

Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård

**Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
December 2010
Dnr RSK 630-2008**

Sammanfattning

Inför sjösättningen av VG Primärvård gavs ett uppdrag kring *Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård* (RSK 630-2008) som innebar att en nulägesbeskrivning skulle göras bland annat av antalet läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar, antalet öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus och antalet remisser till sjukhusen från primärvården. Dessutom skulle månatliga uppföljningar genomföras av dessa variabler under ett år och eventuella förändringar i patientströmmar analysera. Bakgrunden till uppdraget står att finna i det faktum att principiellt olika ersättningssystem skulle komma att tillämpas inom primärvård och sjukhusbunden öppenvård och en oro för att detta skulle kunna leda till ökade patientströmmar i riktning mot sjukhusen.

Införandet av VG Primärvård verkar inte i någon större omfattning ha påverkat flödet av akutpatienter på Alingsås lasarett, Kungälv's sjukhus eller NU-sjukvården. Däremot ser vi ett ökat akut patientinflöde inom somatiken på såväl SkaS som SÄS samt inom vuxensomatiken på SU (i princip på SU/M). På barnsidan inom SU minskar antalet akutsökande patienter. De förändringar vi iakttar på SU och SÄS accentueras av VG Primärvård men har tagit fart redan tidigare medan vi på SkaS verkar ha att göra med ett fenomen mer tydligt tidsmässigt kopplat till starten av VG Primärvård.

Förändringarna i antalet remisser är lite mer osäkra men det verkar som om antalet remisser från primärvården ökat inom NU-sjukvården, SkaS, SU och SÄS. Detta kan ha flera förklaringar som inte är ömsesidigt uteslutande. Ett ökat antal läkarbesök i primärvården kan närmast definitionsmässigt förväntas leda till fler medicinskt välmotiverade remisser. Att ett ökat remissflöde dessutom kan avspegla ett ökat tryck från en mer lätttrölig patientpopulation kan heller inte uteslutas.

Även om bilden inte är regionalt enhetlig verkar införandet av VG Primärvård sammanfalla med en ökad belastning på sjukhusens akutmottagningar och till ett ökat remissinflöde från primärvården. I flera fall handlar det snarast om en förstärkning av redan etablerade trender. Bilden är dock inte entydig och det finns förändringar i patient- och remissflödena som går i motsatt riktning. Även om flera tidsmässiga samband har identifierats innebär det inte med nödvändighet att det handlar om direkta orsakssamband. Mot bakgrund av detta föreslår arbetsgruppen:

- att mätningarna av de redovisade uppföljningsvariablerna fortsätter med ny redovisning om ett år.
- att avvakta resultatet av arbetet med betalningsansvar för akuta primärvårdsbesök på sjukhusens akutmottagningar samt arbetet med att definiera det medicinska gränssnittet mellan primärvård och sjukhusvård.
- att en diskussion initieras kring eventuella förändringar i krav- och kvalitetsboken när det gäller öppethållande och lokalisering av jourcentraler.

Bakgrund och uppdrag

Inför sjösättningen av VG Primärvård (2009-10-01) väcktes frågan huruvida den nya organisationsmodellen för primärvården och de principiellt olika ersättningssystem som skulle tillämpas inom primärvård och sjukhusbunden öppenvård skulle komma att medföra ökade patientströmmar i riktning mot sjukhusen. Mot den bakgrunden gavs ett uppdrag kring *Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård* (RSK 630-2008) som innebar:

- att inför genomförandet av VG Primärvård göra en nulägesbeskrivning av olika uppföljningsvariabler bland annat besök på sjukhusens akutmottagningar och remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar.
- att sammanställa månatliga uppföljningar (under 12 månader) av de variabler som nulägesbeskrivningen identifierat.
- att följa förändringar i patientströmmar och analysera varför eventuella förändringar sker.
- att informera hälso- och sjukvårdsdirektören, samt föreslå eventuella åtgärder, om tecken till önskad förändring i patientströmmarna skulle visa sig.

Parallellt och i tydlig samklang med ovan nämnda uppdrag formulerades ytterligare en uppdragshandling avseende *Definition och nulägesbeskrivning av primärvårdsbesök på akutmottagning* (Dnr RSK 199-2009). Detta uppdrag redovisas i särskild ordning.

Dessutom har en utredning genomförts angående *Åtgärder i Västra Götalandsregionen för att öka tillgängligheten – ny kartläggning av remisshantering och remissflöden* (Dnr RSK 310-2010). Denna genomlysning, som har klara beröringspunkter med föreliggande uppdrag och där ett betydande samarbete också ägt rum, har redan formellt rapporterats. I diskussion och slutsatser nedan återkommer vi till beröringspunkter och gemensamma slutsatser.

Ärendets beredning

Uppdraget har genomförts av en arbetsgrupp med följande deltagare:

Jarl Torgerson (sammankallande)	HSA
Annika Karlqvist	HSA
Anneth Lundahl	HSA
Lars Björkman	HSA/PV
Jan Aaby-Ericsson	PV
Carina Hansson	HSK Uddevalla
Carina Samuelson	HSK Göteborg
Lennart Ryler	SÅS
Hanna Axelsson/Juhani Vekselius	SU
Doris Lundin	NU

Arbetsgruppen har haft fjorton protokollförda arbetsmöten. Vid två möten deltog också Christer Bergquist som ansvarig för projektet *Åtgärder i Västra Götalandsregionen för att öka tillgängligheten – ny kartläggning av remisshantering och remissflöden*.

Utöver att diskuteras och värderas internt på hälso- och sjukvårdsavdelningen har preliminära resultat vid flera tillfällen redovisats i olika regionala grupperingar, däribland hälso- och sjukvårdsutskottet, sjukvårdsgruppen, ekonomichefsgruppen, styrgruppen för VG Primärvård, dialogmöten med vårdgivare i primärvården samt regionstyrelsens fackliga grupp.

Jarl Torgerson är huvudförfattare till rapporten och Annika Karlqvist huvudansvarig för siffermaterialet.

Val av uppföljningsvariabler

Arbetsgruppen valde följande fyra uppföljningsvariabler.

- Antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar
- Antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus
- Antalet läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård
- Antal remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar

Tabell 1 redovisar översiktligt dessa samt anger datakällor, observanda och redovisningsnivåer.

Datakällor har varit Vega eller för SkaS del Tranan t o m 2008. När det gäller antal remisser har uppgifter hämtats ur lokala patientadministrativa system och levererats av sjukhusen direkt till arbetsgruppen.

Öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus samt remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar omfattar inte läkarbesök på eller remisser till sjukhusens akutmottagningar. Dessa redovisas endast under läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar.

Remisser från primärvården avser endast remisser från enheter/medicinska verksamhetsområden som omfattas av VG Primärvård. Notera att det föreligger en viss skillnad på vilka enheter/verksamheter som i detta sammanhang räknas som primärvård före/efter starten av VG Primärvård. Före starten av VG Primärvård omfattas all primärvård medan vi efter starten av VG Primärvård endast räknar in verksamhet som omfattas av vårdvalet. Detta torde dock påverka numerären i mycket ringa grad.

Remisser till diagnostiska specialiteter (t ex röntgen eller klinisk fysiologi) omfattas inte. Arbetsgruppen bedömde att det hade inneburit ett alltför stort arbete för sjukhusen att ur de lokala patientadministrativa systemen plocka ut och leverera även denna typ av remisser.

När det gäller öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus har samma definition av öppenvårdsbesök använts som vid beräkning av täckningsgrad i VG Primärvård. Detta innebär t ex att dagkirurgiska åtgärder inte innefattas och att endast länssjukvård omfattas.

En bärande princip har varit att löpande redovisa data på relativt låg upplösningsnivå (t ex sjukhus eller grupperade specialiteter). Bakom dessa redovisningar finns sedan data på högre upplösningsnivå (t ex enskild akutmottagning eller enskild medicinsk specialitet). Fördelen

med detta är att specifika djuplodande analyser möjliggörs vid behov samtidigt som vi kan få grepp om övergripande trender utan att sikten skymms av detaljerna. Detta har t ex inneburit att de många akutmottagningarna på SU i de löpande redovisningarna grupperats som somatik vuxna, somatik barn samt psykiatri. Vidare har de olika medicinska specialiteterna sammanförts till fyra grupper (kirurgiska, medicinska, psykiatriska och övriga) enligt Socialstyrelsens principer.

Tabell 1. Uppföljningsvariabler samt uppgifter om datakällor, observanda och redovisningsnivåer.

Variabel*	Datakälla	Observanda	Redovisningsnivå
<i>Antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar</i>	Vega Tranan (SkaS)**		Sjukhus Akutmottagning, som på SU av praktiska skäl grupperas som somatik vuxna, somatik barn, psykiatri.
<i>Antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus</i>	Vega	Samma definition av öppenvårdsbesök används som vid beräkning av täckningsgrad i VG PV Besök på akutmottagning ingår inte Omfattar även Lundby	Sjukhus Specialitet redovisas som kirurgi, medicin, psykiatri, men data samlas in på mer detaljerad nivå
<i>Antal läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård</i>	Vega	Vårdgivarens HSN är utgångspunkten	Redovisas som HSN 5 samt övriga elva HSN Specialiteter enligt ovan
<i>Antal remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårds-mottagningar</i>	Lokala patient-administrativa system	Omfattar endast VG PV-enheter Innefattar inte remisser till akutmottagningar eller diagnostiska specialiteter	Sjukhus Specialitet enligt ovan Egenremisser särredovisas

* Samtliga ovanstående uppföljningsvariabler omfattar endast personer folkbokförda i Västra Götaland.

** Används för data t o m 2008.

I enlighet med uppdragshandlingen skulle arbetsgruppen genomföra dels en nulägesbeskrivning med avseende på de av gruppen valda uppföljningsvariablerna (retrospektiv analys), dels under tolv månader följa dessa variabler (prospektiv analys). Data samlades därför in avseende tjugofyra månader före införandet av VG Primärvård (2007-10-01 - - 2009-09-30) gällande akutbesök, besök på öppenvårdsmottagning samt specialistbesök i privat öppenvård.

Arbetsgruppen bedömde att det inte var rimligt att kräva in retrospektiva uppgifter om antalet remisser med samma höga ambitionsnivå. Sjukhusen ombads därför att om möjligt ta fram information om antalet remisser från primärvården för de tolv månader som föregick starten

av VG Primärvård (2008-10-01 - - 2009-09-30). Som absolut minst retrospektiva informationsperiod valdes den tvåmånadersperiod som närmast föregick starten av VG Primärvård (2009-08-01 - - 2009-09-30). Sjukhusen har här gjort olika val i intervallet tolv till två månader.

Antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar, liksom antalet öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhusens och läkarbesök i privat specialiserad öppenvård redovisas genomgående som medelvärde av de tolv senaste månaderna (rullande tolv), vilket ger goda möjligheter att urskilja trender. Redovisning av rullande tolv har inte varit möjligt/meningsfullt avseende antalet remisser med tanke på de mindre omfattande och varierande retrospektiva materialet. Antalet remisser redovisas istället som absolutvärden.

Resultat

I det följande kommenteras resultaten för de fyra uppföljningsvariablerna. Den exakta redovisningen av dessa variabler återfinns i bilaga 1-4. Eftersom sjukhusen har så olika storlek, upptagningsområde och produktion har diagrammen i bilagorna olika skalor på y-axlarna. Notera vidare den vertikala linje som i diagrammen i bilaga 1-3 anger starten av VG Primärvård.

Antal läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar

Antalet läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar under perioden oktober 2007 till september 2010 redovisas i bilaga 1a.

På *Kungälv*s sjukhus akutmottagning är antalet läkarbesök väsentligen oförändrat sedan starten av VG Primärvård. Däremot ses en långsiktigt ökande besökstrend under hela mätperioden. Bilden är likartad när det gäller *Alingsås lasarett*.

För *NU-sjukvårdens* del ses däremot en långsiktig minskning av antalet akuta läkarbesök inom den somatiska vården.

Situationen på *SkaS* är sådan att vi på *KSS* ser en klar ökning av de akuta läkarbesöken sedan starten av VG Primärvård. I *Lidköping* ser vi en liknande om än mindre uttalad utveckling.

Inom *SU* ser vi en långsiktig ökning av antalet akuta läkarbesök på den somatiska vuxensidan. En ökning som accentueras av VG Primärvård. Inom barnsjukvården är bilden närmast spegelvänd d v s en långsiktig minskning som accentueras av VG Primärvård.

Även på *SÄS* ser vi en långsiktig ökning av de akuta läkarbesöken. En ökning som accelererar efter starten av VG Primärvård.

På de sjukhus som har separat redovisning av läkarbesök inom psykiatrin (*NU*, *SkaS*, *SU*, *SÄS*) ligger antalet stabilt under perioden.

I bilaga 1b redovisas en uppdelning av de akuta läkarbesöken på *KSS*, *SiL*, *SU* och *SÄS* med avseende på vardag respektive helg. Notera att redovisningen för såväl *KSS* som *SiL* avser tiden f o m 2009-01-01 medan vi för *SU* och *SÄS* har kompletta data f o m 2007-10-01. På *KSS* verkar det inte föreligga någon skillnad mellan vardagar och helgdagar medan det

däremot på *SiL* verkar som om det ökade antalet akuta läkarbesök väsentligen äger rum på helgerna. På *SU* betingas den totala ökningen huvudsakligen av akuta läkarbesök på vardagarna medan vi på *SÄS* ser en ökning såväl på vardagar som på helgdagar även om den förra ökningen ter sig mer uttalad.

Bilaga 1c redovisar en *SU*-intern uppdelning av antalet akutbesök inom vuxensomatiken. Som synes kan vi återfinna en långsiktig minskning på *SU/S* och en långsiktig ökning på *SU/Ö* utan tidsmässiga kopplingar till VG Primärvård. Däremot ses en tydlig ökning av antalet akuta läkarbesök på *SU/M* sedan starten av VG Primärvård. Vi kan inte med hjälp av vårddatabasen Vega bena ut vilken/vilka diagnoser som står bakom det ökade antalet akutbesök på *SU/M*, eftersom det finns betydande luckor i de inrapporterade diagnoserna. Detta är tyvärr ett generellt problem när det gäller akutbesöken i regionen.

Antal öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus

I bilaga 2 redovisas antalet läkarbesök inom sjukhusens öppenvård. Notera att läkarbesöken hänförs till en av de fyra specialitetsgrupper (kirurgiska, medicinska, psykiatriska och övriga specialiteter) som Socialstyrelsen använder. Inom gruppen övriga specialiteter äger dock så få läkarbesök rum att de inte kan redovisas grafiskt.

På de flesta sjukhusen och inom de flesta specialitetsgrupperna har införandet av VG Primärvård inte påverkat antalet läkarbesök i sjukhusanknuten öppenvård.

I *NU-sjukvården* ser vi dock en ökande trend inom de kirurgiska specialiteterna medan vi på *SU* kan notera att läkarbesöken framför allt inom de medicinska men också inom de kirurgiska, och psykiatriska specialitetsområdena minskar.

Variationen i antalet läkarbesök på Lundby sjukhus beror bland annat på att sjukhuset inom sitt totala produktionsutrymme och över tid har möjlighet att växla mellan olika specialiteter.

Antalet läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård

Antalet läkarbesök i privat specialiserad öppenvård redovisas i bilaga 3. Liksom i fallet med öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus har dessa besök hänförs till en av fyra möjliga specialitetsgrupper

Hos vårdgivare inom HSN 5 kan vi inte identifiera några tydliga förändringar i antalet läkarbesök i relation till starten av VG Primärvård. Inom övriga HSN verkar VG Primärvård accentuera en redan pågående minskning av antalet läkarbesök inom de kirurgiska specialiteterna. Inom det medicinska specialitetsområdet ter sig volymerna väsentligen oförändrade över tid medan vi inom psykiatrin kan iaktta en långsiktig ökning av antalet läkarbesök som dock inte verkar ha påverkats av VG Primärvård.

Antal remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar

Bilaga 4 beskriver antalet remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar. Notera att vi här jämför perioden före starten av VG Primärvård (period 1) med tolv månadersperioden efter starten av VG Primärvård (period 2) samt att period 1 är av

varierande längd (två till tolv månader) på olika sjukhus. Vidare skiljer vi på remisser från primärvården och från patienterna själva. Liksom tidigare har läkarbesöken hänförs till en av fyra specialitetsgrupper.

Några sjukhus (*Frölunda specialistsjukhus, Kungälvvs sjukhus och Lundby sjukhus*) har endast haft möjlighet att redovisa antalet remisser för en begränsad tid (två månader) före starten av VG Primärvård. Detta gör givetvis den periodvisa jämförelsen väldigt osäker avseende dessa sjukhus men vi kan åtminstone konstatera att antalet remisser verkar ligga på ungefär samma nivå före som efter införandet av VG Primärvård.

Såväl NU-sjukvården som SÄS har redovisat retrospektiva data för nio månader före starten av VG Primärvård vilket gör den periodvisa jämförelsen betydligt säkrare. I *NU-sjukvården* kan vi se ett ökat antal remisser till de kirurgiska specialiteterna medan remissinflödet till de medicinska specialiteterna inte verkar ha påverkats. Bilden inom psykiatri är betydligt mer svårtolkad och vi kan här inte utesluta rapporterings- och klassificeringsproblem. På SÄS verkar remissinflödet ha ökat såväl till medicinska som psykiatriska mottagningar medan situationen inom det kirurgiska specialitetsområdet ter sig väsentligen oförändrad.

För både SkaS och SU har vi kompletta tolv månadersperioder före och efter starten av VG Primärvård. På *SkaS* noteras ett ökat remissinflöde inom samtliga specialitetsområden. Så är fallet också på *SU* även om ökningen inom det psykiatriska området inte ter sig lika uttalad.

Diskussion och slutsatser

Summa summarum visar uppföljningsvariablerna inte en regionalt helt enhetlig bild.

Införandet av VG Primärvård verkar inte i någon större omfattning ha påverkat flödet av akutpatienter på Alingsås lasarett, Kungälvvs sjukhus eller i NU-sjukvården. Däremot ser vi ett ökat akut patientinflöde inom somatiken på såväl SkaS som SÄS samt inom vuxensomatiken på SU (i princip på SU/M). På barnsidan inom SU minskar dock antalet akutsökande patienter, vilket är i linje med uppdraget i VG Primärvård. De förändringar vi iakttar på SU och SÄS accentueras av VG Primärvård men har tagit fart redan tidigare medan vi på SkaS verkar ha att göra med ett fenomen mer tydligt kopplat till starten av VG Primärvård.

En klart urskiljbar regional trend verkar således vara att på tre av de fyra stora sjukhusgrupperna ökar inflödet av akutpatienter inom somatiken. Vi kan tyvärr inte från Vega dra några säkra slutsatser om vilka medicinska problemställningar som ligger bakom denna ökning. Det hade därför varit önskvärt med en betydligt mer heltäckande rapportering av diagnoser vid akutbesök. När det gäller SU/M finns SU-interna data som pekar på ett tilltagande inflöde av patienter med ortopedisk problematik, vilka tidigare till stora delar togs omhand på Axessakuten. I NU-sjukvården observerar vi däremot en långsiktigt minskande trend som sannolikt är kopplad till de strukturförändringar som genomfördes inom akutsjukvården 2008. Det finns ingen regional enhetlighet huruvida en ökning av antalet besök kan knytas till helger och/eller vardagar.

Som en följd av VG Primärvård har tillgängligheten till primärvård på jourtid förändrats. I Skaraborg har tillgängligheten ökat något lite på vardagar medan antalet öppna timmar på veckoslut och helger minskat påtagligt. I Sjuhärad och Mittenälvsborg ses ingen förändring i öppethållandet på vardagkvällar medan det däremot skett en betydande neddragning på

helger. Det är rimligt att tro att det minskade öppethållandet på helgerna är en direkt anpassning till de stipulerade förutsättningarna (dvs miniminivån på öppethållande) inom VG Primärvård. Det är samtidigt värt att notera att det såväl på SkaS som på SÄS sker en ökning av antalet akuta läkarbesök även på vardagarna till trots av ökat eller oförändrat öppethållande.

Vi har inte observerat några förändringar i antalet besök hos läkare i privat, specialiserad öppenvård som är möjliga att tidsmässigt knyta till VG Primärvård.

I de allra flesta fall har antalet läkarbesök inom sjukhusens öppenvård inte påverkats av VG Primärvård. På SU noterar vi tvärtom ett minskat antal, vilket säkert åtminstone delvis har sin förklaring i det lokala prioriteringsarbete som genomförts.

Förändringarna i antalet remisser är mer osäkra då det historiska jämförelsematerialet varierar i omfattning mellan sjukhusen men det verkar ändå som om antalet remisser från primärvården ökat inom NU-sjukvården (kirurgi), SkaS (kirurgi, medicin och psykiatri), SU (kirurgi, medicin och psykiatri) och SÄS (medicin och psykiatri). Detta kan ha flera förklaringar som inte är ömsesidigt uteslutande. Ett ökat antal läkarbesök i primärvården kan närmast definitionsmässigt förväntas leda till fler medicinskt välmotiverade remisser. Att ett ökat remissflöde dessutom kan avspegla ett ökat tryck från en mer lätttrölig patientpopulation kan inte uteslutas.

Antalet polikliniska läkarbesök ökar inte trots att remissinflödet i många fall ökar. Det kan givetvis vara en chimär kopplat till osäkerhet i registreringen av remisser. Den kommande regionala väntetidsdatabasen kommer delvis att ge oss ökad kunskap om remissflödena men bara i så motto en remiss också leder till att en patient sätts upp på väntelista för besök/åtgärd. Remisser som av olika skäl besvaras direkt kommer inte att fångas. Det är värt att notera att antalet öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhus i föreliggande redovisning i princip också innefattar av sjukhusen köpta läkarbesök men att kvaliteten på inrapporterade data varierar härvidlag.

Det skulle också kunna vara så att antalet remisser från enheter utanför VG Primärvård t ex andra sjukhus faktiskt minskar så att nettobelastningen på sjukhusens polikliniker förblir väsentligen oförändrad. I det tidigare nämnda uppdraget kring *Åtgärder i Västra Götalandsregionen för att öka tillgängligheten – ny kartläggning av remisshantering och remissflöden* (Dnr RSK 310-2010) finns till viss del information med bäring på denna frågeställning. Generellt sett har remissinflödet till sjukhusen ökat kraftigt sedan 2005 men det framgår inte i vad mån dessa remisser kommer från primärvården eller från sjukhusnivån. Det ter sig dock som om vissa specialiteter är mer utsatta än andra. SU rapporterar t ex ett ökat remissinflöde till ortopedi, handkirurgi, plastikkirurgi och ÖNH. I brist på entydig information är nog den rimligaste tolkningen dock att sjukhusens öppenvård förmått upprätthålla status quo genom att minska antalet återbesök på redan kända patienter och/eller i ökad omfattning remittera ut patienter till primärvården.

Med början vid årsskiftet 2010-2011 kommer regionalt enhetliga principer för vad som definieras som ett besök på primärvårdsnivå på ett sjukhus akutmottagning att sjösättas och från halvårsskiftet 2011 införs enligt nu gällande planering betalningsansvar för vårdcentralerna i dylika fall (Dnr RSK 199-2009). Möjligheter för akutmottagningarna att elektroniskt boka patienter på vårdcentralerna kommer också att introduceras. Samtidigt har ett mödosamt och viktigt arbete påbörjats för att samordna och tolka de medicinska

gränssnitten mellan primärvården och sjukhusen (Dnr RSK 199-2009). I vad mån dessa arbeten och åtgärder får förväntat (sannolikt måttligt) genomslag på patient- och remissflöden återstår ännu att se.

Det förtjänar att betonas att de *tidssamband* vi identifierat mellan starten av VG Primärvård och antalet akutbesök på och remisser till sjukhusen inte nödvändigtvis också är *orsakssamband*. Det kan förvisso vara så, helt eller delvis, men som vi sett torde sjukhusinterna förhållanden också spela stor roll (strukturförändringar i NU-sjukvården, prioriteringsarbete på SU). Det kan också finnas andra förändringar på sjukhusen som vi inte belyst i föreliggande rapport (t ex remisskriterier och tillgång till vårdplatser) som kan vara av betydelse för patient- och remissflöden mellan primärvården och sjukhusen.

Även om bilden inte är regionalt enhetlig verkar ändå införandet av VG Primärvård sammanfalla med en ökad belastning på sjukhusens akutmottagningar och till ett ökat remissinflöde. I flera fall handlar det snarast om en förstärkning av redan etablerade trender. Bilden är dock inte entydig och det finns förändringar i patient- och remissflödena som går i motsatt riktning. Mot bakgrund av ovanstående och i ljuset av att det ännu bara gått ett år sedan VG Primärvård sjösattes föreslår arbetsgruppen:

- att mätningarna av de redovisade uppföljningsvariablerna fortsätter med ny redovisning om ett år.
- att avvakta resultatet av arbetet med betalningsansvar för akuta primärvårdsbesök på sjukhusens akutmottagningar samt arbetet med att definiera det medicinska gränssnittet mellan primärvård och sjukhusvård.
- att en diskussion initieras kring eventuella förändringar i krav- och kvalitetsboken när det gäller öppethållande och lokalisering av jourcentraler.