverkar med. Allmänläkarkonsulterna träffar kontaktpersonen med regelbundenhet samt deltar i olika omfattning också på ronder och utbildningar på kliniken. Samtliga AKO träffas i sin tur varje månad.

AKO samt kontaktpersonen på kliniken utarbetar förslag till gemensamma riktlinjer för olika stora sjukdomsgrupper. Dessa dokument, AKO -nytt, är av olika omfattning men innehåller oftast riktlinjer för

- remittering av patienter till sjukhuskliniker,
- hänvisning av patienter från kliniken till primärvården,
- behandling av olika sjukdomsgrupper.

Dokumentet går sedan ut till alla vårdcentraler på en remissrunda. Efter eventuella ändringar blir dokumentet en gemensam överenskommelse som ska gälla för både primärvården och sjukhuset. För varje dokument fastställs också revideringsdatum. Det finns också speciella rapporteringsrutiner för att hantera om överenskommelser ej följs, en ”strulrapport”.

I juni 2004 fanns över 70 AKO dokument i Jönköpings sjukvårdsområde. Såväl våra intervjuer som landstingets egna utvärderingar visar att modellen anses fungera bra. Den allra viktigaste faktorn torde enligt våra bedömningar vara att modellen medför att primärvården och sjukhuskliniker gemensamt överenskommer om rutiner, på många håll i landet är tyvärr vanligt att sjukhuskliniker ensidigt sänder ut direktiv om hur primärvården ska hantera vissa ärenden.

#### *Konsultstöd från länssjukvården*

Konsultstöd från länssjukvården till primärvården förekommer på många håll i landet. Det kan ha olika former men innebär oftast att en läkare från en sjukhusklinik åker ut till vårdcentraler och där undersöker patienter tillsammans med distriktsläkare, alternativt att distriktsläkare redogör för ärenden. Syftet är dels att i tveksamma fall kunna avgöra vilka patienter som bör remitteras till sjukhus dels att få utbildningseffekten gentemot distriktsläkarna.

Vid våra intervjuer framkom att enbart ett fåtal vårdcentraler hade konsult regelbundet. Det framkom också delade meningar om nyttan med konsulter från länssjukvården. De som uttryckte sig positivt pekade framförallt på önskemål om konsulter inom ortopedi, kirurgi och psykiatri.

Vi rekommenderar att primärvården och de aktuella klinikerna gemensamt diskuterar formerna för eventuell konsultverksamhet. Vi tror att sjukvårdsområdesledningarna måste stödja dessa processer eftersom konsultverksamhet kan betyda att man måste prioritera ned andra uppgifter.

#### *Vårdprogram/motsvarande*

I landstinget finns ett flertal olika landstingsgemensamma vårdprogram, dvs riktlinjer för behandling av patienter med olika problematik såsom diabetes, hjärtsvikt, stroke mfl. Dessa finns utlagda på landstingets intranät och anses fungera bra. Dessutom finns dokument benämnda ”rådgivande synpunkter”.

I Jönköpings sjukvårdsområde ansåg man dessutom att AKO dokumenten mer och mer utvecklas och i vissa avseenden kunde täcka in flera viktiga områden som traditionellt finns i olika vårdprogramdokument/liknande.

Sammanfattningsvis kan konstateras att detta område i stort anses fungera bra och att det finns en positiv utveckling.

#### *Remisser*

Primärvården skriver remisser till länssjukvården när man har frågeställningar eller anser att patientens tillstånd kräver en typ av behandling som man ej kan ge på vårdcentralen.

En vanlig tvistefråga mellan primärvården och kliniker brukar vara hur fullständiga remisserna måste vara, vilka undersökningar och provsvar som måste bifogas remissen. Detta fungerar enligt uppgift relativt bra. I Jönköpings sjukvårdsområde, och i viss mån i Värnamo, regleras detta ofta genom AKO dokumenten och i Högländets sjukvårdsområde har primärvården genom erfarenhet lärt sig vad olika kliniker kräver. Vissa vårdcentraler pekar emellertid på det faktum att primärvården åläggs att låta genomföra alltfler av de prover som behövs, ofta också sådana provtagningar där primärvården ej har kompetens att tolka resultatet.

### **3.3 Samverkan, diskussion**

Landstinget Jönköping har en i jämförelsevis med andra landsting väl utvecklad samverkan mellan primärvård och länssjukvård. Vi har ej erfarenhet från något landsting där det finns en så väl utvecklad samverkan vad avser kombinationen bredd och djup, i andra landsting finns också exempel på god samverkan men den omfattar oftast bara enstaka vårdcentraler och vissa sjukhuskliniker.

Som framgår av beskrivningen finns dock skillnader i hur väl man utvecklat samverkan. Samverkan synes vara mest strukturerad i Jönköpings sjukvårdsområde, genom arbetet enligt AKO modellen. Vi tror att det skulle vara av värde att diskutera om inte detta arbetssätt borde införas också i Högländets sjukvårdsområde samt utvecklas i Värnamo sjukvårdsområde.

#### 4. Anebyavtalet

I revisorernas uppdrag ingick ett deluppdrag att studera hur tydligt uppdraget har beskrivits i avtalet mellan Handelsbolaget Aneby vårdcentral och landstinget samt att se på vilken uppföljning av verksamheten landstinget bedriver. Avtalet gäller tom 2005-12-31.

Vid jämförelse mellan Anebyavtalet och andra avtal i landet som vi känner till kan konstateras att avtalet är fullgott vad avser tydlighet. Förutom alla ekonomiska och juridiska paragrafer innehåller avtalet överenskommelser om bl a samverkan, krav på kvalitetssystem, personalsammansättning, handledning av ST- läkare, följsamhet till vårdprogram etc.

Hur landstinget ska ersätta entreprenader är till stor del beroende av den allmänna styrmodellen. Om landstinget påbörjar en diskussion om förändrad styrmodell för primärvården i sin helhet (se avsnitt 2.3) torde detta också kunna ha betydelse för framtida entreprenadavtal.

Landstinget bedriver samma löpande uppföljning av Aneby som man gör i relation till de landstingsdrivna vårdcentralerna. Dessutom gjorde primärvårdens FOU enhet en specialstudie av 2001 års verksamhet på uppdrag av landstinget. I den studien gick man igenom ett antal kvalitetskriterier ur perspektiven kund, verksamhet samt ekonomi. Resultatet sammanfattade man enligt nedan.

Perspektiv	Bedömning
<b>Kundperspektiv</b>	
Telefontillgänglighet	Mycket bra
Förtroende i befolkningen	Bra
<b>Verksamhetsperspektiv</b>	
Hjärtsvikt	Mycket bra
Läkemedelsbehandling	Mycket bra
Diagnoser läkarbesök	Bra
Laborieverksamhet	Bra
Influensavaccination	Bra
<b>Ekonomiperspektiv</b>	
Kostnadseffektiv vård	Bra
Läkemedelskostnader	Mycket bra
Laborieverksamhet	Bra

Landstingets FOU enhet sammanfattar resultatet med att ”det sammanlagda intrycket är att personalen vid Aneby vårdcentral gör ett utmärkt arbete som är väl i nivå med jämförbara vårdcentraler”. Man konstaterar också att med att ställa frågan om inte landstingets vårdcentraler och andra privata mottagningar skulle kunna följas upp på liknande sätt.