



# LUND UNIVERSITY

## Översyn av primärvårdens utveckling efter införandet av Hälsoval Skåne

Anell, Anders

2016

*Document Version:*  
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Anell, A. (2016). *Översyn av primärvårdens utveckling efter införandet av Hälsoval Skåne*. (KEFUs skriftserie; Nr. 2016:4).

*Total number of authors:*

1

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

ANDERS ANELL

- **ÖVERSYN AV PRIMÄRVÅRDENS UTVECKLING EFTER  
INFÖRANDET AV HÄLSOVAL SKÅNE**

SKRIFTSERIE 2016:4



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING  
VID LUNDS UNIVERSITET

## FÖRORD

Region Skåne har efterfrågat en bred och oberoende utvärdering av hälsoval inom primärvården respektive vårdval inom hud- och ögonsjukvård (exklusive katarakter) samt ersättningsmodell inom vårdval för LARO (Läkemedels Assisterad Rehabilitering vid Opiatberoende). Rådet för Kommunalekonomisk forskning och utbildning har genomfört uppdraget. Inom ramen för projektet har både forskare knutna till Ekonomihögskolan, Lunds universitet och konsulter använts för att täcka den kompetens och kapacitet som krävts för projektets genomförande. Uppdraget har genomförts i flera steg och tre separata delrapporter har tagits fram och presenterats för Region Skåne.

I denna fjärde rapport redovisas en översyn av primärvårdens utveckling efter införande av hälsoval för vårdcentraler. Särskild uppmärksamhet ägnas CNI-ersättningens betydelse samt hur förändringar i ackrediteringsvillkoren påverkat verksamheten. Studien har genomförts av Anders Anell, Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Anna H Glenngård, Ekonomihögskolan, Lunds universitet har bidragit med underlag i form av statistiska analyser. I enlighet med projektets forskningsbaserade upplägg och i samråd med Region Skåne ges denna rapport ut i KEFUs skriftserie då den väckt stort intresse, inte minst hos aktörer inom den svenska hälso- och sjukvården.

*Lund i maj och augusti*

*Anders Anell  
Projektansvarig KEFU*

*Ulf Ramberg  
Forskningsledare KEFU*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord .....	i
Innehållsförteckning .....	ii
Sammanfattning och slutsatser .....	iii
Kapitel 1 Introduktion .....	1
1.1 Bakgrund .....	1
1.2 Syfte och frågeställningar .....	2
1.3 Metod och data .....	3
1.4 Fortsatt disposition .....	4
Kapitel 2 Hur har hälsovalet inom Skånsk primärvård utvecklats? .....	5
2.1 Införandet av Hälsoval Skåne .....	5
2.2 Förändringar i ackrediteringsvillkoren fram till år 2016 .....	8
2.3 Parallella förändringar av betydelse för primärvårdens utveckling .....	13
Kapitel 3 Hur har resurser, utbud och vårdproduktion i skånsk primärvård förändrats? .....	16
3.1 Förändringar i finansiella och reala resurser .....	16
3.2 Förändringar i utbud och antal besök per invånare .....	22
3.3 Vad anser patienterna om tillgänglighet och kvalitet? .....	28
3.4 Vad anser läkarna om resurser, tillgänglighet och kvalitet? .....	32
3.5 Antal besök och kvalitet i relation till insatta resurser .....	43
Kapitel 4 Vilken betydelse har CNI-ersättningen för att åstadkomma jämlik vård och hälsa? .....	46
4.1 CNI-ersättning och privata etableringar .....	47
4.2 CNI-ersättning och vårdcentralers ekonomiska marginaler .....	50
4.3 CNI och personalresurser .....	58
4.4 CNI och förebyggande insatser .....	62
4.5 CNI och kontinuitet .....	62
Kapitel 5 Vilka erfarenheter och uppfattningar har verksamhetschefer om styrning inom Hälsoval Skåne? .....	67
5.1 Uppfattningar om ackrediteringsvillkor och styrning .....	67
5.2 Förändrad styrning från förvaltning och ägare .....	70
5.3 Arbetsformer och insatser för att åstadkomma jämlik vård och hälsa ...	71
5.4 Uppfattningar om behov av förändringar .....	74
Kapitel 6 Utvecklingsbehov och rekommendationer .....	77
6.1 Primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne .....	77
6.2 Problem och utvecklingsbehov .....	83
6.3 Rekommendationer för fortsatt utveckling av primärvården .....	88
Referenser .....	93

## SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Syftet med den här rapporten är att beskriva primärvårdens utveckling i Region Skåne under perioden efter införande av vårdval år 2009. Särskild uppmärksamhet ägnas åt CNI-ersättningens betydelse samt hur förändringar i ackrediteringsvillkoren för vårdcentraler påverkat verksamheten. Studien baseras på en analys av ackrediteringsvillkor, kvantitativa data om resurser, verksamhet och måluppfyllelse i Skånsk primärvård, enkäter till läkare i primärvården samt intervjuer med i första hand verksamhetschefer.

De huvudsakliga frågeställningar som behandlats är:

- Vilka revideringar av ackrediteringsvillkoren för vårdcentraler har genomförts sedan införandet av hälsoval? Vilka är konsekvenserna för verksamheten?
- Hur har primärvårdens finansiella och reala resurser utvecklats? Hur har utbud, besök och kvalitet påverkats? Vilka erfarenheter och uppfattningar om verksamhetens kvalitet finns hos läkare verksamma i primärvården?
- Vilken betydelse har den extra CNI-ersättningen till vårdcentraler baserat på socioekonomiska faktorer bland listade individer? Hur har utbud och vårdproduktion inom primärvården förändrats mot bakgrund av målsättningar om jämlik vård och hälsa?
- Vilka erfarenheter och uppfattningar om styrningen och dess konsekvenser finns bland verksamhetschefer?

Med utgångspunkt i översynen och svar på huvudsakliga frågeställningar diskuteras även övergripande problem och utvecklingsbehov liksom rekommendationer som stöd för fortsatt utveckling av primärvården.

Många förändringar i ackrediteringsvillkor sedan införandet av Hälsoval Skåne

De krav och villkor som gäller för att få bedriva primärvård inom Hälsoval Skåne (ackrediteringsvillkoren) har förändrats årligen. De första åren efter införandet av Hälsoval Skåne var förändringarna blygsamma medan fler årliga förändringar har genomförts från år 2013. Förändringarna avser ofta förtydliganden av tidigare krav och villkor. Utgångspunkt är inte sällan att vårdgivare tolkat krav och villkor på olika sätt, vilket gett upphov till oönskade variationer sett utifrån uppdragsgivarens perspektiv. Flera förändringar tar utgångspunkt i nationella och regionala satsningar, t.ex. en bättre vård för äldre med stora vårdbehov. Ytterligare förändringar avser möjligheter för vårdcentraler att utveckla särskilda tilläggsuppdrag eller certifiering av mottagning som vänder sig till viss grupp av patienter. Utöver förändringar i ackrediteringsvillkoren finns en rad parallella förändringar som har betydelse för primärvårdens utveckling. Dessa avser dels vårdbehoven hos skånska medborgare och dels hur den skånska vården i stort organiseras och vilka resurser som finns tillgängliga.

## De finansiella resurserna har ökat, liksom antalet sjuksköterskor

- Den skånska primärvårdens finansiella resurser har ökat i snabbare takt än i många andra landsting efter år 2005/2006. Under senare år har nettokostnaden för primärvård per invånare varit högre i Region Skåne än för andra landsting i genomsnitt. Basersättningen per invånare till vårdcentraler har ökat med 32 procent från år 2009 till 2016.
- Antalet vårdcentraler ökade med ungefär 17 procent de tre första åren med vårdval och har därefter varit i huvudsak stabilt kring 150 vårdcentraler. Allt fler invånare är listade på privata vårdcentraler; från 17 procent år 2009 till 39 procent år 2015.
- Få vårdcentraler har utvecklat de möjligheter till särskilda tilläggsuppdrag som infördes år 2014. Undantaget är äldre vårdsmottagning som drygt hälften av vårdcentralerna infört med stöd av särskild ersättning. En majoritet av vårdcentralerna har också certifierad astma/KOL mottagning.
- Möjligheterna att följa den totala utvecklingen av antalet läkare och annan personal i primärvården är bristfällig eftersom det saknas statistik från privata vårdgivare. Totala antalet allmänläkare i privat och offentlig regi är i stort sett oförändrat mellan åren 2012 – 2015. Utvecklingen före 2012 eller för annan personal är inte känd.
- Antalet anställda läkare vid *offentliga* vårdcentraler ökade med knappt 5 procent mellan 2008 och 2015. Antalet anställda allmänläkare minskade, medan antalet ST-läkare ökade. Andelen ST-läkare har ökat kraftigt från 24 till 39 procent under perioden. Övrig personal på offentliga vårdcentraler ökade med ungefär 20 procent i genomsnitt, främst i form av fler sjuksköterskor.
- Samtidigt med att antalet anställda ökat har antalet listade vid offentliga vårdcentraler minskat med 23 procent från 2009 till 2015. Antalet anställda allmänläkare i förhållande till antalet listade har därför ökat med knappt 10 procent under samma period. Motsvarande ökning för övrig personal är 36 procent.
- För privata vårdcentraler finns ungefär 25 procent fler allmänläkare per listad jämfört med vårdcentraler i offentlig regi. Andelen ST-läkare är väsentligt lägre, i genomsnitt 20 procent. Uppgifter som möjliggör jämförelse av övrig personal mellan privat och offentlig regi saknas.

## Fler besök hos sjuksköterskor, varierande utveckling av kvaliteten

- Antalet registrerade besök hos läkare i primärvården per invånare är i stort sett oförändrat sedan 2009. En ökning sker i samband med införandet av vårdval men efter 2011 har antalet på nytt minskat. Samma trend kan noteras i flera andra landsting och regioner.
- Antalet besök per invånare hos annan personal än läkare har ökat påtagligt i Region Skåne, särskilt under senare år. Andelen läkarbesök har därför minskat. Motsvarande utveckling med betydande ökning i antalet besök hos andra än läkare kan inte noteras i t.ex. Region Halland eller Västra Götalandsregionen.
- Andelen invånare som har stort förtroende för vården vid vårdcentraler ökade i samband med införande av vårdval i Region Skåne. Fr.o.m. år 2013 finns snarast en vikande trend, även om förtroendet fortfarande är väsentligt högre än före vårdvalet. Motsvarande utveckling kan noteras i andra landsting och regioner.

- Andelen patienter som anser att det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentralen har ökat efter införandet av vårdval. Andelen har fortsatt att öka även under senare år men i långsammare takt. För många andra patientupplevda kvaliteter saknas uppgifter från åren före 2009. Genomsnittliga resultat för alla Region Skånes vårdcentraler visar dock en vikande trend efter 2009 när det gäller patientupplevda väntetider i primärvården.
- Tidigare studier med data från Region Skåne har visat att patientupplevd kvalitet varierar med både strukturella faktorer och vårdcentralens organisation och arbetsformer. Högre CNI-tyngd samvarierar med lägre patientupplevd kvalitet medan högre ACG-tyngd samvarierar med högre patientupplevd kvalitet. Högre patientupplevd kvalitet samvarierar också med mindre vårdcentraler samt vårdcentraler med högre andel läkarbesök. Analys med senare data visar att privata vårdcentraler i genomsnitt har högre patientupplevd kvalitet än offentliga. Det finns dock stora variationer mellan vårdcentraler som inte förklaras av dessa faktorer. Patientupplevd kvalitet bestäms i första hand av vilka värden som skapas i möten med patienterna.
- Resultat från enkäter år 2015 visar att allmänläkare och ST-läkare i Region Skåne i jämförelse med andra landsting i betydligt lägre grad anser att deras patienter kan få en tid samma eller nästa dag. Det är också en lägre andel läkare som skulle rekommendera sin vårdcentral till en sjuk anhörig jämfört med läkares motsvarande rekommendationer i många andra landsting. Samtidigt är uppfattningarna om i vilken grad patienter på deras vårdcentral alltid eller ofta kan välja en fast läkarkontakt snarast bättre än i andra landsting. Det är också en något högre andel läkare i Region Skåne jämfört med andra landsting som anser att man är väl förberedd på att hantera vård för patienter med flera kroniska sjukdomar och som är nöjda med förutsättningarna att erbjuda patienter vård på lika villkor.

### CNI-ersättningen har inte fått de konsekvenser som avsågs

- År 2015 hade 21 vårdcentraler en CNI-tyngd över 1,3 vilket motsvarar 14 procent av samtliga vårdcentraler. En majoritet av vårdcentraler med relativt hög CNI-tyngd är offentliga, medan andelen privata vårdcentraler är högre för vårdcentraler med låg CNI-tyngd.
- CNI-ersättningen ökar antalet privata etableringar i områden med relativt högt CNI jämfört med områden med relativt lågt CNI. En CNI-ersättning ger dock ingen ”extra effekt” i form av totalt sett fler privata etableringar. Jämförelse mellan utvecklingen i Västra Götalandsregionen och Region Skåne visar att utformningen av CNI-ersättningen kan ha betydelse. Västra Götalandsregionen har fler privata etableringar i områden med mycket högt CNI, medan Region Skåne har fler privata etableringar i områden med CNI-värde mellan 1.0 och 2.0.
- Offentliga vårdcentralers rörelsemarginal (intäkter minus kostnader i relation till intäkter) samvarierar med högre CNI. Även marginal för läkemedel (skillnaden mellan den ersättning man får för läkemedel och faktiska kostnader) samvarierar med högre CNI. De extra finansiella resurser som fördelas till vårdcentraler med högre CNI omsätts således inte fullt ut till att förstärka verksamhetens reala resurser.
- För ett mindre urval vårdcentraler visas att det inte finns någon uppenbar samvariation med högt eller lågt CNI och personalbemanningen. Bland vårdcentraler

med CNI-tyngd över 1,2 är andelen läkarbesök dock i genomsnitt lägre jämfört med vårdcentraler under 1,0. Den patientupplevda kontinuiteten respektive registrerad kontinuitet till läkarbesök bland ”mångbesökare” är i genomsnitt varken bättre eller sämre vid vårdcentraler med högt CNI.

## Verksamhetschefer ser flera stora brister i ackrediteringsvillkoren och hur de förändrats

- Sammantaget bedömer de flesta chefer att införandet av vårdval lett till en bättre tillgänglighet i primärvården och en förändrad relation och attityd till befolkning och patienter. Det finns dock frågetecken om den förbättrade tillgängligheten har fördelats med avseende på vårdbehov. Samtliga chefer som intervjuats beskriver hur triagering av sjuksköterska vid kontakter med patienter per telefon är grundläggande för att åstadkomma en behovsstyrd vård.
- En klar majoritet av cheferna beskriver ett arbete på vårdcentralerna som fokuserar på de patienter som söker sig till mottagningarna och som är kända sedan tidigare. Äldre som inte har stöd av anhöriga eller särskilda boenden beskrivs som en särskilt utsatt grupp där betydelsen av kontinuitet lyfts fram.
- Chefer över vårdcentraler med högt CNI beskriver en mottagningsverksamhet med särskilda förutsättningar och krav. Patienter saknar ofta möjligheter att uttrycka sig på svenska eller engelska och har bristande förståelse för det svenska samhället eller för hur vården fungerar. Kraven på god tillgänglighet och att få träffa en läkare är inte sällan höga. Besöken tenderar att bli komplexa och ta lång tid. Några verksamhetschefer beskriver hur man försöker verka förebyggande genom kontakter med olika lokala föreningar och nätverk.
- Verksamhetscheferns uppfattningar om hur innehållet i ackrediteringsvillkoren förändrats är i huvudsak samstämmiga. Det har blivit mer detaljstyrning och fler tvära kast i villkoren under senare år. Nya villkor beslutas sent under året, när budget för nästa år redan är lagd. En upplevd brist på långsiktighet leder till ökad osäkerhet. Även när det gäller formerna för styrning upplever en klar majoritet av cheferna en försämring under senare år. Bland flera chefer uttrycks uppfattningen att relationen med uppdragsgivare blivit formaliserad och att vårdcentraler betraktas som leverantörer som ska svara upp mot de krav som ställs. Befintliga dialogmöten uppfattas som otillräckliga och mer inriktade på ensidig information än dialog och erfarenhetsutbyte.
- Även om uppfattningarna om den framtida primärvårdens form och innehåll varierar finns en gemensam uppfattning om hur den framtida styrningen bör förändras. Det finns mycket starka önskemål om att skapa mer långsiktighet och förutsägbarhet i krav och villkor. Större förändringar bör genomföras stegvis och med löpande analys av konsekvenserna. En annan samstämmig uppfattning är att relationen med uppdragsgivaren bör förändras i riktning mot mer dialog utifrån en gemensam målbild. En dialog med uppdragsgivaren skulle bidra till bättre kommunikation och en styrning som blir mer relevant och kan även bidra till reducerad osäkerhet om framtida villkor.



## Tre övergripande rekommendationer

- Ackrediteringsvillkoren och hur dessa följs upp är en viktig del av uppdragsgivarens styrning över primärvården. Det finns anledning att utveckla både formerna för hur ackrediteringsvillkoren förändras respektive styrningens innehåll i form av krav och villkor för verksamheten.
- Formerna för hur ackrediteringsvillkoren förändras bör utvecklas först eller åtminstone ges hög prioritet. Med utgångspunkt i utvecklade och mera ändamålsenliga former finns väsentligt bättre förutsättningar att utveckla långsiktigt hållbara krav och villkor när det gäller primärvårdens innehåll och arbetsformer.
- Primärvårdens möjligheter att uppnå övergripande mål bestäms i hög grad av dess roll i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet, snarare än vilka krav som riktas specifikt mot vårdcentraler i ackrediteringsvillkoren. Mot den bakgrunden bör övergripande beslut och beslut som avser annan specialistvård ta stor hänsyn till primärvårdens förutsättningar när detta är relevant. Uppdragsgivaren bör i ökad grad verka för att främja primärvårdens förutsättningar, snarare än att enbart fokusera primärvårdens innehåll.

## Det behövs nya former för hur ackrediteringsvillkoren förändras

- Ökad delaktighet och förbättrad information i samband med förändring av ackrediteringsvillkoren kan uppnås genom fler och mindre möten mellan uppdragsgivare och verksamhetschefer, snarare än få och stora möten som tenderar att fokusera ensidig information. En utvecklad dialog med verksamhetschefer är dock inte tillräckligt för att skapa utvecklingskraft i primärvården. Det behövs även en utvecklad dialog på mera övergripande nivå. Uppdragsgivaren bör därför också ta initiativ för att utveckla ett partnerskap för bättre primärvård tillsammans med övergripande representanter för privat och offentlig primärvård, där erfarenheter och behov av förändringar kan diskuteras.
- Ett partnerskap med berörda övergripande representanter ger förbättrade möjligheter att diskutera visioner för primärvården i ett långsiktigt perspektiv, snarare än en fokusering på förändringar i ackrediteringsvillkoren inför nästa år. En av många viktiga frågor avser vilket ansvar hos primärvården som bäst kan organiseras inom ramen för obligatoriska eller frivilliga kollektiva lösningar. Det kan exempelvis gälla organisation av jour kvällar och helger och insatser för mest sjuka äldre i samverkan med kommuner. En utvecklad dialog mellan uppdragsgivare och berörda aktörer kan även ge inspel till viktiga övergripande frågor som avser primärvårdens förutsättningar, t.ex. samverkan med andra vårdgivare och riktlinjer och vårdprogram som avser både primär- och sjukhusvård.
- Ett stort problem för många vårdcentraler är att det är svårt att ställa om verksamheten till nya krav eftersom formella beslut om förändrade ackrediteringsvillkor ofta fattas med mycket kort framförhållning. En bättre dialog under året kan delvis motverka detta problem. Andra åtgärder är att beslut om förändrade krav och villkor fattas med längre tidsmässig framförhållning och att sena inspel från politiker och tjänstemän undviks. Ytterligare åtgärder är att nya villkor införs stegvis. Med stegvisa förändringar finns bättre möjligheter att analysera konsekvenser av de beslut som fattats och vidta korrigeringar när det är motiverat.

Vikten av lång framförhållning och stegvisa förändringar med konsekvensanalys är särskilt motiverat i de fall förändringar i ackrediteringsvillkoren leder till en omfördelning av resurser mellan vårdcentralerna.

- Förändrade former för hur ackrediteringsvillkoren förändras i riktning mot mer dialog och ett utvecklat partnerskap för att uppnå övergripande mål ställer stora krav på både uppdragsgivare och andra berörda aktörer. En särskild utmaning är hur den politiska besluts- och budgetprocessen kan förändras i riktning mot bättre framförhållning och ökad långsiktighet. Samtidigt finns en betydande risk att förtroendet för både ackrediteringsvillkoren och uppdragsgivaren urholkas utan någon form av utveckling i denna riktning.

### Behov av fortsatt utveckling avseende primärvårdens innehåll och arbetsformer

- Uppföljningen och den styrning som sker utifrån enskilda indikatorer får ofta direkta konsekvenser för primärvårdens innehåll och arbetsformer och bör därför i högre grad fastställas i dialog med professionella representanter för verksamheten. Ett förslag är att den s.k. indikatorgruppen utvecklas till en strategigrupp för utveckling av primärvårdens kvalitet och att denna grupp ges en väsentligt ökad betydelse vid alla beslut som avser uppföljning och indikatorer. En sådan utveckling motverkar att uppföljning och styrning enligt ackrediteringsvillkoren leder till oönskade effekter. Val av indikatorer bör främja att verksamhetschefens och vårdpersonalens ”ögon och öron” riktas mot egentlig kvalitet och patienternas upplevelse.
- Teamarbete har sedan lång tid varit ett kännetecken för svensk primärvård och även internationellt finns en utveckling åt detta håll. Mot den bakgrunden är det angeläget att lyfta betydelsen av ett samlat medicinskt ledningsansvar på vårdcentraler - dvs. kompetens och erfarenhet som möjliggör ledning av all diagnostik, vård och behandling - som leder till att rätt kompetens används för rätt patienter och förhindrar att det bildas nya stuprör inom primärvården. Det är viktigt att ackrediteringsvillkoren främjar och inte hindrar utvecklingen av ett samlat medicinskt ledningsansvar där allmänläkares engagemang och insatser har särskilt stor betydelse. Det måste finnas professionella frihetsgrader att bedöma behov och lämplighet av olika specifika insatser.
- I det medicinska ledningsansvaret ligger också att bedöma olika patientgruppers behov av kontinuitet. Kontinuitet är en mycket viktig kvalitet i primärvården och brister får en rad negativa effekter på patientens upplevelser men även på vårdkvalitet och kostnader. Kontinuitet avser inte enbart longitudinella relationer utan även informationssystem som delas med andra, samverkan inom teamet och att de insatser som görs för patienter följer en plan som är förankrad i befintlig kunskap. Det är viktigt att ackrediteringsvillkoren främjar och inte hindrar utvecklingen av nya strategier för att uppnå kontinuitet.
- Det finns mot bakgrund av resultat som presenteras i rapporten anledning att ompröva CNI-ersättningens nivå och konstruktion. En sådan förändring leder dock till stora omfördelningar och måste därför utredas separat. Att avskaffa CNI-ersättningen för att den ger begränsad effekt för vårdcentraler i genomsnitt är också ett bristfälligt argument. Det huvudsakliga problemet är att många vårdcentraler fokuserar på sin mottagningsverksamhet och att det saknas kunskaper om hur primärvården kan nå ut och skapa mer nytta för patienter i områden med högre risk

för ohälsa. Uppdragsgivaren bör därför i först hand ta initiativ för att främja en utveckling av kunskapsbaserade hälsofrämjande insatser i områden med högre risk för ohälsa. Med utgångspunkt i sådana kunskaper skulle det också vara möjligt med tydligare ansvarsutkrävning riktad mot berörda vårdcentraler.

- En extra CNI-ersättning avser även vårdcentralers ersättning för läkemedel. Principen att vårdcentraler har ekonomiska fördelar om patienter inte hämtar ut sina läkemedel kan ifrågasättas generellt. Denna form av kostnadsansvar har särskild betydelse för vårdcentraler med hög CNI-tyngd. För dessa vårdcentraler bör det snarast finnas en förstärkt anledning att uppmuntra patienter att faktiskt använda de läkemedel som förskrivs. Det är därför motiverat att utreda om vårdcentralers principer för kostnadsansvar när det gäller läkemedel är ändamålsenliga, särskilt för vårdcentraler med hög CNI-tyngd.
- En fortsatt utveckling av primärvården innebär med nödvändighet att några vårdcentraler går före och prövar nya sätt att organisera arbetet. En sådan utveckling kräver motsvarande flexibilitet i ackrediteringsvillkoren. Med dialog och partnerskap finns möjligheter att skapa bättre beredskap för att främja innovationer underifrån. Det kan exempelvis gälla hur ackrediteringsvillkoren bör förändras så att nya sätt att kommunicera med patienterna främjas.
- En möjlighet är att framtida ackrediteringsvillkor på ett tydligare sätt ger flera olika alternativ för vårdcentraler. En första nivå fokuserar kärnverksamheten och passar t.ex. nya och mindre verksamheter. En andra nivå kan ge möjligheter till utökat uppdrag och ekonomiskt ansvar, men bara för vårdcentraler med viss storlek och tillräcklig kompetens. En tredje nivå kan ge utrymme för helt ny och innovativ verksamhet genom särskilt uppdrag till vårdcentraler med särskilt goda förutsättningar att bedriva utvecklingsarbete.

# Kapitel 1

## INTRODUKTION

### 1.1 BAKGRUND

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och sjukhus. I jämförelse med andra länder har svensk sjukvård i huvudsak goda medicinska resultat, men betydande brister när det gäller tillgänglighet till vård och individers tillgång till en fast kontakt i vården som kan ge kontinuitet i vårdrelationen. Det finns också stora problem när det gäller att åstadkomma en samordnad och integrerad vård för de patienter som behöver vårdinsatser från flera olika håll. Problemen kan åtminstone delvis kopplas samman med bristen på en väl fungerande primärvård och dålig tillgång på specialister i allmänmedicin (SOU 2016:2; Anell 2015). Den skånska primärvården utgör inget undantag när det gäller dessa brister, snarare tvärtom. Primärvårdens kostnader per invånare låg för drygt 10 år sedan på en låg nivå jämfört med de flesta andra landsting. Ett flertal tidigare revisionsrapporter har poängterat brister i skånsk primärvård.<sup>1</sup>

Primärvårdens funktion och organisation har fått ökad uppmärksamhet under det nya milleniet, både i Skåne och i andra landsting och regioner. En viktig förklaring är de förändringar som genomfördes bland sjukhusen under 1990-talet och kommunernas ansvar för äldre vården. Mer vård görs i primärvården och andra öppna vårdformer, vårdtiderna har förkortats, vård av äldre har flyttats över till kommunerna, sjukhusens akutmottagningar är färre och specialistmottagningarna är inte lika tillgängliga utan remiss. I ett skånskt perspektiv har projektet Skånsk Livskraft tidigare pekat på behoven att organisera vården utifrån nya logiker som bättre kan hantera de nya förutsättningarna. Parallellt med förändringar i vården finns också ett ökat behov av vård och omsorg för personer med långvarig och kronisk sjukdom. Vidare har primärvårdens roll för att förebygga sjukdomar betonats allt mer. En väl fungerande primärvård har även lyfts fram som ett sätt att främja en jämlik vård och hälsa.

Även internationellt har betydelsen av en väl fungerande primärvård uppmärksamats. WHO:s världshälsorapport år 2008 fokuserade investeringar i primärvård och även i Europa har flertalet policydokument publicerats om vikten

---

<sup>1</sup> Se rapporten ”Vägval för Vårdval Skåne”, Januari 2008.

av en väl fungerande primärvård (Saltman m.fl 2005; Kringos m.fl. 2015). Samtidigt som intresset för primärvårdens funktion och organisation har ökat kvarstår många frågor om hur man bäst organiserar verksamheten och vilken betydelse primärvården har för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet.

Internationellt definieras primärvård på lite olika sätt men dess kännetecken kan sammanfattas i fyra funktioner (Starfield m.fl. 2005):

- Primärvården ska vara befolkningens förstahandskontakt med vården för de allra flesta vårdbehov.
- Primärvård ska ansvara för prevention, behandling och diagnostik för de allra flesta vårdbehov.
- Primärvård ska fokusera individers samlade förutsättningar och behov, snarare än enskilda medicinska diagnoser.
- Primärvård ska remittera till annan relevant specialistvård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som ges av andra vårdgivare.

Med utgångspunkt i dessa funktioner definieras primärvården snarast utifrån sin organisatoriska roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är en väsentlig skillnad jämfört med andra medicinska specialiteter, där verksamheten vanligtvis definieras utifrån en medicinsk kunskapsmassa och patienter med specifika diagnoser. Primärvården blir därför i högre grad beroende av övergripande politiska beslut om vilken roll verksamheten ska ha samt hur relationer med befolkningen och övrig specialistvård ska utformas.

De vårdvalsreformer som introducerades åren 2007 – 2010 i svensk primärvård innebar en viktig förändring i primärvårdens relation med befolkningen och i möjligheterna att etablera nya verksamheter. Dessa förändrade relationer har i sin tur ställt krav på en ny form av styrning och förändrade relationer mellan vårdgivare och uppdragsgivare. I Region Skåne infördes vårdval för vårdcentraler våren 2009 och det finns nu flera års erfarenheter av de nya förutsättningarna. Det är därför motiverat att göra en bred översyn av hur primärvården förändrats och hittills vunna erfarenheter för att identifiera problem och utvecklingsbehov.

## **1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med den här rapporten är att beskriva primärvårdens utveckling i Region Skåne under perioden efter införande av vårdval och hur ackrediteringsvillkor och förändringar i dessa påverkat verksamheten. Studien baseras på en analys av ackrediteringsvillkor, kvantitativa data om resurser, verksamhet och måluppfyllelse i Skånsk primärvård, enkäter till läkare i primärvården samt intervjuer med i första hand verksamhetschefer. De huvudsakliga frågeställningar som behandlas är:

- Vilka revideringar av ackrediteringsvillkoren har genomförts sedan införandet av hälsoval? Vilka är konsekvenserna för verksamheten?
- Hur har primärvårdens finansiella och reala resurser utvecklats? Hur har utbud, besök och kvalitet påverkats? Vilka erfarenheter och uppfattningar om verksamhetens kvalitet finns hos läkare verksamma i primärvården?
- Hur har utbud och vårdproduktion inom primärvården förändrats mot bakgrund av målsättningar om jämlik vård och hälsa? Vilken betydelse har den extra CNI-ersättningen?
- Vilka erfarenheter och uppfattningar om styrningen och dess konsekvenser finns bland verksamhetschefer?

Med utgångspunkt i översynen och svar på dessa frågor diskuteras även övergripande problem och utvecklingsbehov liksom rekommendationer som stöd för fortsatt utveckling av primärvården.

### **1.3 METOD OCH DATA**

Studien baseras i huvudsak på egna sammanställningar och analyser utifrån ackrediteringsvillkor samt kvantitativa data om resurser, verksamhet och måluppfyllelse i Skånsk primärvård. Data hämtas från Region Skånes register men även från externa källor som Nationell patientenkät, KOLADA och Öppna jämförelser. För att studera samvariation mellan variabler i fördjupade analyser har regressionsanalys använts. Läkarförbundets primärvårdsenkät från år 2015 samt Vårdanalys enkät till allmänläkare år 2015 används som underlag för att belysa läkares erfarenheter och uppfattningar om verksamhetens kvalitet.

Kvantitativa registerdata och enkätdata kompletteras med intervjuer. Respondenter avser i första hand verksamhetschefer inom primärvården. Sammanlagt har 15 olika verksamhetschefer intervjuats under perioden januari - mars 2016. Verksamhetschefer har valts ut för att uppnå spridning avseende ägare (10 offentliga, 5 privata), CNI-tyngd (vårdcentraler med hög respektive låg CNI) samt olika förvaltningar och geografiska områden. Utöver intervjuer med aktiva verksamhetschefer har tidigare verksamhetschefer, divisionschefer för offentlig primärvård liksom övergripande representanter för privat primärvård i Skåne intervjuats. Sammanlagt har 24 intervjuer genomförts. Kontakter har även tagits med ansvariga för andra pågående utvecklingsprojekt inom Region Skåne med anknytning till utvecklingen inom primärvården.

Utöver kvantitativa data och intervjuer har tidigare utredningar och studier om primärvårdens utveckling efter introduktionen av vårdval i Skåne och i andra landsting använts för att besvara rapportens frågeställningar. Som underlag för diskussion och rekommendationer används även relevant internationell litteratur.

## **1.4 FORTSATT DISPOSITION**

I kapitel två ges en kort beskrivning av bakgrund och målsättningar i samband med införande av vårdval i skånsk primärvård år 2009 (Hälsoval Skåne). Därefter redovisas hur ackrediteringsvillkor förändrats över tiden fram till år 2016. Avslutningsvis beskrivs andra parallella förändringar i Region Skånes verksamhet och organisation av betydelse för översynen av primärvårdens utveckling.

I kapitel tre redovisas den skånska primärvårdens utveckling under åren 2008 till 2015 med utgångspunkt i statistik, data och tidigare studier som beskriver förändringar i resurser, utbud, vårdproduktion och kvalitet. Bedömningar om verksamheten av läkare redovisas utifrån enkätstudier som genomförts av Myndigheten för Vårdanalys respektive Läkarförbundet år 2015.

I kapitel fyra analyseras vilken betydelse CNI-ersättningen har för den primärvård som ges i Region Skåne samt hur vårdcentralers CNI-tyngd samvarierar med kontinuitet och utnyttjande av hyrläkare.

I kapitel fem redovisas resultat från intervjuer med verksamhetschefer vid vårdcentraler. Material från intervjuer presenteras under tre teman: uppfattningar om ackrediteringsvillkor och styrning; arbetsformer och insatser för att åstadkomma jämlik vård och hälsa; och uppfattningar om utvecklingsbehov när det gäller primärvård och styrning.

I kapitel sex diskuteras problem och utvecklingsbehov i primärvården med utgångspunkt i det material som redovisats i kapitel 2-5. Perspektivet är övergripande och avser de utvecklingsbehov som bör hanteras av Region Skåne utifrån ett uppdragsperspektiv. Många frågor och utvecklingsbehov som avser verksamhetsnivån berörs inte alls eller enbart indirekt.

## Kapitel 2

# HUR HAR HÄLSOVALET INOM SKÅNSK PRIMÄRVÅRD UTVECKLATS?

I det här kapitlet ges en kort beskrivning av bakgrund och målsättningar i samband med införande av vårdval i Skånsk primärvård år 2009 (Hälsoval Skåne). Därefter redovisas hur ackrediteringsvillkoren förändrats över tiden fram till år 2016. Avslutningsvis beskrivs parallella förändringar i Region Skånes verksamhet och organisation av betydelse för primärvårdens utveckling.

### 2.1 INFÖRANDET AV HÄLSOVAL SKÅNE

Inspirerade av den vårdvalsmodell som införts i Halland år 2007 formulerade Region Skånes Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) våren 2007 ett utredningsuppdrag som skulle utmynna i en motsvarande modell för Region Skåne. Det nya vårdvalet för primärvården skulle beakta intentionerna om en utvecklad närsjukvård enligt Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Ledord för utredningen var att patientens makt och valmöjligheter skulle stärkas, professionerna skulle ha frihet att på bästa sätt möta patienternas behov inom uppdraget samt att styrningen skulle fokusera kvalitet och resultat med beaktande av kostnadskontroll. Styrningen skulle dessutom vara konkurrensneutral oavsett driftsform.

Den tidigare styrningen inom offentlig regi hade i första hand fokuserat insatta personalresurser och förväntad produktion i form av antalet besök. Den s.k. Generella Kravspecifikationen (GK) angav hur en offentlig vårdcentral skulle bemannas med antal läkare och andra kompetenser per tusen invånare. Kraven angav också vilken volym vård (antal besök) som kunde förväntas vid olika listningsstorlek och bemanning. De privata vårdgivarna hade separata avtal baserade på förväntad volym besök. De vårdgivare som var verksamma enligt s.k. nationell taxa berördes inte alls av regionens styrning. Förutom att det nya vårdvalet skulle locka fram helt nya etableringar fanns förhoppningar om att vårdgivare verksamma enligt lagen om nationell taxa skulle flytta över sin verksamhet till det nya avtalet.

Förslag från utredningen presenterades i januari 2008 i rapporten ”Vägval för vårdval Skåne”. I rapporten diskuteras olika vägval vid utformning av vårdval för primärvården. En viktig fråga som diskuteras i rapporten var hur omfattande



uppdraget för vårdenheter skulle vara. Utredarna menade att en större andel av den öppna specialiserade sjukvården skulle kunna tillgodoses inom Vårdval Skåne. Det krävde dock en omfördelning av resurser samt att styrningen av den specialiserade sjukvårdens öppenvårdsuppdrag omformulerades så att inte den ambitionen motverkades. Bakgrund var att sjukhusen ersattes per prestation, medan primärvården historiskt och även i det nya vårdvalet förväntades ersättas med en fast vårdpeng per listad individ. Vägval som diskuterades i utredningen var t.ex. detaljeringsgraden för uppdrag och avtal, i vilken utsträckning vårdgivares geografiska placering skulle styras, begränsningar i medborgarnas val av vårdenhet, begränsningar i vårdenhetens skyldigheter gentemot medborgare, i vilken grad vårdpengen skulle vara fast eller baserad på volymen vård, om vårdpengen skulle viktas efter vårdtyngd och socioekonomi samt graden av kostnadsansvar för t.ex. läkemedel, medicinsk service och sjukgymnastik. Bakgrunden till användningen av vårdenhet som begrepp istället för vårdcentraler var önskemål att lyfta fram att en viss funktion, inte en speciell byggnad. Uppdraget för en vårdenhet kunde hanteras genom att en vårdcentral anställde de kompetenser som behövdes, men också genom avtal med olika underleverantörer. I utredningen ges inga närmare detaljer om hur villkoren för vårdenheter ska utformas, men det förs en principiell diskussion om för- och nackdelar med olika lösningar. Övergripande rekommenderas ett vårdval som låg nära den lösning som redan införts i Region Halland. Viktiga undantag var behov av att riskjustera den fasta ersättningen utifrån vårdtyngd och socioekonomi samt kostnadsansvar för receptläkemedel. Rapporten gav också rekommendationer om hur ett fortsatt arbete kunde bedrivas med sikte på att vårdval infördes under år 2009.

Med utgångspunkt i rapporten ”Vägval för vårdval Skåne” fick hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram ett förslag på styr- och ersättningsmodell för vårdval inom primärvården, vilket presenteras i en rapport i augusti 2008. Utgångspunkten var nu att två vårdval med olika basuppdrag skulle införas; ett för barnhälsovård vid barnvårdscentraler (BVC) och ett för primärvård inom vårdenheter. Bakgrunden till denna uppdelning var bedömningen att BVC redan fungerade som en skild verksamhet från vårdcentraler eller familjeläkarmottagningar. Basuppdraget för primärvård inom vårdenheter beskrevs i sju punkter:

- hälsoinriktat arbetssätt,
- vårdåtagande dygnet runt,
- samverkan,
- verksamhetsförlagd utbildning,
- tillgänglighet,

- bemanning och kompetens (tillgång till specialist i allmänmedicin under vårdenhetens öppettider),
- ledning, styrning och kvalitet.

Utöver basuppdraget anger rapporten olika möjliga tilläggsuppdrag. Det gäller t.ex. ansvar för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården (”råd och stöd”), allmänläkarkonsult (AKO), dvs. arbete som kontaktperson mellan primärvård och annan hälso- och sjukvård samt studierektor för ST och AT. Det förs också en diskussion om tilläggsuppdrag för distriktssköterskemottagningar i glesbygd (som ett sätt att bevara verksamheten) samt utvidgat socioekonomiskt åtagande för att främja riktade förebyggande insatser i samverkan med andra aktörer i socioekonomiskt utsatta områden.

När det gäller styr- och ersättningsmodellen anser utredningen att en ersättning per besök inte var ändamålsenligt för att stimulera till effektivt resursutnyttjande och ökade professionella frihetsgrader. Därför föreslås att vårdenheter i huvudsak ersätts genom en vårdpeng viktad utifrån vårdtyngd i primärvården mätt med Adjusted Clinical Groups (ACG) samt ett socioekonomiskt index. Dessa principer skiljde sig påtagligt från de enkla viktningsmodeller som tillämpades i de landsting som redan infört vårdval: Halland, Stockholm och Västmanland. Med inspiration från Halland föreslås att vårdpengen justeras utifrån vårdenheters täckningsgrad, dvs. listade invånares besök på primärvårdsnivå i relation till totala antalet besök. Utredningen konstaterade att täckningsgraden i Skåne varierade mellan olika geografiska områden, med ett genomsnitt på 57 procent. Det var en lägre täckningsgrad än den andel på 64-68 procent som redovisats i flera andra landsting.

Som komplement till den fasta vårdpengen per listad individ föreslog utredningen en målrelaterad bonus, som utgick från indikatorer i uppföljningssystemet och särskilda beslut om målvärden för dessa. Efterhand som uppföljning och mål utvecklades menade utredningen att andelen målrelaterad ersättning kunde öka betydligt. Målrelaterad bonus beskrivs som ett av få instrument med vilket uppdragsgivaren kunde styra utvecklingen i en modell med stora professionella frihetsgrader.

En annan inspiration från Halland var att den vårdenhet där medborgare listar sig skulle ersätta andra vårdenheter som medborgaren valde att vända sig till, s.k. otrohetsbesök. Till skillnad från Halland föreslås att vårdenheter skulle ha ett kostnadsansvar för receptläkemedel, motsvarande de principer som tidigare funnits för offentliga vårdcentraler i Skåne. Även förslag på kostnadsansvar i övrigt för medicinsk service, hjälpmedel m.m. motsvarade i princip tidigare praxis för offentliga vårdcentraler.

Utredningen bedömde att den vårdvalsmodell man föreslog gav vårdenheter stora frihetsgrader när det gäller beslut om verksamhetens närmare inriktning. Det ställde i sin tur stora krav på uppföljning och kontroll av skall-kraven i ackrediteringen, menade man. Bl.a. sägs att risken för underkonsumtion till följd av den fasta ersättningen per individ måste förebyggas med en noggrann uppföljning och kontroll.

## **2.2 FÖRÄNDRINGAR I ACKREDITERINGSVILLKOREN FRAM TILL ÅR 2016**

De ackrediteringsvillkor som Region Skåne beslutar om har direkta konsekvenser för vårdgivares agerande och därmed för primärvårdens utveckling. Ackreditering är en förutsättning för att privata vårdgivare ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom Hälsoval Skåne. Region Skåne bestämmer vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga krav som gäller för att få etablera sig och bedriva primärvård. Enligt lagen om valfrihetssystem (LOV 2008:962) ska samma krav gälla för privata och offentliga utförare. Region Skåne ackrediterar och tecknar ett avtal med privata vårdcentraler som uppfyller kraven. För offentliga vårdcentraler tecknas istället en vårdöverenskommelse. Ackrediteringen gäller formellt i två år men i tills vidare så länge man uppfyller kraven.

De ackrediteringsvillkor som införs i maj 2009 för Hälsoval Skåne följer i stort sett de rekommendationer som lämnats i utredningen från augusti 2008. På sammanlagt 38 sidor redovisas de krav och villkor som vårdenheter måste uppfylla för att kunna verka inom vårdvalet i den skånska primärvården. En viktig tillkommande faktor var lagen om valfrihetssystem (LOV, lagen om valfrihetssystem 2008:962) som formellt möjliggjorde en fri etablering för de vårdenheter som klarade landstingens ackrediteringsvillkor.

En viktig del av vårdvalssystem enligt LOV är uppdragsgivarens rätt att ändra i villkor och krav för vårdenheter. Sådana förändringar i ackrediteringsvillkoren har också genomförts årligen inom ramen för Hälsoval Skåne. I princip informeras vårdgivare om förestående förändringar vid två tillfällen per år. Vid ett första möte under våren förs en dialog med verksamhetschefer om erfarenheter och aktuella områden som kan komma att ändras. Ett möte under november/december informerar om faktiska förändringar i ackrediteringsvillkoren inför nästa år. Denna tidplan för information om förändrade ackrediteringsvillkor bygger i sin tur på tidsplanen för politiska budgetbeslut som normalt tas senast i november.

I tabell 2.1 sammanfattas de huvudsakliga förändringarna i ackrediteringsvillkoren under åren 2009-2016. Informationen baseras på de sammanfattande texter om förändringar som Region Skåne publicerar för berörda vårdgivare.<sup>2</sup> Tabellen är inte komplett och omfattar t.ex. inte alla justeringar av ersättningsnivåer och prislister. Som framgår av tabellen var förändringarna blygsamma under de första åren fram t.o.m. 2012 medan fler årliga förändringar har genomförts från år 2013. Sett till den samlade utvecklingen har mängden text som beskriver villkor och krav fördubblats; från 38 sidor år 2009 till 82 sidor år 2016.

**Tabell 2.1 Förändringar av Ackreditering och avtal för vårdcentraler i Hälsoval Skåne år 2009 – 2016.**

År	Förändringar
2010	Förtydligande att läkare ska utfärda intyg som begärs av domstol, oavsett verksamhetens driftsform.
2011	Åtagande om psykisk ohälsa (inklusive rörlig ersättning) för barn över 13 år.  Ändrad målrelaterad ersättning (MRE) gällande totalt antibiotiketryck.  Utomlänspatienter ges möjlighet att söka planerad vård (nytt Riksavtal från 2011).
2012	Förtydligande om skyldighet att skapa rutiner för tidig upptäckt av demenssjukdom enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.  Uppföljning och MRE för registreringar i SveDem (Svenska Demensregistret).
2013	Förtydligande och stärkta krav på flera områden, t.ex. koordineringsansvar, samverkan, strukturerat arbetssätt för hälsoinriktat arbete, vård och omsorgsplan i samverkan (VOPS), utskrivningsplan, ansvar för smittspårning, fast vårdkontakt, utvecklingsarbete med kommuner, registrering i SveVac (Svenska vaccinregistret), medicinsk service och hjälpmedelsordination.  Ökad rörlig ersättning för VOPS, läkemedelsgenomgångar, demensutredning.

<sup>2</sup> ”Ackrediteringsarkiv för Vårdcentral”, se <http://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/lov/#23112>

Förändringar i MRE, bl.a. tas mål kopplade till antibiotikaanvändningen bort.

Verksamhetschef får skyldighet att informera enskilda läkare om antibiotikaförskrivning.

Hembesök viktas högre vid beräkning av täckningsgrad.

HBT-certifiering införs.

**2014** Möjlighet att åta sig nya uppdrag med särskild ersättning inom fem områden: hjärtsvikt, gynekologisk specialistmottagning, unga vuxna, mottagning för äldre samt utökat akutuppdrag. Krav på dessa särskilda mottagningar förtydligas senare under 2014.

Certifiering av astma/KOL mottagningar.

Nytt krav på dietistkompetens.

Förtydligande att Region Skånes vårdprogram ska användas vid preventivt arbete.

Förtydligande om ansvar för att ta emot patienter som ankommer via ambulans.

Krav på utökade tjänster i Mina vårdkontakter.

Krav på medverkan i revisioner och uppföljning avseende hälsoinriktad hälso- och sjukvård (levnadsvanor), ökade krav på registrering i Nationella Diabetesregistret (NDR), registrering av uppföljning vid basal demensutredning.

Förändringar i MRE för uppföljning telefontillgänglighet.

Ny brytpunkt för justering av täckningsgrad (58%) ersätter tidigare intervall 57,0 – 59,0 %.

**2015** Region Skånes arbetssätt för hälsoinriktat arbetssätt ska följas. Fokus på prioriterade grupper (kronisk sjukdom, psykisk ohälsa, långvarig sjukskrivning).

Skyldighet att utreda alarmsymtom enligt rekommendationer från RCC syd.

Tillgång till läkare från kommuner under ordinarie öppettider regleras (inom 1 timme). Skyldighet att erbjuda hembesök till prioriterade grupper av mest sjuka äldre samtliga dagar 8-22.

Förtydligande kring samordningsansvar för patienter med behov av hemsjukvård.

Förtydligande av vårdgivares ansvar för att det finns rutiner för att utse fast vårdkontakt samt att detta kommuniceras med medborgare.

Ökad uppmärksamhet kring barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning och preventiva insatser inom rehabiliteringsområdet tillkommer.

Krav på att delta i arbetet med att ta fram rutiner för användning av Skånegemensamma verktyg för att identifiera patienter med hög risk.

1-2 IT-kontaktpersoner ska utses. Behovet av grundläggande kunskaper bekostas av vårdgivare.

Vårdgivare ska verka för ökat antal läkemedelsgenomgångar (basal läkemedelsgenomgång från 65 år) och arbeta för minskad förskrivning av olämpliga läkemedel.

Flera ändringar i MRE, indikatorer och ersättning, bl.a. vite för brister i telefontillgänglighet.

Hembesök viktas om vid beräkning av täckningsgrad. Målnivån för täckningsgrad höjs till 63% med avdrag i ersättningen på 1,6% för varje procentenhet under 63%.

HBT-certifiering tas bort. Ersättning för HBTQ utbildning införs.

**2016** Årliga hälsoundersökningar för medborgare med flerfunktionshinder och utvecklingsstörning.

Förtydligande om krav på hembesök och ansvarsfördelning gentemot kommunal hälso- och sjukvård, samt telefontillgänglighet under öppettider.

Avisering av kommande krav på specialistsjuksköterska (distriktssjuksköterska).

Avisering om att tidbokning on-line kan komma att införas 2016.

Krav på att regelbundet genomföra hygienronder.

Införande av stimulanspengar för utveckling inom e-hälsa.

Uppföljning av personal som genomgått utbildning i suicidprevention, ingår i MRE med målet 80%.

Ytterligare ny indikator i MRE är oplanerad återinskrivning 30 dagar efter utskrivning.

Ingen extra ersättning till annan än läkare vid hembesök, ersättning till läkare sänks per hembesök. Hembesök av annan än läkare viktas med faktor tre vid beräkning av täckningsgrad.

Ersättning för läkemedelsgenomgångar höjs.

Ersättning för certifierad diabetesmottagning införs.

Särskild ersättning för Öron-näsa-hals mottagning.

Två ersättningsnivåer för tilläggsuppdraget Äldrevårdcentraler införs.

Vid en närmare granskning av förändringar kan noteras att dessa är av olika karaktär. I flera fall avser förändringarna förtydliganden av tidigare krav och villkor. Utgångspunkten har då varit att vårdgivare tolkat krav och villkor på olika sätt, vilket gett upphov till variationer som inte motsvarat målsättningarna från regionens sida. Flera förändringar tar också utgångspunkt i nationella förändringar och andra regionala satsningar. År 2013 införs t.ex. flera förändringar som kan sättas samman med satsningar på bättre vård för mest sjuka äldre, vilket också var en nationell satsning med extra pengar till landsting och kommuner. Bättre vård för äldre, inte minst samverkan med kommuner, hembesök och andra riktade insatser, är ett vanligt inslag i förändringarna under senare år. En senare förändring år 2014 som också har nationell motsvarighet avser nya krav avseende förebyggande insatser.

År 2014 införs möjligheter för vårdcentraler att åta sig en rad nya specialiserade tilläggsuppdrag. Bakgrunden är bl.a. önskemål att en ökad andel av den specialiserade öppenvården ska kunna ske inom hälsovalet. En annan mera pragmatisk bakgrund var att befintliga avtal med privata specialistmottagningar inom gynekologi gick ut. Under år 2013-2014 infördes även andra specialiserade vårdval inom barn- och ungdomsvård, kataraktoperationer, psykoterapi, ögon- respektive hudsjukvård samt för beroendevård/LARO. Möjligheten att utveckla specialistmottagningar inom ramen för det befintliga vårdvalet i primärvården när det gäller t.ex. hjärtsvikt och gynekologisk specialistmottagning, unga vuxna och mottagning för äldre kan då ses som ett alternativ till införandet av egna separata vårdval. Även certifiering av särskilda mottagningar som astma/KOL kan ses i detta perspektiv.

Flera av de förändrade kraven och villkor syftar till att åstadkomma bättre vård för äldre. Få förändringar tar explicit utgångspunkt i bättre vård bland socioekonomisk utsatta, även om fokusering på förebyggande insatser och förändrade levnadsvanor kan ges en sådan inriktning. Bakom de olika förändringar som listas finns i många fall ett omfattande utvecklings- och utredningsarbete. Region Skåne har t.ex. arbetat sedan åtminstone 2005 med att införa ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv i vården. Detta arbete har haft sin motsvarighet i andra landsting och år 2011 utkom Socialstyrelsen med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Dessa riktlinjer beskriver vilka metoder man bör använda för att stödja patienter att förändra sina levnadsvanor. År 2013 kom Region Skånes vårdprogram för levnadsvanor som mer ingående beskriver arbetet med levnadsvanor i den kliniska vardagen. Dessa lyfts också fram i ackrediteringsvillkoren för vårdenheter inom primärvården år 2014 och 2015.

Även om inte tabell 2.1 är komplett ger den ett tydligt intryck av att krav och villkor successivt ökat i omfattning med ett trendbrott åren 2013/2014. År 2013 ökar krav som har att göra med primärvårdens ansvar för koordinering och samverkan, inte minst för sjuka äldre. År 2014 införs möjligheter för vårdcentraler att bredda sin verksamhet till olika specialiserade tilläggsuppdrag. År 2014 och särskilt år 2015 förstärks vårdcentralers ansvar för listades totala konsumtion av öppenvård genom ökade krav på täckningsgraden. De nya krav och villkor som tillkommit tar i liten grad utgångspunkt i resultatet av verksamheten. Istället för en utveckling mot ökad fokusering på resultat och högre andel målrelaterad ersättning har styrningen snarast gått i motsatt riktning. Det är vanligt att förändrade ackrediteringsvillkor ställer krav på viss ny eller förändrad aktivitet, antingen direkt eller genom att en särskild riktad ersättning införs eller successivt höjts. Exempel på helt nya krav under senare tid är t.ex. tillgång till dietist. Exempel på förändrade ekonomiska incitament är extra ersättning för hembesök samt förändrade gränsvärden när det gäller s.k. täckningsgrad. Även om flera förändringar införts när det gäller krav och villkor för verksamheten kan noteras att principerna när det gäller invånares val, ersättningen och kostnadsansvar för vårdcentraler är oförändrade.

## **2.3 PARALLELLA FÖRÄNDRINGAR AV BETYDELSE FÖR PRIMÄRVÅRDENS UTVECKLING**

En rad parallella förändringar har påverkat primärvårdens förutsättningar sedan år 2009. Dessa förändringar måste beaktas i en översyn av primärvårdens utveckling. Förändringar avser dels vårdbehoven hos skånska medborgare, dels hur den skånska vården i stort organiseras och vilka resurser som finns



tillgängliga. En komplett redovisning av alla dessa parallella förändringar är inte möjlig eller relevant inom ramen för denna rapport. Det finns emellertid anledning att peka på ett urval viktiga förändringar.

Sett till behoven finns en allmän utveckling mot att fler individer har både en och flera kroniska sjukdomar. Enligt tidigare analyser av Vårdanalys är kombinationen av kroniska sjukdomar vanligare än att patienter enbart har en kronisk sjukdom. Exempel är att patienter med diabetes ofta har en kronisk hjärta-/kärlsjukdom. Sådan samsjuklighet kan kräva kontakter med andra specialistläkare. Även om primärvårdens åtagande har ökat över tiden får många patienter även stöd från andra vårdgivare. Bland patienter med kronisk sjukdom besöker sammantaget två av tre personer både primärvård och specialistmottagning under ett år. Endast var tredje patient med kronisk sjukdom besöker enbart primärvården (Vårdanalys 2014:2). Ett annat exempel på behovet av samverkan gäller omhändertagandet av de mest sjuka äldre. Enligt tidigare analyser med data från Västra Skaraborg använder patienter med högst vårdkonsumtion i huvudsak insatser från sjukhusen och från kommunal hälso- och sjukvård, medan insatserna från primärvården är mera begränsade (HSM 2013). Remisser till närsjukvårdsteam i Skaraborg, som genomför hembesök hos äldre med omfattande vårdbehov, kommer främst från kommunal vårdpersonal eller sjukhusen och enbart i begränsad utsträckning (ca 10% av remisserna) från primärvården.<sup>3</sup> Sammantaget leder utvecklingen mot en större andel patienter med flera kroniska sjukdomar till ökade krav på primärvården, men även till ökade krav på samverkan med andra specialister och med kommunal sjukvård.

Det finns andra förändringar som är mera specifika för Region Skåne. Befolkningens ålderssammansättning skiljer sig från andra landsting i genomsnitt genom att befolkningen är jämförelsevis yngre. En stor andel av befolkningsökningen i t.ex. Malmö avser också inflyttning från andra länder utanför Europa. Det ställer särskilda krav på primärvården när det gäller vårdbehov, behov av tolkar och förståelse för kulturella skillnader. En rad förändringar har också genomförts i Region Skånes organisation, med konsekvenser för primärvård. Som tidigare noterats har flera andra vårdval införts sedan 2009, se tabell 2.2. Särskilt vårdvalen för ögon- respektive hudsjukvård har potentiella konsekvenser för primärvården, vilket diskuterats i en tidigare delrapport (delrapport 1; KEFU 2015).

---

<sup>3</sup> Personlig kommunikation med Marianne Alärd, utvecklingsledare Närvård Skaraborg. Närsjukvårdsteamerna riktas mot svårt sjuka och kroniskt instabila grupper och består av geriatriker eller internmedicinare samt sjuksköterskor och bemannas av sjukhus och kommuner i samverkan.

**Tabell 2.2 Sammanställning av vårdval och år för införande i Region Skåne.**

<b>Typ av vårdval</b>	<b>År</b>
<b>Audionommottagning</b>	2008
<b>Vårdcentral inkl. rehab</b>	2009
<b>Barnvårdcentraler</b>	2009
<b>Multimodala smärtbehandlingar</b>	2009
<b>KBT och IPT</b>	2009
<b>Barnmorskemottagning</b>	2011
<b>Barn- och ungdomstandvård</b>	2013
<b>Kataraktoperationer</b>	2013
<b>Psykoterapi</b>	2014
<b>Beroendevård/LARO</b>	2014
<b>Ögonsjukvård</b>	2014
<b>Hudsjukvård</b>	2014

En annan förändring som är specifik för Region Skåne är övergången till tre förvaltningar - Sund, Kry och SUS – år 2013. Denna övergripande organisationsförändring är av betydelse för vårdcentraler i offentlig regi. I och med övergången blev den offentliga primärvården uppdelad i tre divisioner medan man tidigare organiserades i en gemensam skåneövergripande förvaltning. Efter övergången till nya förvaltningar har också ersättningsprinciperna till sjukhusvården förändrats, med ökad betoning på fasta ersättningar och ett kostnads- snarare än ett resultatansvar för verksamheter.

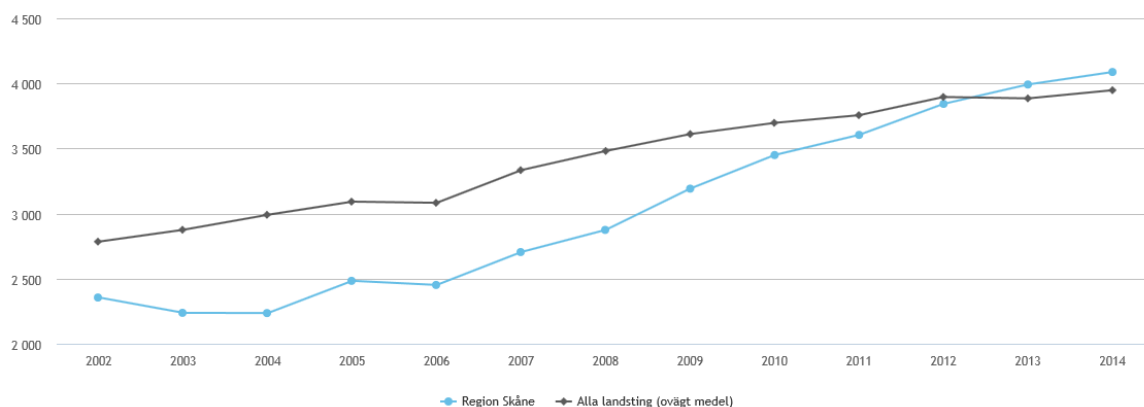
## Kapitel 3

# HUR HAR RESURSER, UTBUD OCH VÅRDPRODUKTION I SKÅNSK PRIMÄRVÅRD FÖRÄNDRATS?

I det här kapitlet redovisas den skånska primärvårdens utveckling under åren 2008 till 2015 med utgångspunkt i tillgänglig statistik och tidigare studier som beskriver förändringar i resurser, utbud, vårdproduktion och kvalitet. Redovisningen baseras i huvudsak på de uppgifter som fanns tillgängliga vid slutet av år 2015. Senast tillgängliga år varierar mellan olika jämförelser. Läkares bedömningar av verksamheten redovisas utifrån data från två enkätstudier som genomförts av Vårdanalys respektive Läkarförbundet under 2015. I särskilda fördjupningsstudier analyseras vilken betydelse CNI-ersättningen har för den primärvård som ges i Region Skåne.

### 3.1 FÖRÄNDRINGAR I FINANSIELLA OCH REALA RESURSER

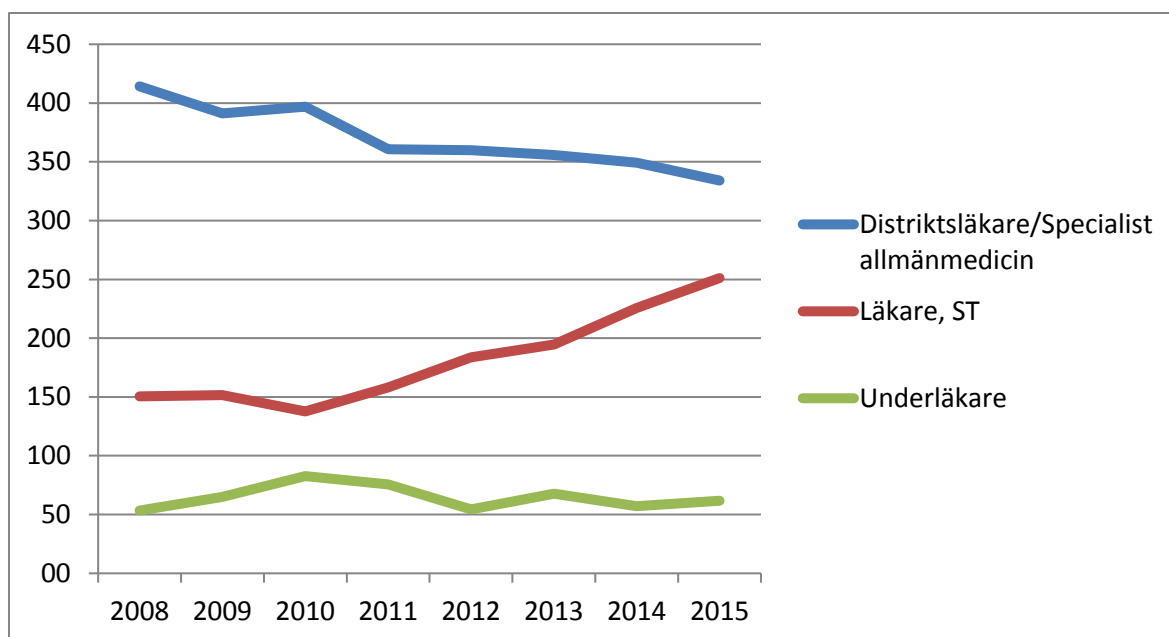
Resurser kan avse både finansiella resurser i form av pengar samt reala resurser i form av t.ex. kompetent personal och utrustning. Figur 3.1 redovisar utvecklingen av primärvårdens nettokostnader (exklusive läkemedel) per invånare i Region Skåne i jämförelse med övriga landsting. Uppgifter har hämtats från Kommun- och landstingsdatabasen KOLADA för att möjliggöra jämförelser över tiden och med andra landsting och regioner utifrån en standardiserad definition av primärvård. Som framgår har kostnaderna per invånare tidigare legat på en lägre nivå i Region Skåne. Ett trendbrott kan noteras år 2005/2007 varefter kostnaderna ökat snabbare i Region Skåne än i övriga landsting i genomsnitt. Något trendbrott vid introduktionen av vårdval 2009 kan inte noteras. Under hela perioden 2002-2014 har primärvårdens nettokostnader per invånare ökat med drygt 70 procent. Motsvarande ökning av nettokostnaderna per invånare för all hälso- och sjukvård i Skåne var enligt uppgifter i KOLADA knappt 40 procent under samma period. Beloppen i figur 3.1 omfattar mer än det primärvårdsuppdrag som ligger inom ramen för vårdcentralernas vårdval. Basersättningen enligt ackrediteringsvillkoren för Hälsoval Skåne ökade med 32 procent från 2009 till 2016.



**Figur 3.1 Nettokostnad primärvård totalt (exkl. läkemedel, inkl. primärvårdsansluten hemsjukvård), kr per invånare. (Källa: Kolada.)**

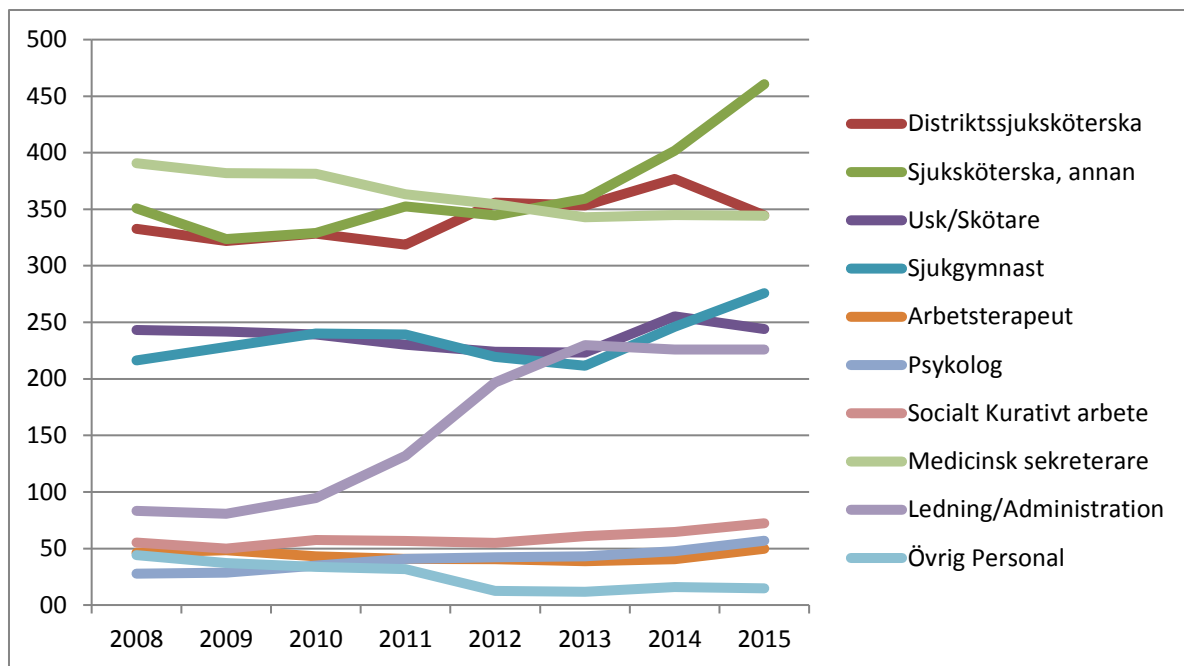
Statistik över personalutvecklingen i primärvården är i princip begränsad till offentliga vårdcentraler. När det gäller läkare i privat regi finns uppgifter baserade på enkäter med hög svarsfrekvens från senare år, men inga möjligheter till jämförelse över tiden eftersom enkäter från tidigare år haft en låg svarsfrekvens. Enligt Läkarförbundets bemanningsenkät år 2012 till både offentlig och privat regi fanns 4 784 specialistläkare i allmänmedicin omräknat till heltider i Sverige, varav 611,7 allmänläkare i Region Skåne (Läkarförbundet 2013). Enligt uppgifter från Region Skåne arbetade totalt 991,5 läkare i primärvården omräknat till heltidstjänster år 2015, varav 601 var specialistläkare (267 i privat regi), 320 ST-läkare (69 i privat regi) och 70 underläkare (8 i privat regi). Uppgifter om antal läkare i privat regi baseras på enkät med svarsfrekvens på 85 procent.

Möjligheterna till jämförelse över tiden är betydligt bättre inom offentlig verksamhet. Figur 3.2 visar utvecklingen när det gäller antal läkare i offentlig regi. Det totala antalet anställda ökade från 618 läkare år 2008 till 647 läkare år 2015; en ökning motsvarande 4,7 procent. Denna utveckling ska ställas i relation till att antalet listade hos offentliga vårdgivare minskade från 1 029 971 invånare år 2009 till 793 984 invånare år 2015; en minskning med 23 procent. Ökningen i antalet läkare i offentlig regi förklaras dock framför allt av en kraftig ökning i antalet ST-läkare medan antalet specialistläkare minskat med 19,3 procent. Som konsekvens har också andelen ST-läkare i offentlig regi ökat kraftigt; från 24 till 39 procent under perioden 2008 till 2015. Det kan jämföras med andelen ST-läkare bland privata vårdgivare som år 2015 motsvarade 20 procent av totala antalet läkare enligt Region Skånes enkät. Även om andelen ST-läkare hos privata vårdgivare ökat är andelen dubbelt så stor i offentlig regi.

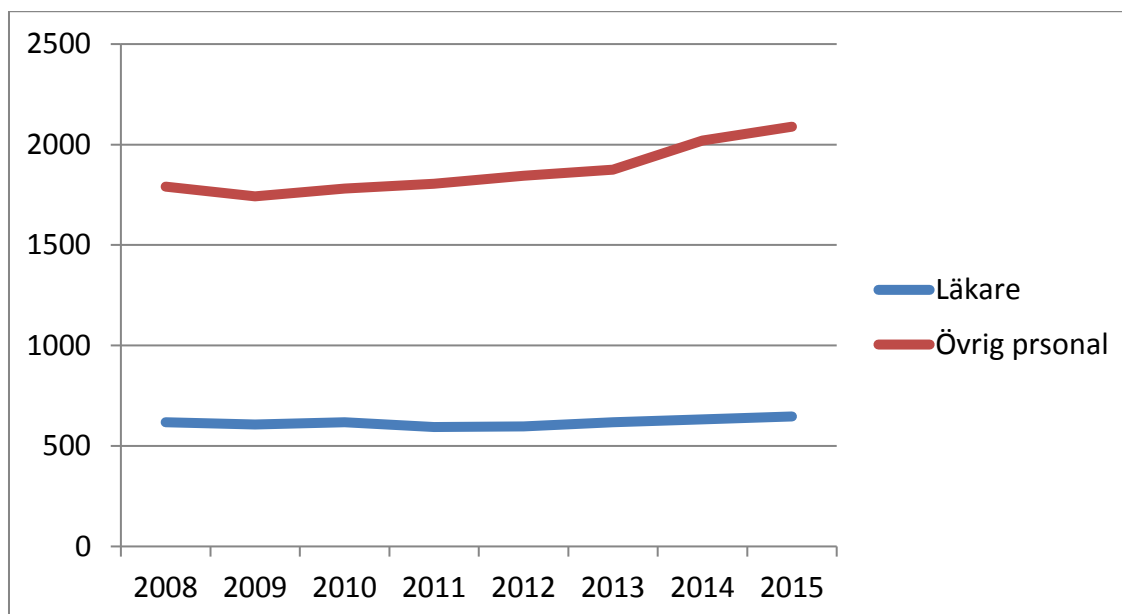


**Figur 3.2 Utvecklingen i antal läkare (heltidsekvivalenter) vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015. (Källa: Region Skåne.)**

För annan personal än läkare finns möjligheter att följa utvecklingen över tiden för olika yrkeskategorier inom offentlig regi, se figur 3.3. Motsvarande uppgifter för privat regi saknas. År 2012 gjordes en omkodning när verksamhetschefer i offentlig regi fördes över till kategorin ledningspersonal, vilket medförde en överföring från främst sjuksköterskor men även annan personal. Utvecklingen av antalet personal för ledning och administration är därför svårtolkad, även om det skett en ökning av antalet verksamhetschefer och enhetschefer på heltid i offentlig regi efter införandet av vårdval. Sett till övriga yrkeskategorier ses en ökning hos främst sjuksköterskor och sjukgymnaster, särskilt under senare år. Sammantaget är det således främst annan personal än läkare som ökat vid offentliga vårdcentraler efter införandet av vårdval, vilket framgår tydligare av figur 3.4.



**Figur 3.3 Utveckling för olika personalkategorier (exkl. läkare, heltidsekvivalenter) vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015. (Källa: Region Skåne)**



**Figur 3.4 Utveckling för läkare respektive övriga personalresurser (heltidsekvivalenter) vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015. (Källa: Region Skåne)**

Utifrån uppgifter om personalutvecklingen och hur individer i Skåne valt att lista sig på offentliga respektive privata vårdcentraler kan antal listade per olika personalkategorier beräknas. Detta blir ett övergripande mått på hur de fasta personalresurserna förändrats i relation till antal listade. Sett till övrig personal

(exklusive läkare) finns en ganska betydande ökning i offentlig regi. Antalet anställda har ökat samtidigt som antalet listade har minskat. Sammantaget har antalet listade per anställd minskat från 591 till 380 invånare, dvs. med 36 procent, se tabell 3.1.

**Tabell 3.1 Antal listade i relation till anställd personal (exklusive läkare, heltidsekvivalenter) i offentlig regi år 2009 respektive 2015. (Källa: Region Skåne)**

År	Offentlig regi
2015	
Antal listade	793 984 inv.
Anställd personal (exklusive läkare)	2 089 personal
Listade per övrig personal	380 listade per anställd
2009	
Antal listade	1 029 791 inv.
Anställd personal (exklusive läkare)	1 742 personal
Listade per övrig personal	591 listade per anställd

För läkare finns enbart uppgifter från offentlig regi som möjliggör jämförelse över tiden. Ett problem vid jämförelser av personalutvecklingen är att andelen ST-läkare ökat påtagligt. Specialistläkares handledningsansvar vid offentliga vårdcentraler har därmed ökat, vilket påverkat specialistläkarnas arbetsbelastning. Samtidigt är ST-läkare en resurs i vårdproduktionen. I en alternativ beräkning av antal listade per läkare har specialistläkare och 50 procent av antalet ST-läkare tagits med i underlaget. Andelen 50 procent är en mycket grov uppskattning baserad på uppgifter att ST-läkare i allmänmedicin tillbringar ungefär 60 procent av sin arbetstid på vårdcentralen (resterande tid är randning inom andra specialiteter) men då kräver handledning och tar emot färre och enklare patientbesök i genomsnitt jämfört med en färdig specialistläkare.

Som framgår av tabell 3.2 har antalet listade per läkare minskat i offentlig regi, både för listade per specialistläkare (- 9,7%) men främst för listade per specialistläkare inklusive en korrigering med 50% av antalet ST-läkare (- 21,5%). Uppgifter från Region Skånes enkät till privata vårdcentraler år 2015 visar att

antalet listade per specialistläkare på privata vårdcentraler i genomsnitt är lägre än i offentlig regi. Däremot är skillnaderna små när det gäller listade per specialistläkare och en korrigering med 50% av ST-läkare.

**Tabell 3.2: Antal listade i relation till antalet läkare (olika mått, heltidsekvivalenter) år 2009 respektive 2015. (Källa: Region Skåne)**

År	Offentlig regi	Privat regi
2015		
Antal listade	793 984 inv.	505 206 inv.
Specialist-/distriktsläkare	334 specialistläkare	267 specialistläkare
Listade per specialistläkare	2 377 listade per specialist	1 892 listade per specialist
Specialistläkare inkl 50% ST	459 specialistläkare inkl 50% ST	301 specialistläkare inkl 50% ST
Listade per specialist + ST	1 730 listade per läkare (justerat)	1 678 listade per läkare (justerat)
2009		
Antal listade	1 029 791 inv.	174 915 inv.
Specialist-/distriktsläkare	391 specialistläkare	
Listade per specialistläkare	2 634 listade per specialistläkare	Inga uppgifter
Specialistläkare inkl 50% ST	467 specialistläkare inkl 50% ST	
Listade per specialist + ST	2 205 listade per läkare (justerat)	

Redovisningen i tabell 3.2 omfattar enbart anställda allmänläkare och ST-läkare uttryckt som heltidsekvivalenter och t.ex. inte kostnader för hyrläkare. Sett till



tidigare uppgifter från Läkarförbundets enkät år 2012 hade Region Skåne fler listade invånare per heltidsarbetande fast specialistläkare och läkare på längre vikariat än flertalet andra landsting; 2 051 listade per specialistläkare jämfört med 1 952 listade för riket i genomsnitt. Rangordningen jämfört med andra landsting hade inte heller förändrats jämfört med motsvarande uppgifter från år 1998. Trots den relativa knappheten i antal allmänläkare år 2012 fann Läkarförbundet uppgifter som indikerade att Region Skåne använde stafett-/hyrläkare i lägre grad än de flesta andra landsting. Kostnader för hyrläkare bland offentliga vårdcentraler i Region Skåne har dock ökat från 74 miljoner kronor år 2012 till 130 miljoner kronor år 2015. Även om kostnaderna för hyrläkare nästan fördubblats under dessa tre år utgör de fortfarande en mindre andel av vårdcentralernas totala utgifter, ungefär 4 procent.

Kostnader för hyrläkare har ökat även i andra landsting och utgör i flera landsting ett större problem än i Region Skåne. Sett till resultat som redovisas i den senaste enkäten från Läkarförbundet (avseende år 2015) identifieras fyra olika grupper när det gäller läkarbemanning och förekomsten av vakanser. En första grupp landsting där flertalet läkare arbetade på vårdcentraler som var fullt eller nästan fullt bemannade (dvs. hade få vakanser) var Stockholm, Uppsala, Östergötland och Västmanland. En andra grupp landsting, där en majoritet av specialistläkarna som svarade på enkäten arbetade på väl bemannade vårdcentraler, var Värmland, Kalmar, Halland, Västra Götaland, Skåne, Jönköping, Jämtland och Norrbotten. Landsting där en minoritet av specialistläkarna arbetade på vårdcentraler som var väl bemannade var Kronoberg, Västernorrland, Gotland, Blekinge och Gävleborg. Landsting med den högsta andelen vårdcentraler som hade omfattande vakanser var Dalarna, Örebro, Sörmland och Västerbotten.

### **3.2 FÖRÄNDRINGAR I UTBUD OCH ANTAL BESÖK PER INVÅNARE**

Introduktionen av hälsoval Skåne har inneburit en etablering av fler privata vårdcentraler och att allt fler invånare succesivt valt att lista sig på dessa. Sett till den samlade utvecklingen ökade antalet vårdcentraler med ungefär 17 procent de första tre åren med hälsoval Skåne (Konkurrensverket 2012:2). Ökningen förklaras i stort sett helt av fler privata vårdcentraler. Under senare år har antalet ackrediterade vårdcentraler legat på en ganska stabil nivå; kring 150 vårdcentraler.

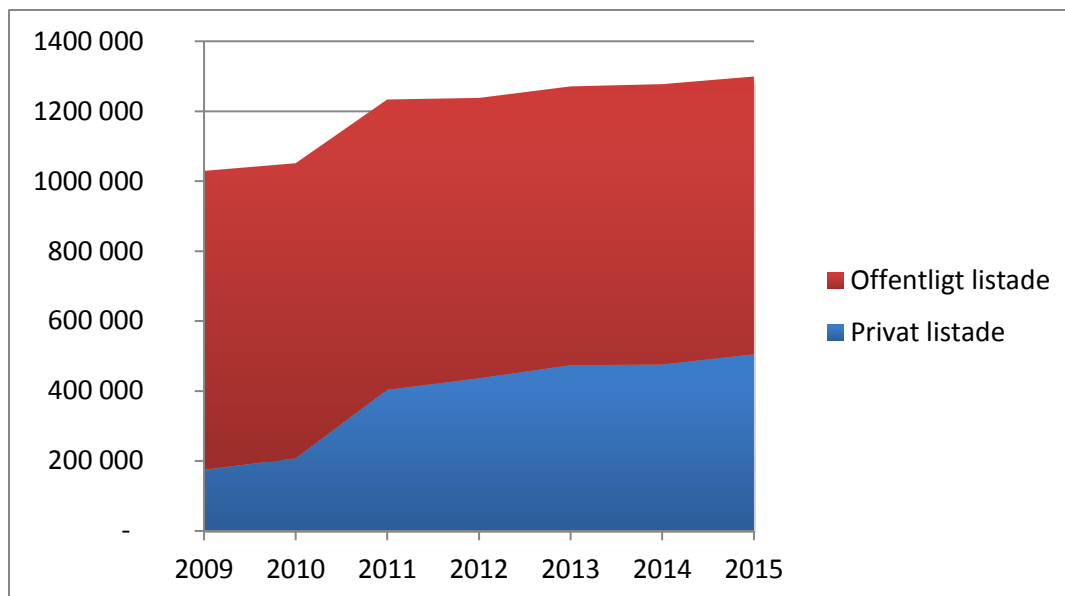
Under år 2014 inrättades möjligheter för vårdcentraler att utveckla särskilda tilläggsomtagningar med fokus på viss kompetens och/eller patientgrupp inom områdena hjärtsvikt, unga vuxna, mottagning för äldre samt gynekologisk

specialistmottagning. En annan förändring samma år var möjlighet till certifiering av mottagning för astma/KOL. Under 2016 tillkom särskild ersättning för Öron-Näsa-Hals (ÖNH) mottagning och certifiering av diabetesmottagning. Frånsett mottagning för äldre och att många vårdcentraler valt att certifiera mottagning för astma/KOL har intresset för att utveckla särskilda mottagningar varit svalt, se tabell 3.3. Det finns också systematiska skillnader mellan offentlig och privat regi. Medan en större andel offentliga vårdcentraler inrättat mottagning för unga vuxna och hjärtsvikt dominerar privata vårdcentraler när det gäller gynekologisk mottagning.

**Tabell 3.3 Särskilda mottagningar vid olika vårdcentraler i Region Skåne som påbörjat verksamheten senast 1 maj 2016. (Källa: Region Skåne)**

Område	Antal vårdcentraler	Antal offentliga vårdcentraler (andel)	Antal privata vårdcentraler (andel)
Äldremottagning	85	54 (64%)	31 (36%)
Hjärtsvikt	23	17 (74%)	6 (26%)
Unga vuxna	19	13 (68%)	6 (32%)
Gynekologisk mottagning	18	2 (11%)	16 (89%)
ÖNH (start 2016)	1	1 (100%)	0

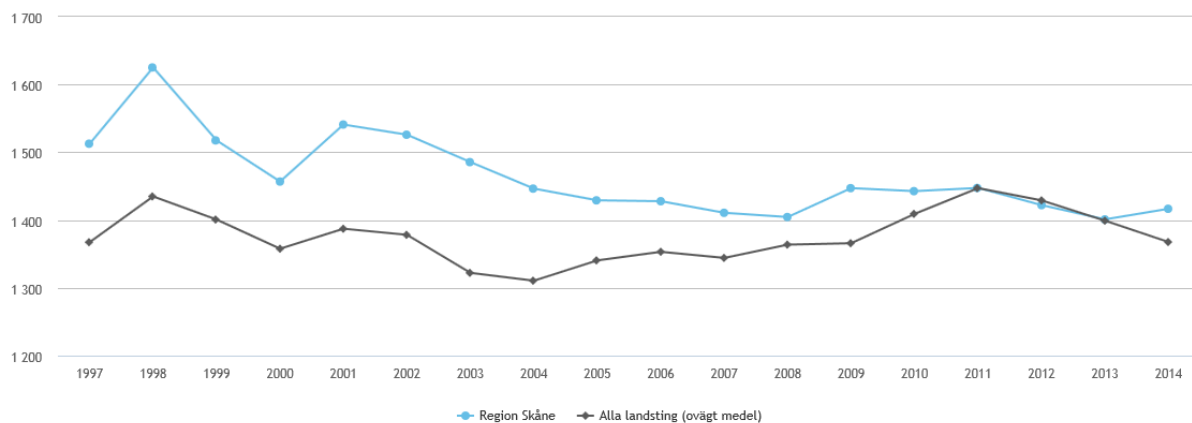
De befintliga privata vårdcentralerna har fortsatt att växa i betydelse mätt som andel av listade invånare. Andelen av befolkningen som är listad vid privat vårdcentral har ökat från 17 procent år 2009 till 39 procent år 2015, se figur 3.5.



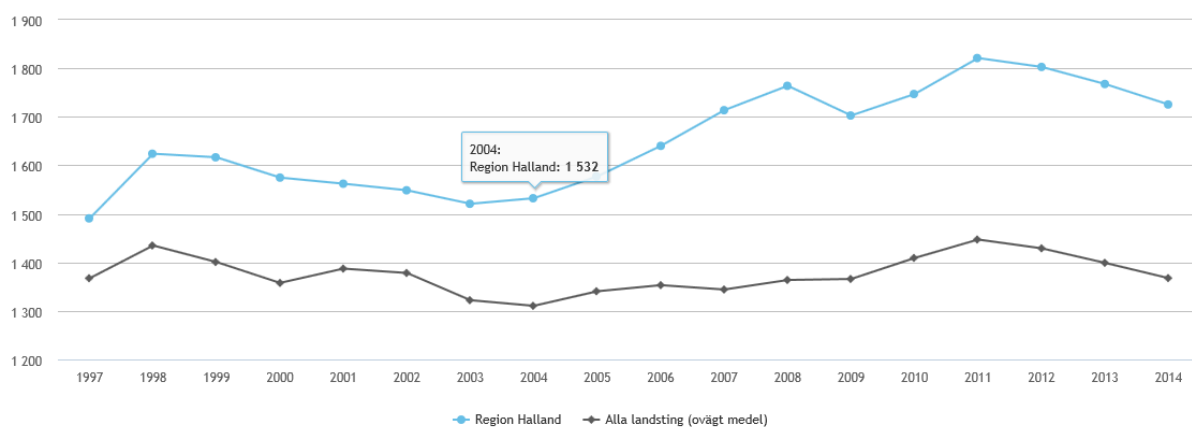
**Figur 3.5 Antal listade invånare vid privata och offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2009-2015. (Källa: Region Skåne.)**

Även om antalet vårdcentraler har ökat så är antalet registrerade besök<sup>4</sup> hos läkare i primärvården per invånare i stort sett oförändrat sett till hela perioden efter införandet av vårdval, se figur 3.6. År 2009 sker en ökning i antalet besök, men efter 2011 finns snarast en tendens till minskat antal läkarbesök per invånare som följer samma trend som utvecklingen under åren 2001 - 2008. Samma mönster, med ett minskat antal läkarbesök per invånare under senare år kan noteras i andra landsting, om än från olika nivåer. I Halland ökade antalet besök från 2004/2005, dvs. före introduktionen av vårdval 2007, se figur 3.7. På samma sätt som i Skåne och andra landsting finns en nedgång från år 2011. I Västra Götaland ses en förhållandevis kraftig uppgång åren 2009-2011 som kan kopplas samman med introduktionen av vårdval, men även än tydligare nedgång från 2011, se figur 3.8. För både Halland och Västra Götaland är den absoluta nivån på antalet läkarbesök per invånare över nivån i Region Skåne.

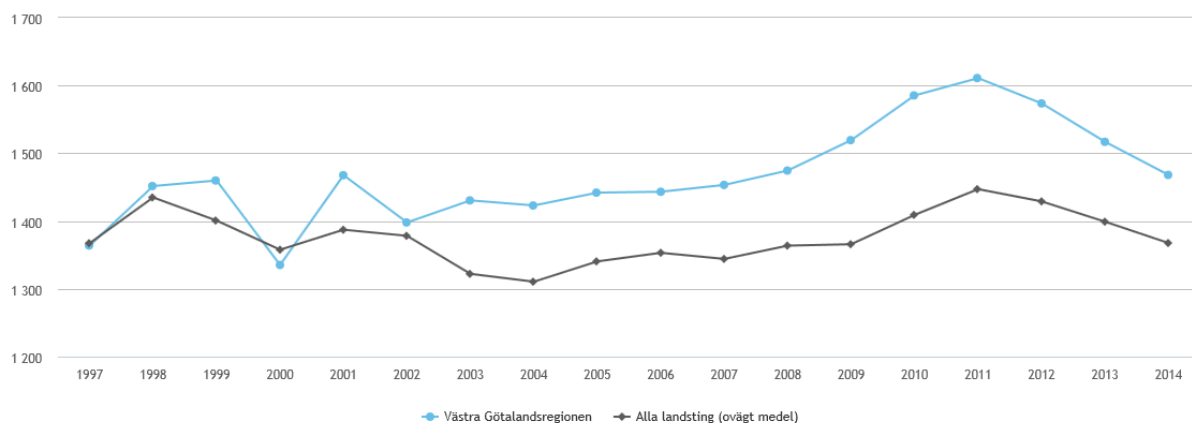
<sup>4</sup> Avser vårdkontakt som innebär personligt möte mellan patient och läkare som dokumenterats i patientens journal.



**Figur 3.6** Läkarpbesök primärvård i Region Skåne respektive övriga landsting, antal per 1 000 invånare. (Källa: Kolada.)

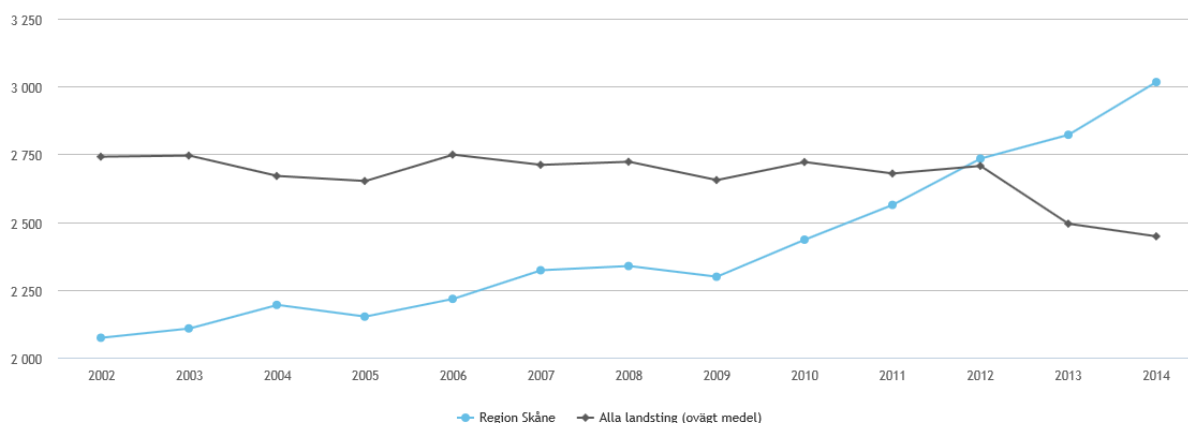


**Figur 3.7** Läkarpbesök primärvård i Halland respektive övriga landsting, antal per 1 000 invånare. (Källa: Kolada.)



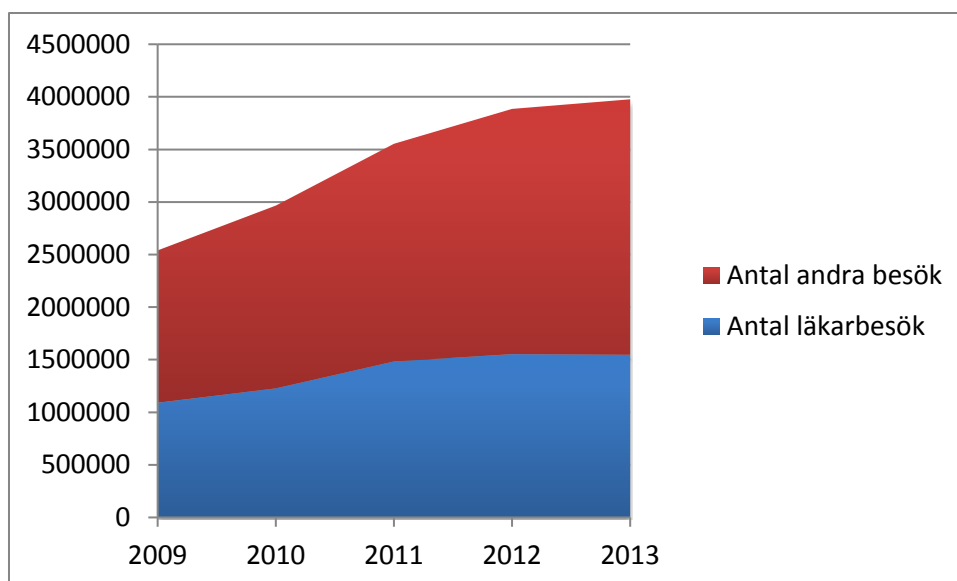
**Figur 3.8** Läkarpbesök primärvård i Västra Götalandsregionen respektive övriga landsting, antal per 1 000 invånare. (Källa: Kolada.)

En påtaglig brist i tillgänglig statistik och jämförelser är att de ofta fokuserar utvecklingen vad gäller läkarbesök. Detta är särskilt bekymmersamt för att bedöma utvecklingen i Region Skåne. Antal besök per invånare hos andra personalkategorier i primärvården i Region Skåne har ökat påtagligt med 33 procent under åren 2009-2014, se figur 3.9. Ökningen kan kopplas samman med den resursförstärkning i övrig personal bland vårdcentraler i offentlig regi som tidigare redovisats. För andra landsting noteras en stabil nivå på antalet besök sedan 2002 med en minskning under de allra senaste åren. Den minskningen kan dock förklaras av att hemsjukvården flyttats över i kommunal regi i flera landsting. Den absoluta nivån påverkas av vilka verksamheter som ingår i primärvården alternativt organiseras inom övrig specialiserad vård, vilket kan variera över tiden och mellan landsting. Även i Halland och Västra Götalandsregionen (ej redovisat i figurer) är förändringarna små och det finns ingen tydlig trend att antalet besök per invånare hos annan vårdpersonal i primärvården än läkare ökar eller minskar efter införande av vårdval.



**Figur 3.9 Besök primärvård (exklusive läkarbesök) i Region Skåne respektive övriga landsting, antal per 1 000 invånare. (Källa: Kolada.)**

Ökningen i volymen besök hos andra än läkare framgår tydligare av figur 3.10 som visar utvecklingen av det totala antalet besök hos läkare respektive andra personalkategorier vid alla vårdcentraler i Region Skåne. Det totala antalet besök ökade från 2,5 till 4 miljoner mellan år 2009 – 2013. Samtidigt har andelen läkarbesök minskat från 43 till 39 procent under samma period. Det finns förhållandevis stora och delvis systematiska variationer i andelen läkarbesök vid olika vårdcentraler. Andelen läkarbesök uttryckt som procent av alla besök var år 2013 i genomsnitt lägre för offentliga vårdcentraler jämfört med privata (36 vs. 43 %). Samtidigt var variationerna större bland privata vårdcentraler (9-100%) jämfört med offentliga vårdcentraler (14-63%).



**Figur 3.10 Antal läkarbesök respektive besök hos andra personalkategorier år 2009-2013, alla vårdcentraler i Region Skåne. (Källa: Region Skåne.)**

Konsekvenser av införandet av vårdval kan inte enbart bedömas utifrån hur antalet vårdkontakter per invånare utvecklats. Av stor betydelse är hur vårdkontakterna fördelas i befolkningen, om det sker efter behov oberoende av individers förutsättningar i övrigt. Det finns få tidigare studier av fördelningsmönstren i Region Skånes primärvård efter införandet av vårdval. De studier som finns publicerade för Region Skåne och även för andra landsting har fokuserat läkarbesök. Det är en stor brist sett till utvecklingen i skånsk primärvård där det främst är besöken hos annan vårdpersonal som ökat.

Ökningen i antalet läkarbesök under det allra första året med hälsoval Skåne har analyserats i två tidigare studier (Beckman, Anell 2013a, 2013b). Sammanfattningsvis ökade andelen invånare som besökte primärvården samt antalet läkarbesök per invånare mellan år 2008 och 2010 oberoende av ålder och inkomstgrupper. Ökningen i antalet besökare varierade dock mellan olika åldrar och beroende på inkomst, med störst ökning bland äldre (>65 år) med en inkomst över median. I en senare studie av fördelningen av läkarbesök i befolkningen 2007-2008 i jämförelse med 2010-2011 i Region Skåne och Västra Götalandsregionen redovisad i en rapport från Riksrevisionen (RRV 2014), framkom att antalet besökare till läkare i primärvården snedfördelats till nackdel för patienter med större behov efter införandet av vårdval. Som konstateras i RRVs rapport kan man utifrån dessa resultat dock inte dra slutsatsen att patienter med större behov i högre grad blivit utan vård efter införandet av vårdval. Vissa äldre patienter kan ha placerats i särskilt boende där insatser från läkare inte registreras som läkarbesök. En annan möjlighet är att vårdkontakterna i högre grad sker med sjuksköterskor. Studien har även kritiserats från Västra

Götalandsregionen utifrån antaganden om en oförändrad sjuklighet för individer mellan de studerade åren.<sup>5</sup> I en alternativ analys med beaktande av förändringar i sjukligheten kunde någon undanträngning av patienter med stora vårdbehov inte identifieras i Västra Götaland (Västra Götalandsregionen 2014).

Vårdanalys har i samarbete med forskare från Karolinska Institutet genomfört flera andra analyser av vårdvalets fördelningseffekter utifrån data från Stockholm, Östergötland och Västra Götalandsregionen (Vårdanalys 2014:3, 2015:6). Sammanfattningsvis finns få indikationer på absolut undanträngning även om det inte kan uteslutas för exempelvis små patientgrupper. Fördelningseffekter utifrån socioekonomiska faktorer visar delvis olika resultat även om studier i Stockholm, liksom tidigare i Skåne, tyder på att invånare med högre inkomster fått fler fördelar med vårdval. Fördelningseffekterna av vårdval tycks i liten utsträckning påverkade av hur vårdvalssystemen är utformade. I Stockholm finns erfarenheter att ersättningsprinciperna genererat en större ökning i volymen besök. Sett till fördelningen av besök i befolkningen med avseende på behov finns dock i huvudsak samma tendenser i de olika landsting som studerats oavsett hur vårdgivare ersätts.

### **3.3 VAD ANSER PATIENTERNA OM TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET?**

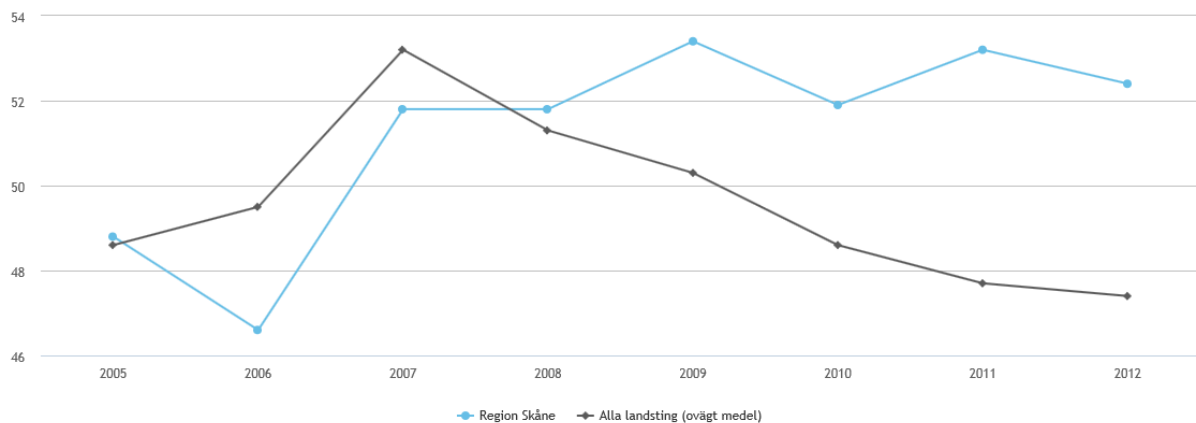
Statistik på utvecklingen av volymen vårdkontakter har påtagliga brister om ambitionen är att analysera utvecklingen av primärvårdens kvalitet i form av utfall för patienterna. Besökens längd och innehåll kan variera. Benägenheten att ha kontakter med patienter via exempelvis telefon, mail och att registrera alla kontakter i patienters journaler kan variera beroende på hur vårdcentraler ersätts. Kontakter inom teamet, t.ex. mellan läkare och sjuksköterskor, registreras inte alls men kan vara av stort värde för patienterna.

Förändringar i primärvårdens kvalitet avseende utfall för patienterna är svårare att följa upp beroende på att tillgänglig och jämförbar data saknas. En möjlighet till uppföljning ges via de uppgifter som finns i kvalitetsregister över vanliga kroniska sjukdomar som vårdas i primärvården. Figur 3.11 visar utvecklingen när det gäller andel primärvårdspatienter 80 år och yngre med diabetes som når mål för blodsockervärde ( $HbA1c < 52$  mmol/mol). Som framgår finns en bättre utveckling i Region Skåne jämfört med övriga landsting. Detta står i kontrast till en studie med data från Region Skåne som visar att kontinuitet och antalet

---

<sup>5</sup> Studien i RRVs rapport gör antagandet att det är osannolikt att ett större antal patienter skulle ha tillfrisknat under perioden eftersom de flesta hade en eller flera kroniska sjukdomar i början av perioden.

läkarkontakter med diabetespatienter i Malmö har minskat sedan införandet av hälsoval (Tillman, Beckman, 2015). Det är möjligt att kvaliteten inom diabetesvården kunnat upprätthållas genom annan personal i form av diabetessköterska. Jämförelser över tiden och mellan vårdcentraler påverkas dock av registreringspraxis inklusive täckningsgrad. Det går därför inte att dra några slutsatser om kvalitetsutvecklingen utifrån uppgifter i kvalitetsregister utan att kontrollera för skillnader i registerpraxis över tid och mellan landsting.



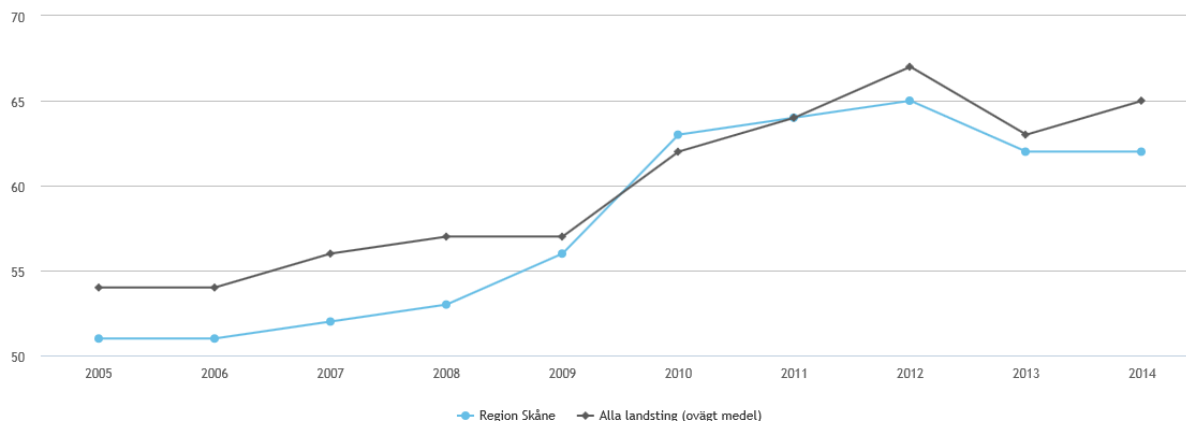
**Figur 3.11 Andel patienter med diabetes i primärvården (<81 år) som når mål för blodsockervärde (HbA1c < 52 mmol/mol) för Skåne och övriga landsting, enligt registreringar i Nationella Diabetesregistret, NDR. (Källa: Kolada / Nationella Diabetesregistret, NDR.)**

Indikatorer som används inom ramen för målrelaterad ersättning i primärvården ger ytterligare underlag för att bedöma utvecklingen. En positiv utveckling kan ses när det gäller flera insatser mot äldre, såsom läkemedelsgenomgångar och individuella vård- och omsorgsplaner. Tidigare studier med data från Region Skåne har dock visat att effekterna av dessa aktiviteter på äldres konsumtion av vård i Region Skåne är osäker (Anell, Glenngård 2014). Utvecklingen när det gäller läkemedelsbehandling till äldre uppvisar för många indikatorer långsiktiga förbättringar som påbörjades redan före introduktionen av vårdval. Det gäller exempelvis äldre med läkemedel som bör undvikas. Andra områden med positiv utveckling är exempelvis penicillin V som förstahandsval vid förskrivning av antibiotika till barn med luftsvägsinfektioner. Andra studier som inkluderar data från Region Skåne har dock visat en tydligare effekt i landsting som använt denna indikator inom ramen för målrelaterad ersättning (Ellegård m.fl. 2015).

Uppföljning av medborgares erfarenheter respektive patientupplevd kvalitet genom nationella enkäter ger ytterligare möjligheter att följa primärvårdens utveckling över tiden och mellan landsting. Sett till uppgifter från Vårdbarometern kan noteras att den skånska befolkningens förtroende för primärvården har ökat sedan införandet av hälsoval Skåne. De senaste åren finns

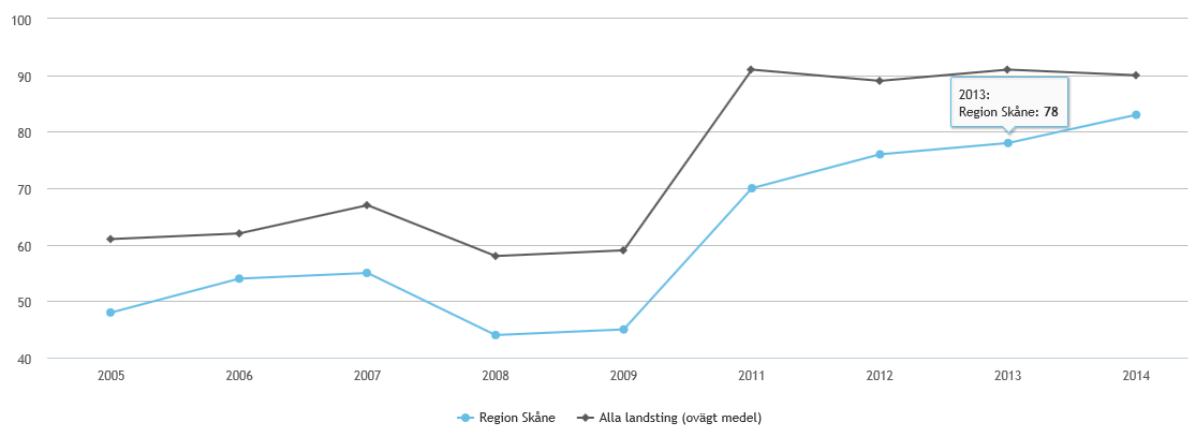


dock snarast ett minskat förtroende, även om förtroendet fortfarande är väsentlig högre än före vårdvalets införande. Motsvarande utveckling återfinns även i andra landsting, se figur 3.12. Den positiva effekten av vårdval på medborgarnas förtroende för primärvården har också visats i andra studier (Vårdanalys 2014:3).



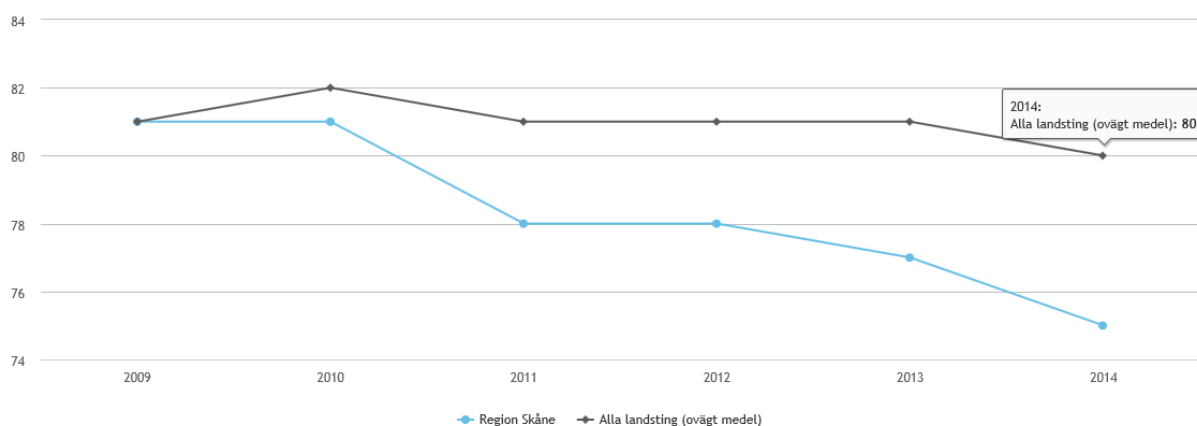
**Figur 3.12 Andel invånare som har stort förtroende för vården vid vårdcentraler i Region Skåne och övriga landsting enligt Vårdbarometern. (Källa: Kolada / Vårdbarometern.)**

Sett till patientupplevd kvalitet ger den Nationella patientenkäten bra möjligheter till jämförelser över tid och mellan landsting. Det finns dock begränsade möjligheter att jämföra utvecklingen före och efter införandet av vårdval i Region Skåne år 2009. Det finns en tydlig positiv utveckling efter år 2009 när det gäller andel patienter som anser att det är lätt att komma i kontakt med vårdcentral per telefon, både i Skåne och i övriga landsting, se figur 3.13. Efter 2011 har denna tillgänglighet förbättrats i långsammare takt. Bakom dessa genomsnittliga siffror kan dock uppfattningarna bland patienter variera. I en tidigare nationell enkätstudie av Vårdanalys år 2013 framgick att ungefär hälften av befolkningen inte upplevt någon skillnad i tillgänglighet till primärvård (via besök, telefon eller mail) efter vårdvalets införande (Vårdanalys 2014:3). Ungefär 20 procent av befolkningen ansåg att tillgängligheten blivit mycket eller något bättre, medan 10 procent ansåg att tillgängligheten blivit mycket eller något sämre. Det fanns inte några större skillnader i uppfattningar beroende på kön, ålder, utbildning eller inkomst. En något högre andel bland kvinnor respektive invånare 60-79 år tyckte dock att tillgängligheten blivit mycket eller något bättre än tidigare. Bland invånare med enbart grundskoleutbildning var det något fler som inte uppfattade någon skillnad.



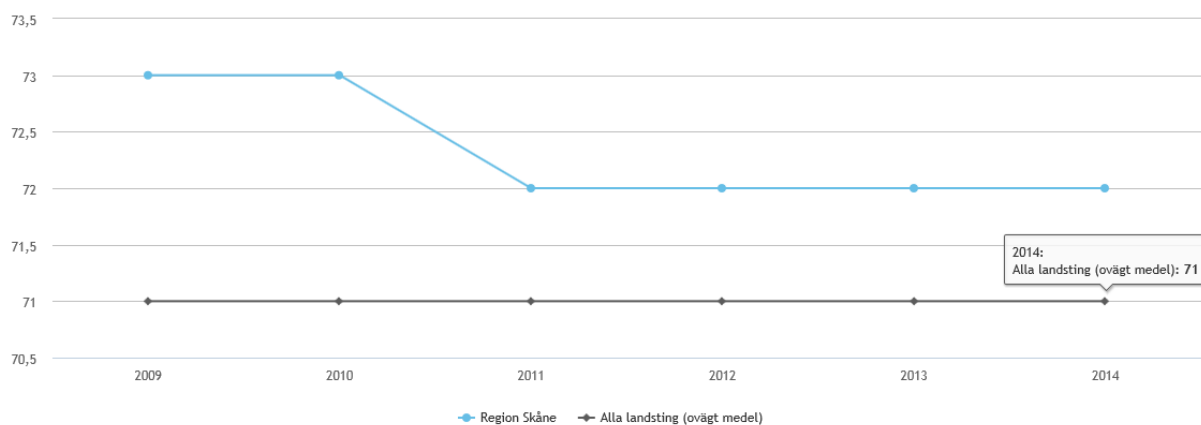
**Figur 3.13 Andel patienter som anser att det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentral. (Källa: Kolada / Nationell Patientenkät.)**

För många frågor i nationell patientenkät finns enbart uppgifter från åren efter 2009. Sett till patienters svar på frågan ”Vad anser du om tiden du fick vänta?” finns t.ex. inga uppgifter före 2009. Som framgår av figur 3.14 finns dock en negativ trend för Region Skåne efter 2010.



**Figur 3.14 Patientupplevd kvalitet avseende ”vad anser du om tiden du fick vänta?” i primärvården (index). (Källa: Kolada / Nationell Patientenkät.)**

Motsvarande begränsningar att följa utvecklingen över tiden finns avseende patientupplevt helhetsintryck. Förändringarna efter år 2009 är marginella, både i Region Skåne och bland övriga landsting, se figur 3.15. Tidigare analyser visar att införandet av vårdval kan ha haft en större effekt på den patientupplevda kvaliteten i områden med högre grad av konkurrens i form av fler vårdcentraler (Vårdanalys 2014:3) vilket inte framgår av de genomsnittliga siffror som redovisas i nationell patientenkät.



**Figur 3.15 Patientupplevd kvalitet avseende helhetsintryck av den vård/ behandling man fick (index). (Källa: Kolada / Nationell Patientenkät.)**

Sammantaget ger tillgänglig statistik och studier intryck av att införande av vårdval främst förbättrat befolkningens förtroende för primärvården. Även tillgängligheten har utvecklats positivt för flertalet invånare. Samtidigt som införandet av vårdval haft en positiv effekt för flertalet invånare på kort sikt är utvecklingen efter 2010 mera osäker. Dessa utvecklingslinjer avser genomsnittet för alla Region Skånes vårdcentraler. Utvecklingen för enskilda vårdcentraler och grupper av vårdcentraler kan anta ett annat mönster. Tidigare studier med data från Region Skåne har visat att patientupplevd kvalitet varierar beroende på både strukturella faktorer och faktorer som har att göra med vårdcentralens organisation och arbetsformer (Glenngård 2015, Glenngård, Anell 2015). Högre CNI-tyngd samvarierar med lägre patientupplevd kvalitet, liksom att högre ACG-tyngd samvarierar med högre patientupplevd kvalitet. Kontrollerat för dessa faktorer finns också en samvariation mellan högre patientupplevd kvalitet och mindre vårdcentraler (färre listade) respektive vårdcentraler med högre andel läkarbesök. Medan tidigare studier med data från år 2010 inte visade några signifikanta skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler visar analyser med data från 2012-2013 att privata vårdcentraler i genomsnitt har högre patientupplevd kvalitet än offentliga. En sådan skillnad beroende på driftsform skulle exempelvis kunna förklaras av att privata vårdcentraler har tydligare ekonomiska incitament att vara lyhörda mot patienters önskemål så att de inte väljer någon annan vårdcentral.

### **3.4 VAD ANSER LÄKARNA OM RESURSER, TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET?**

Ett alternativt sätt att belysa primärvårdens tillgänglighet och kvalitet är att fråga vårdpersonalen om deras bedömningar. Enligt en enkät till läkare i primärvården genomförd av Läkarbundet år 2015 stämmer läkares och patienters bedömningar

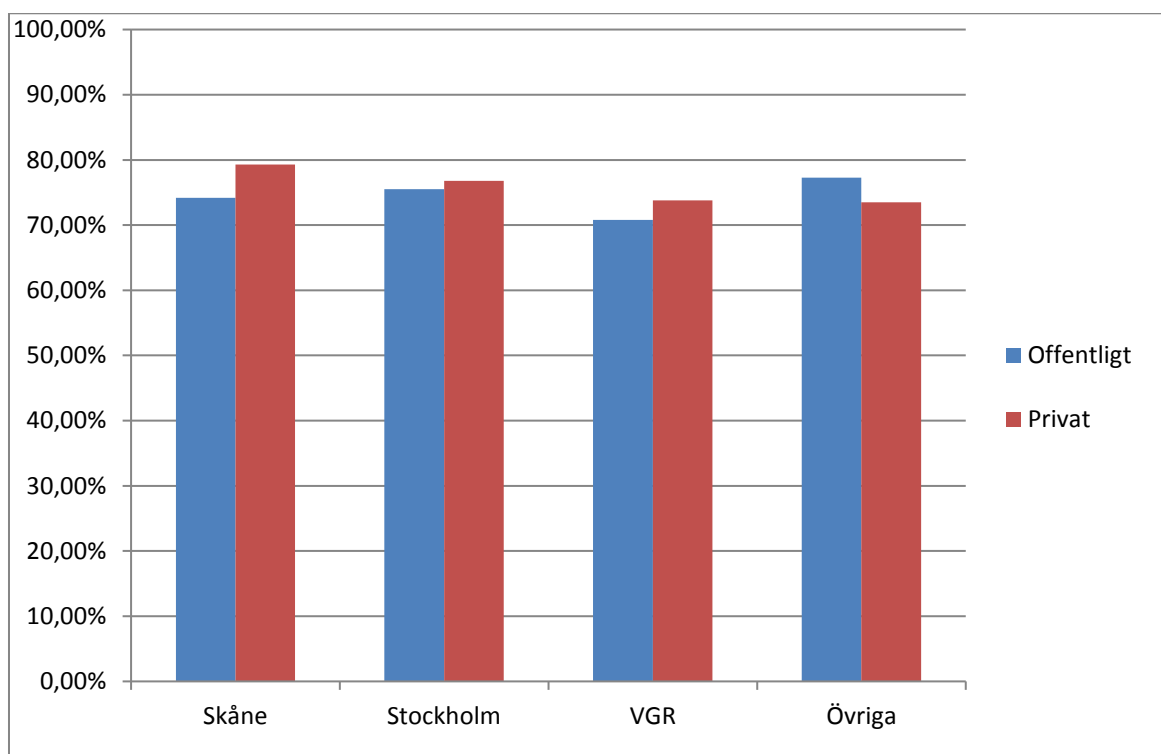
mycket bra överens (Läkarförbundet 2016). De vårdcentraler som patienter bedömer som bra respektive mindre bra avseende tillgänglighet respektive om man skulle rekommendera vårdcentralen till någon annan bedöms på samma sätt av de läkare som faktiskt är verksamma på berörda vårdcentraler. På så sätt kan enkätfrågor till både läkare och patienter användas för att verifiera resultat när det gäller kvalitet, eller att läkares bedömningar kan användas som indikator för den kvalitet som patienter upplever när det gäller exempelvis tillgänglighet. I andra avseenden är frågor till vårdpersonal mera relevant än till invånare och patienter. Det gäller frågor om resurser är anpassade till uppdraget, om patienter behandlas jämlikt oavsett förutsättningar, om resurser fördelas efter behov och hur kommunikationen med andra vårdgivare fungerar.

För att belysa vårdpersonalens uppfattningar om verksamhetens kvalitet redovisas i det här avsnittet resultat från två olika nationella enkätundersökningar år 2015 genomförda av Läkarförbundet respektive Vårdanalys. Båda enkäterna riktas mot allmänläkare och ST-läkare i primärvården, dock med olika urval. I Läkarförbundets studie redovisas resultaten uppdelat per landsting i de rapporter som publicerats (Läkarförbundet 2015, 2016). De jämförelser som redovisas i den här rapporten hämtas därför direkt från Läkarförbundets publicerade rapporter. Sammanlagt besvarade 3 953 läkare Läkarförbundets enkät, varav 587 svar avser Region Skåne (32% ST-läkare). Den sammanlagda svarsfrekvensen var 62 procent för offentliga vårdcentraler och 57 procent för privata vårdcentraler. I Vårdanalys rapport (Vårdanalys 2015:9) finns ingen jämförelse mellan landsting. Den jämförelse som redovisas i den här rapporten baseras istället på en specialbeställning av data från enkätundersökningen. Denna specialbeställning har möjliggjort jämförelse av skillnader mellan Region Skåne, Stockholm, Västra Götalandsregionen och övriga landsting, samt även skillnader mellan läkare verksamma i privat respektive offentlig regi. Jämförelsen utifrån Vårdanalys enkät baseras på svar från 418 läkare i den skånska primärvården (34% i privat regi), 642 läkare i Stockholm (59% i privat regi), 467 läkare i Västra Götalandsregionen (31% i privat regi) samt 1 378 läkare i övriga landsting (30% i privat regi). Svarsfrekvensen var sammantaget 46,5 procent. Andel ST-läkare bland svaren var 28 procent.

Mot bakgrund av tidigare redovisade skillnader i läkarresurser mellan privat och offentlig regi i Region Skåne (se avsnitt 3.1) är det intressant att jämföra läkares olika syn på möjligheter och begränsningar när det gäller att uppfylla sitt uppdrag inom primärvården. Det är också intressant att jämföra Region Skåne med andra landsting där både läkarresurser och primärvårdens uppdrag kan variera.

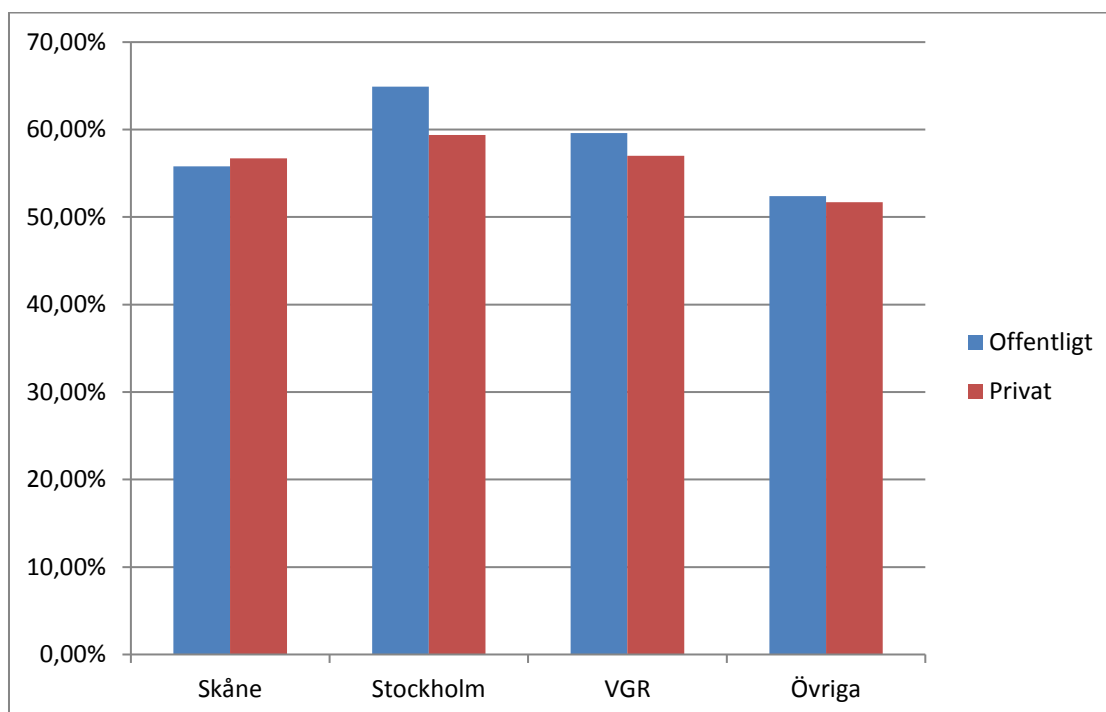
Eftersom det finns fler allmänläkare per invånare i Stockholm än i Skåne och Västra Götaland kan man anta att läkarna där anser sig ha bättre möjligheter att uppfylla sitt uppdrag. Det kan gälla möjligheter att erbjuda en fast läkarkontakt till befolkningen och att koordinera den vård som ges av andra. Å andra sidan kan även utformningen av vårdvalssystemen påverka uppfattningarna. I detta avseende finns likheter mellan Region Skåne och Västra Götalandsregionen, som både har en fast ersättning per listad individ som justeras utifrån ACG och CNI i jämförelse men en högre andel rörlig ersättning i Stockholm. Vårdcentraler i Region Skåne och Västra Götalandsregionen har också ett bredare uppdrag och kostnadsansvar än mottagningar i Stockholm. Det finns dock även en mängd andra faktorer som kan påverka uppfattningarna på olika sätt, däribland olika krav och förväntningar från befolkningen.

En generell fråga som kan antas spegla både resurstillgång, arbetsbelastning och former för styrning och uppföljning är andelen läkare som är nöjda med att arbeta som läkare. Som framgår av figur 3.16 finns små variationer mellan landsting och beroende på driftsform. Andelen nöjda läkare är högst bland läkare som arbetar i privat regi i Skåne. I både Skåne och Västra Götalandsregionen är andelen lägre i offentlig jämfört med privat regi medan det omvända förhållandet råder i övriga landsting. I Stockholm finns i stort sett inga skillnader beroende på driftsform.



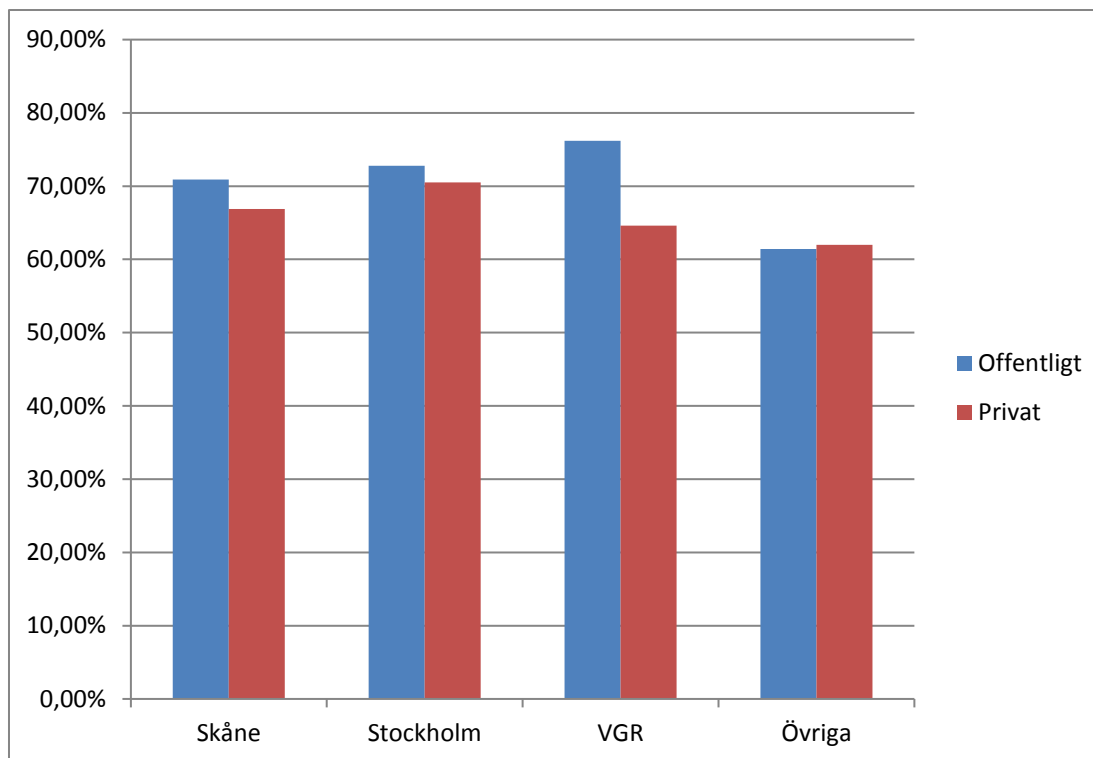
**Figur 3.16** Andel allmänläkare samt ST-läkare (%) som är mycket nöjda eller nöjda med att arbeta som läkare. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)

Andelen läkare som är nöjda med sitt val av arbete står i viss mån i kontrast till andelen läkare som upplever hög nivå av stress, se figur 3.17. Upplevelser av stress, som bl.a. påverkas av arbetsbelastning, upplevda krav och möjligheter att bemöta dessa, är högre i Stockholm, särskilt bland läkare som är verksamma inom offentliga vårdcentraler. I Region Skåne och övriga landsting finns enbart marginella skillnader beroende på driftsform. Den högre andelen läkare som upplever mycket stress i Stockholm står i kontrast till att läkartillgången är bättre och att vårdcentraler har ett smalare uppdrag och mindre kostnadsansvar än i Skåne och Västra Götaland. Ersättningen i Stockholm baseras dock på en högre andel rörlig ersättning per besök, vilket ger incitament att genomföra så många besök som möjligt. Det är också möjligt att andra faktorer som inte har att göra med vårdvalets utformning påverkar upplevelsen av stress.



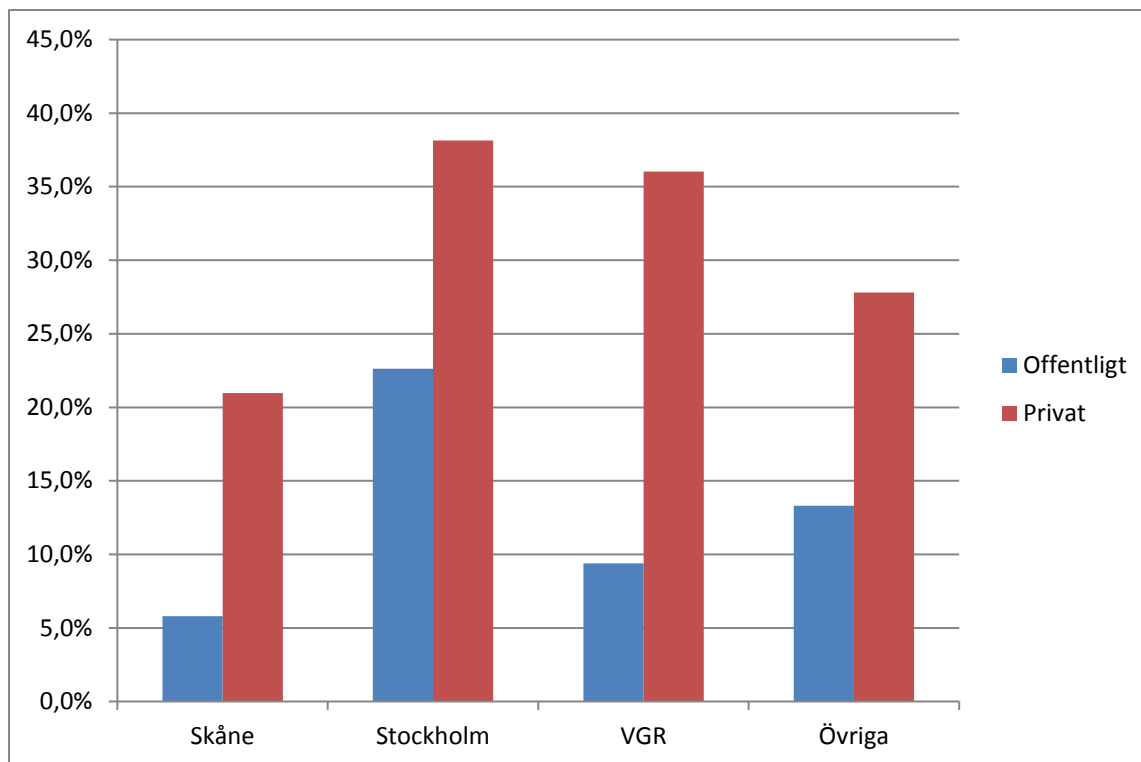
**Figur 3.17 Andel allmänläkare och ST-läkare (%) som anser att deras arbete som primärvårdsläkare är oerhört eller mycket stressigt. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

För att hushålla med knappa läkarresurser är det väsentligt att varje yrkeskategori har möjlighet att utföra de uppgifter som man har bäst kompetens för. Läkarnas uppfattningar i olika landsting är i detta avseende samstämmiga. En tydlig majoritet anser att åtminstone en del patientnära uppgifter skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper i syfte att bättre utnyttja kompetensen som läkare, se figur 3.18.



**Figur 3.18 Andel allmänläkare (%) som anser att de patientnära arbetsuppgifter som man utför i stor eller i viss utsträckning istället skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper för att bättre utnyttja kompetensen som läkare. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

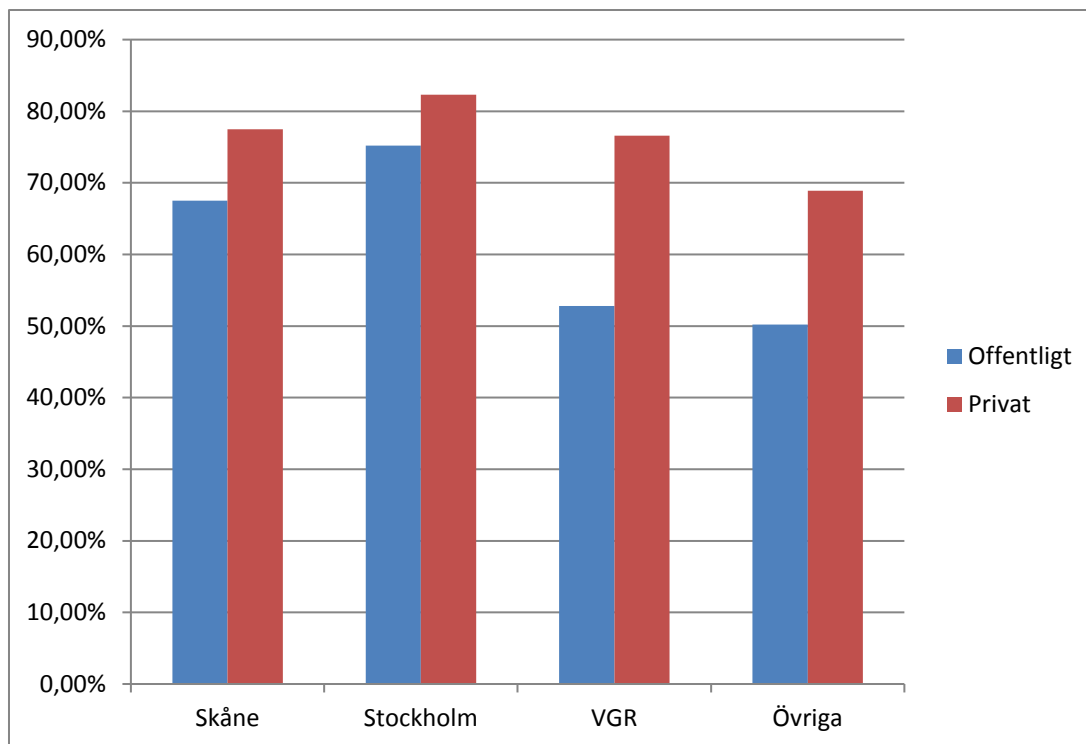
Sett till erbjudanden till befolkning och patienter anser en betydligt lägre andel läkare i Region Skåne att nästan alla patienter som önskar en tid samma eller nästa dag kan få det, se figur 3.19. I likhet med andra landsting finns stora skillnader beroende på driftsform, med en betydligt sämre upplevd tillgänglighet bland läkare i offentlig regi.



**Figur 3.19 Andel allmänläkare och ST-läkare (%) som svarat att nästan alla (mer än 80 %) av deras patienter som önskar en tid samma eller nästa dag kan få det. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

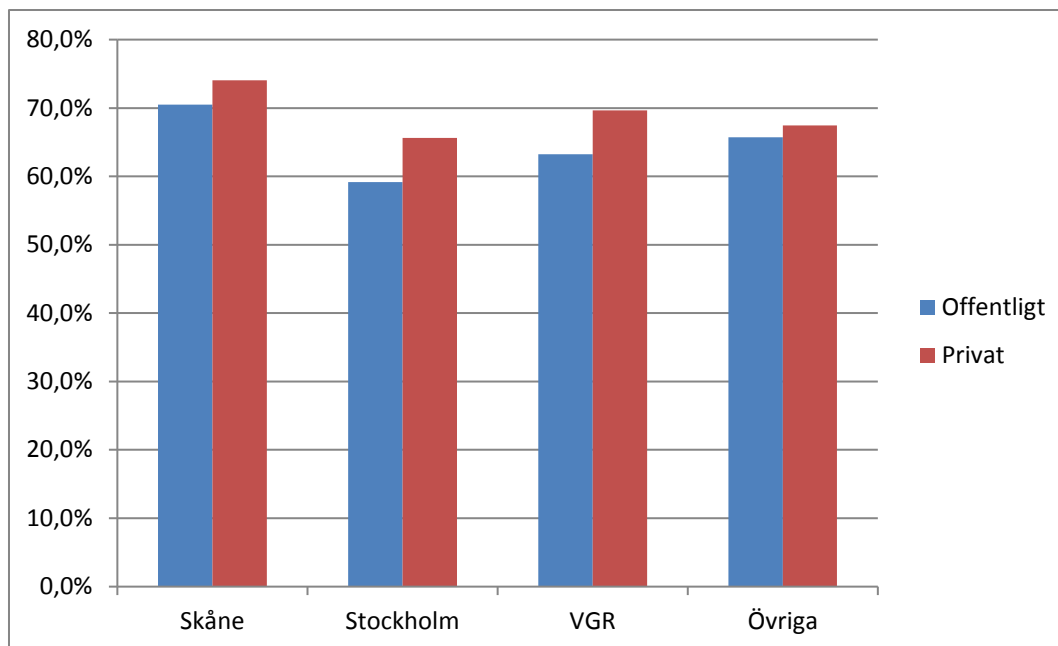
Även läkares uppfattningar om ifall patienter alltid eller ofta kan välja en fast läkarkontakt varierar beroende på driftsform, med sämre upplevda möjligheter till fast läkarkontakt i offentlig regi, se figur 3.20. För Region Skåne och Stockholm är dock skillnaderna beroende på driftsform lägre än för Västra Götalandsregionen och övriga landsting. I Västra Götalandsregionen och övriga landsting är det främst uppfattningar bland läkare i offentlig regi som avviker med en sämre bedömning.



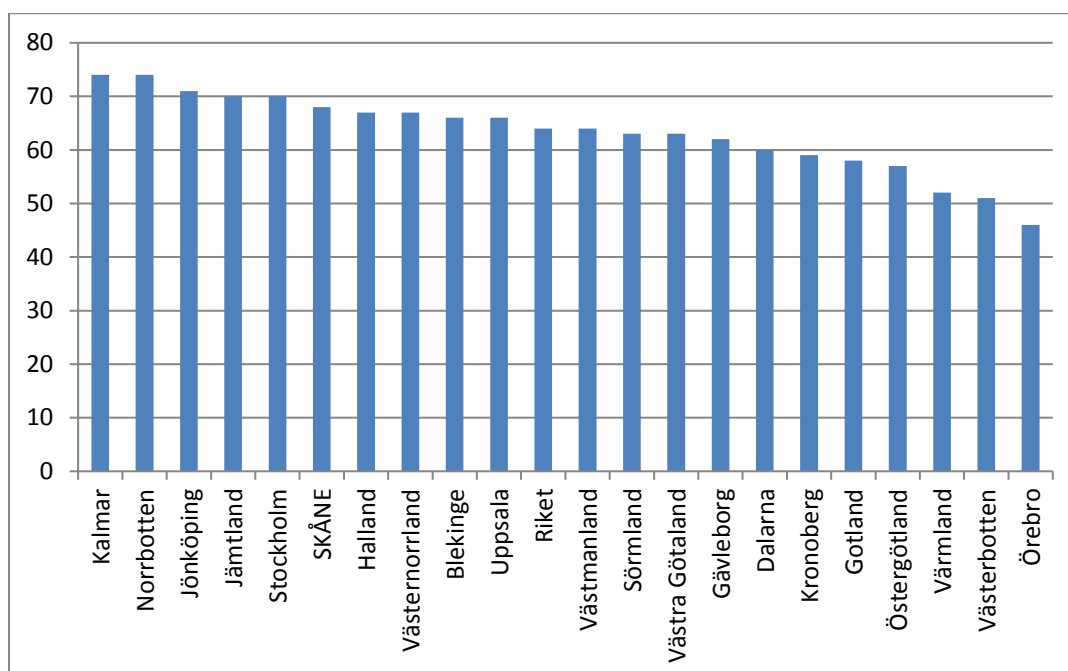


**Figur 3.20 Andel allmänläkare och ST-läkare (%) som svarat att en patient på deras vårdcentral alltid eller ofta kan välja en fast läkarkontakt. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

Möjligheterna att välja en fast läkarkontakt är generellt sett mera betydelsefull för patienter med kronisk sjukdom som behöver uppsöka vården ofta. Även om möjligheterna att välja en fast läkarkontakt upplevs som sämre i Region Skåne finns ingen skillnad i uppfattningar när det gäller hur väl förberedd verksamheten är på att hantera flera kroniska sjukdomar, se figur 3.21. Det skulle kunna tolkas som att läkare i Region Skåne lyckats prioritera dessa patienters kontakter med läkare, alternativt att annan vårdpersonal i form av specialiserade sjuksköterskor fått en mera betydande roll när det gäller att ge vård till dessa patienter. Även sett till resultat från Läkarförbundets enkät förefaller läkare i Region Skåne vara relativt nöjda med att kunna erbjuda alla patienter vård på lika villkor oavsett behov och förutsättningar, se figur 3.22.



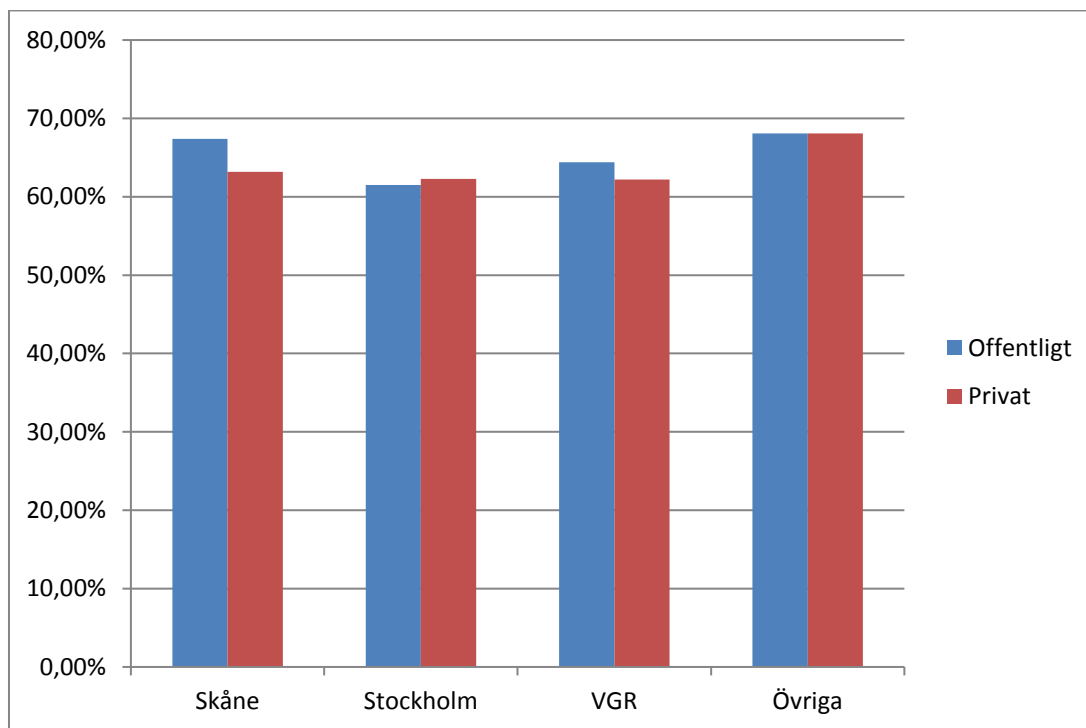
**Figur 3.21** Andel allmänläkare (%) som anser att deras verksamhet är väl förberedd på att hantera vård för patienter med flera kroniska sjukdomar. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)



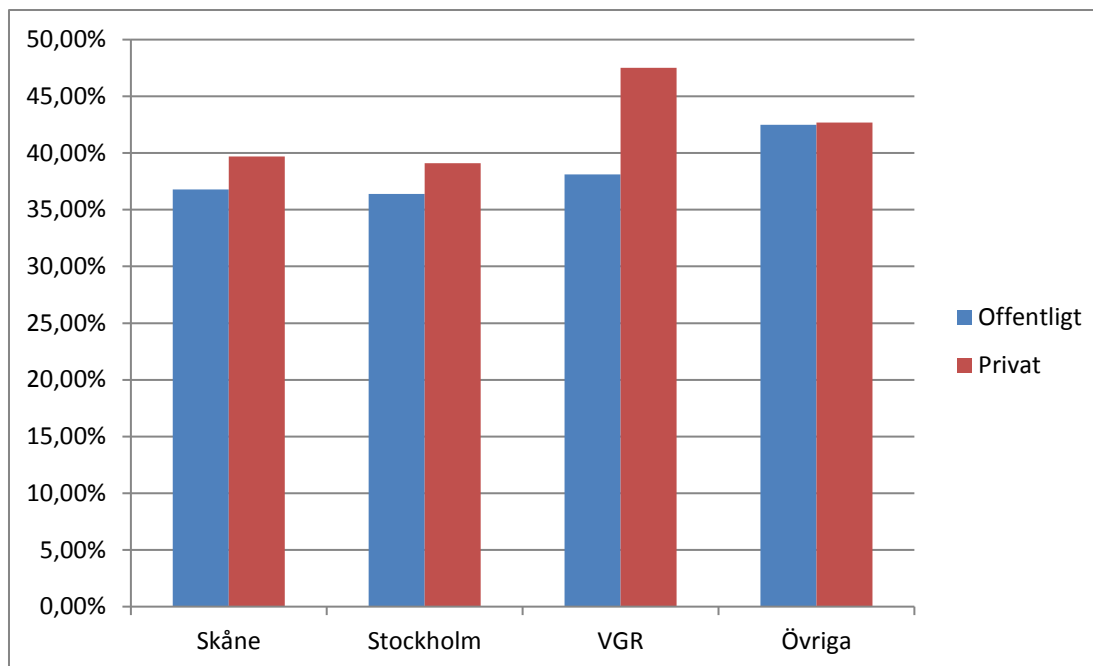
**Figur 3.22** Andel specialistläkare som är helt nöjda eller i stor utsträckning nöjda med att erbjuda alla patienter vård på lika villkor oavsett att deras behov eller förutsättningar varierar. (Källa: Läkarförbundet 2016, egna bearbetningar.)

En annan konsekvens av mer eller mindre läkarresurser är att möjligheterna att stödja patienterna med koordinering av den vård och omsorg som ges av andra kan påverkas. Som framgår av figur 3.23 anser läkare i ungefär samma utsträckning att de har mandat för denna uppgift, oavsett landsting och driftsform.

Det är också en klar majoritet av läkarna, bland offentliga vårdcentraler i Region Skåne upp mot 70 procent, som anser att de har det mandat som krävs. Däremot är uppfattningarna om man har den tid som krävs för att koordinera och planera vården för sina patienter betydligt sämre, se figur 3.24. Uppfattningarna i Region Skåne och Stockholm är samstämmiga med enbart 35-40 procent av läkarna som anser att man i stor eller i viss utsträckning har den tid som krävs.

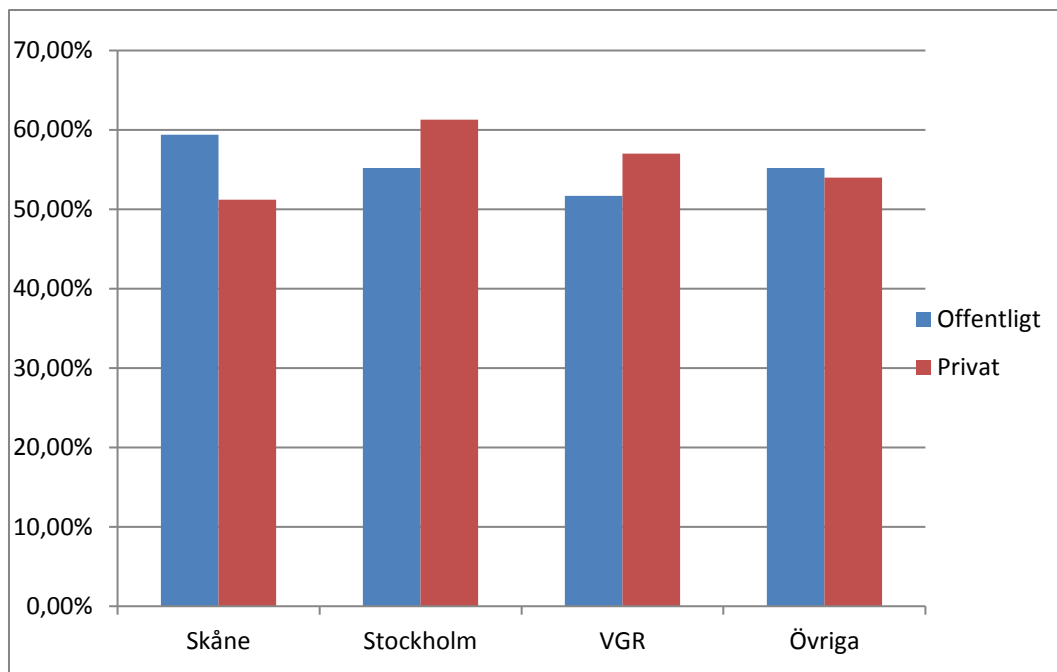


**Figur 3.23 Andel allmänläkare (%) som anser att de i stor eller i viss utsträckning har det *mandat* som krävs för att koordinera och planera vården för deras patienter i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

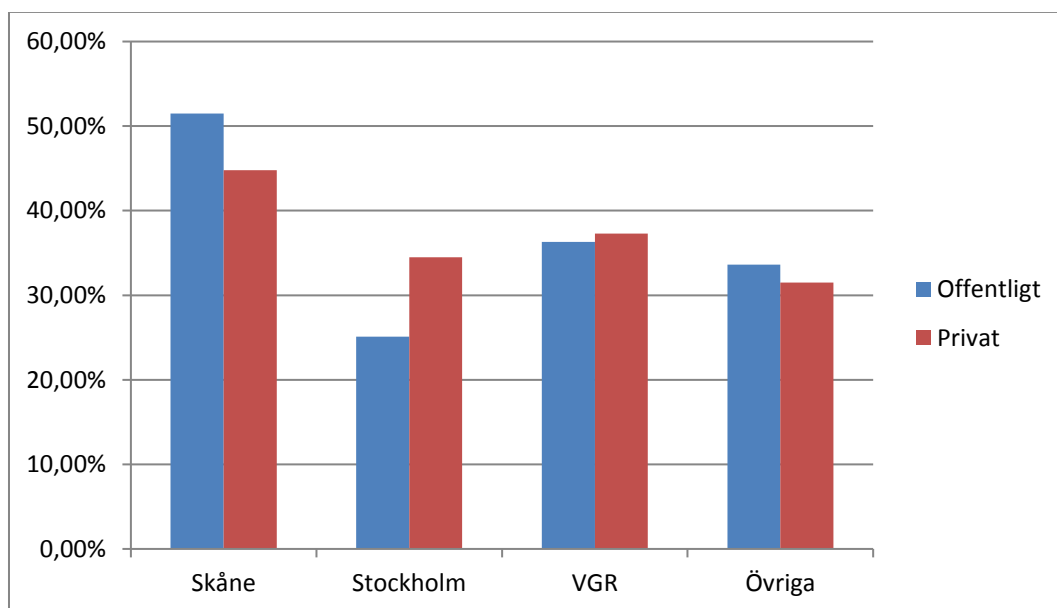


**Figur 3.24 Andel allmänläkare (%) som anser att de i stor eller i viss utsträckning har den *tid* som krävs för att koordinera och planera vården för deras patienter i kontakter med andra vård- och omsorgsgivare. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)**

En viktig förutsättning för att koordinera och planera vården är i vilken grad det finns en samverkan med andra vårdgivare i form av sjukhus och kommuner, t.ex. i form av informationsutbyte. Som framgår av figur 3.25 är det ungefär hälften av läkarna som anser att de får återkoppling med all relevant information när patienterna träffat annan specialistläkare. Skillnaderna mellan landstingen är små. Sett till information från sjukhus att patienterna lämnat akutmottagningen eller vårdavdelning tycks informationsflödet bättre i Region Skåne än i övriga landsting, se figur 3.26.



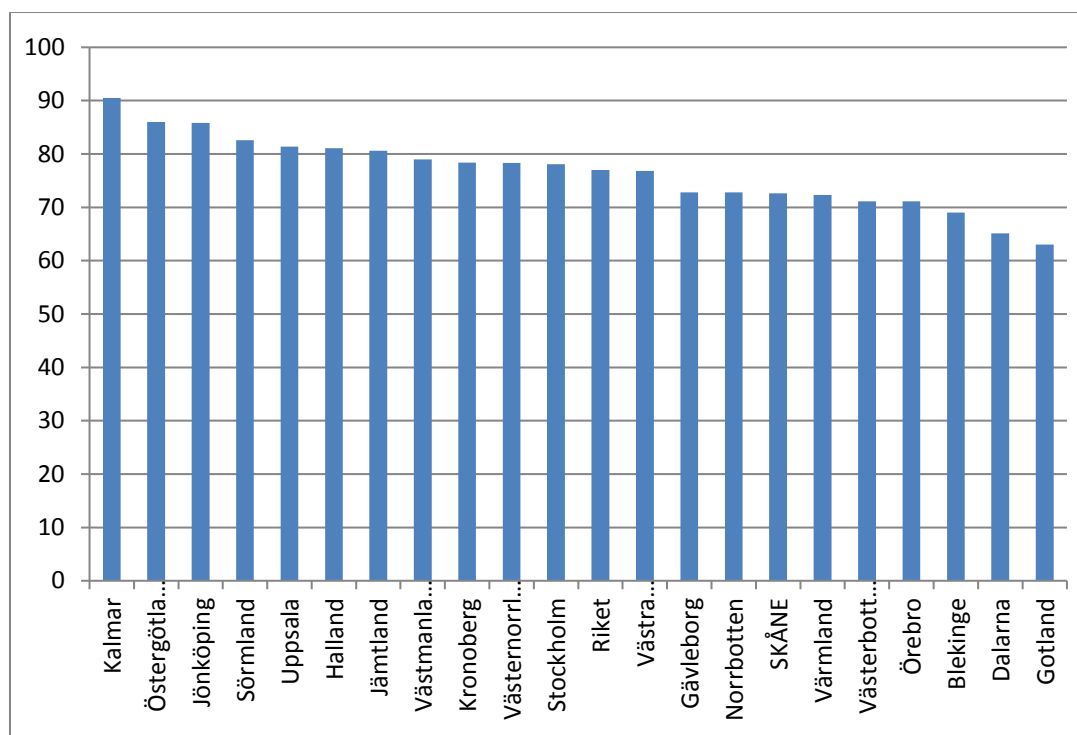
**Figur 3.25** Andel allmänläkare (%) som svarat att man alltid eller ofta får återkoppling från läkaren i specialistsjukvården med all relevant information när patienten har träffat en läkare i specialistsjukvården (inkl. privatpraktiserande specialistläkare och sjukhusläkare). (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)



**Figur 3.26** Andel allmänläkare (%) som svarat att de alltid eller ofta får besked om att patienten just har lämnat sjukhuset när patienten uppsöker en akutmottagning eller har lagts in på sjukhus. (Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).)

Sammantaget ger information från Läkarförbundets respektive Vårdanalys enkätstudier intryck av att läkare i primärvården generellt sett upplever att det finns en stor förbättringspotential i verksamheten. Det framgår också av Läkarförbundets enkätstudie där drygt 20 procent av läkarna, knappt 30 procent i

Region Skåne, inte skulle rekommendera den egna verksamheten till sjuk anhörig, se figur 3.27.



**Figur 3.27 Andel specialtläkare (%) i olika landsting som helt eller i stor utsträckning instämmer i påståendet "Jag skulle rekommendera min vårdcentral till en sjuk anhörig". (Källa: Läkarförbundet, 2016, egen bearbetning.)**

Det ska noteras att det bakom de genomsnittliga siffror som redovisats för olika landsting och driftsformer finns skilda uppfattningar beroende på tillgängliga läkarresurser och förekomst av hyrläkare vid enskilda vårdcentraler. Det framgår också mycket tydligt av Läkarförbundets enkätstudie där svaren analyserats utifrån respektive vårdcentralers läkarbemanning. Vid vårdcentraler med svag läkarbemanning (över 20% vakanser) är det enbart hälften av läkarna som uppfattar att man kan erbjuda god tillgänglighet och en vård på lika villkor. Färre än hälften skulle rekommendera vårdcentralen till sjuk anhörig. Vid vårdcentraler som är fullbemannade anser över 80 procent av läkarna att man kan erbjuda god tillgänglighet och vård på lika villkor. Över 90 procent skulle rekommendera vårdcentralen till sjuk anhörig.

### **3.5 ANTAL BESÖK OCH KVALITET I RELATION TILL INSATTA RESURSER**

Sammanfattningsvis har de finansiella resurser som är tillgängliga för Skånska vårdcentraler ökat under det senaste årtiondet. Ökningen tycks inte ha något direkt samband med införandet av vårdval utan påbörjades redan 2007. Nettokostnaden

för primärvård per invånare ökade med ungefär 60 procent mellan 2006 och 2014.<sup>6</sup> Motsvarande ökning i andra landsting i genomsnitt var drygt 30 procent. Parallellt med denna utveckling har även de reala resurserna inom primärvården ökat, främst i form av fler sjuksköterskor. Antalet läkare har ökat mera blygsamt totalt sett. En stor förändring är dock andelen ST-läkare i offentlig regi som ökat kraftigt. Förändringen i personalsammansättningen har fått som konsekvens att antalet besök bland andra personalkategorier än läkare ökat betydligt. Även i detta avseende finns en skillnad jämfört med andra landsting i genomsnitt. Antalet läkarbesök per invånare i Skåne är mera konstant över tiden, med en betydande ökning de allra första åren efter införande av vårdval. Sett till befolkningen och patienternas upplevelser finns indikationer på att förtroendet för primärvården ökat efter införandet av vårdval. Även andelen patienter som ansåg att det var lätt att få telefonkontakt med vårdcentralen ökade efter vårdvalets införande. Däremot finns inte samma positiva utveckling när det gäller patienternas upplevelser av väntetider. Jämfört med andra landsting är det också en betydligt lägre andel allmänläkare och ST-läkare i Skåne som anser att nästan alla patienter som önskar en tid samma dag kan få det. Det gäller särskilt läkare på offentliga vårdcentraler.

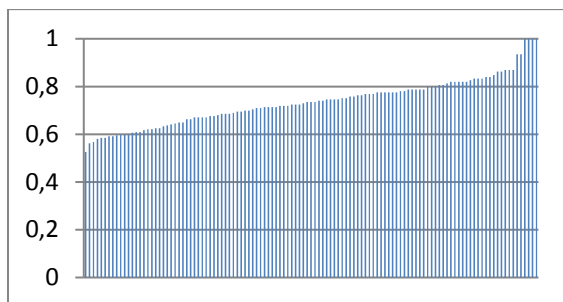
Mot bakgrund av kostnadsökningen är det naturligtvis intressant att analysera relationen mellan insatta resurser i primärvården och verksamhetens kvalitet. Ett påtagligt problem är att data som är tillgängliga för att beskriva prestationer och kvalitet i princip begränsas till volymen vårdkontakter (besök) och patientupplevd kvalitet (enligt enkätresultat). En tidigare analys med data från Region Skåne visade en stor spridning mellan olika vårdcentraler, både när det gällde resurser i relation till antal besök och resurser i relation till patientupplevd kvalitet. I figur 3.28 har vårdcentraler i Skåne ordnats från ”bäst” till ”sämst” relation mellan insatta resurser och antal besök i den vänstra delen av figuren.<sup>7</sup> I figuren till höger redovisas motsvarande index för insatta resurser och patientupplevd kvalitet för vårdcentraler i samma ordning. Sammantaget kunde analysen inte påvisa någon tydlig samvariation, vilket också framgår av figuren. Bland vårdcentraler med relativt få (eller många) besök fanns både de som redovisade hög respektive låg patientupplevd kvalitet. Samma resultat har även framkommit vid analys av motsvarande data från andra landsting (se vidare Glenngård 2015).

---

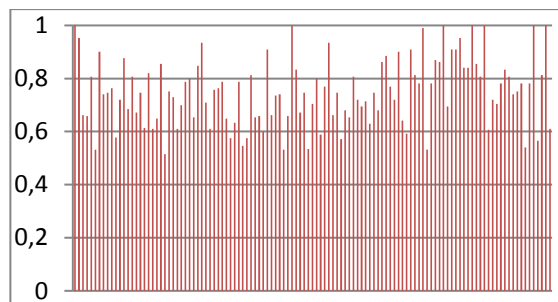
<sup>6</sup> Baserat på uppgifter i KOLADA. Avser nominell nettokostnad för primärvård totalt exklusive läkemedel och inklusive primärvårdsansluten hemsjukvård.

<sup>7</sup> Beräkningen har skett med s.k. DEA-metod. Ett produktivetsindex beräknas för samtliga enheter, där den eller de vårdcentraler som rankas högst definitionsmässigt får värdet 1,0.

Kvantitativ produktivetsmodell (antal besök).



Kvalitativ produktivetsmodell (patientupplevd kvalitet).



**Figur 3.28 Produktivetsjämförelser för Region Skåne (data från 117 vårdcentraler år 2010). (Källa: Glenngård, Anell 2012.)**

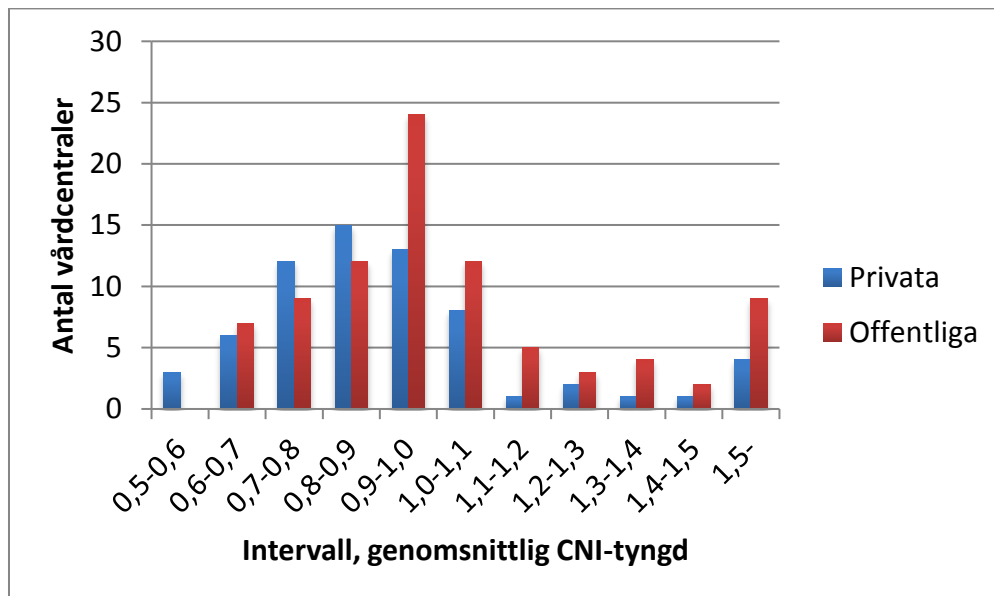
Studien kunde dock påvisa en systematisk samvariation i förhållande till egenskaper hos vårdcentralerna. Det fanns ingen systematisk skillnad mellan offentliga och privata vårdcentraler. Motsvarande resultat har framkommit även i motsvarande analyser av t.ex. privata och offentliga vårdcentraler i Stockholm (se Glenngård 2015). Fler besök i förhållande till insatta resurser samvarierade dock med fler listade på vårdcentralen, fler besök per listad, en högre andel läkarbesök av totala antalet besök på vårdcentralen, att vårdcentralen var nyetablerad samt att vårdcentralen fanns i Malmö. En högre andel läkarbesök samvarierade även med högre patientupplevd kvalitet i förhållande till insatta resurser. I analysen framkom även att ett högt CNI för vårdcentraler samvarierade med en sämre relation mellan insatta resurser och volymen besök. Tolkningen av dessa resultat är dock problematisk utan närmare information om besökens längd och kvalitet. Det är möjligt att den höga andelen fast ersättning per listad invånare i Region Skåne gett stöd för att annat arbetssätt där man skapar mer nytta för patienterna inom ramen för färre registrerade besök.



## Kapitel 4

# VILKEN BETYDELSE HAR CNI-ERSÄTTNINGEN FÖR ATT ÅSTADKOMMA JÄMLIK VÅRD OCH HÄLSA?

Region Skånes fasta ersättning per individ till vårdcentraler viktas till 80 procent utifrån listades ACG, som mäter sjukligheten baserat på registrerade diagnoser och vårdtyngd i primärvården. Resterande 20 procent av viktningen sker utifrån CNI (Care Need Index) som är ett socioekonomisk index bestående av sju faktorer.<sup>8</sup> Ersättning till vårdcentraler med utgångspunkt i skillnader i CNI-tyngd kan betraktas som en viktig del i Region Skånes strategi för att skapa förutsättningar för en jämlik vård och hälsa. Genom den extra ersättningen ges vårdcentraler möjligheter att möta de särskilda behov som finns i socioekonomiskt tyngre områden. CNI 1,0 motsvarar genomsnittet för Skåne och CNI-tyngden för enskilda vårdcentraler kan variera mellan från 0,6 till 3,0. Det är dock relativt få vårdcentraler som har en hög CNI, se figur 4.1. Det finns också en skev fördelning. Andelen offentliga vårdcentraler är högre för vårdcentraler med relativt högt CNI, medan andelen privata vårdcentraler är högre för vårdcentraler med relativt lågt CNI.



**Figur 4.1** Antal privata respektive offentliga vårdcentraler i Region Skåne i olika intervall av CNI år 2015. (Källa: Region Skåne.)

<sup>8</sup> Arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat det senaste året och låg utbildning.

I en tidigare enkätstudie genomförd av Region Skåne i december 2013 (Region Skåne 2014) skickades en enkät till alla vårdcentraler med CNI-vikt över 1,3. Sammanlagt omfattade målgruppen 19 vårdcentraler, vilket motsvarar 13 procent av alla vårdcentraler i Region Skåne. Syftet med enkäten var att beskriva vad vårdcentraler gör för populationer med högt CNI. Utifrån 18 besvarade enkäter konstaterades att runt hälften av vårdcentralerna beskrev ett strukturerat arbete med särskilda insatser och särskilt avsatt tid. Insatser inkluderade samarbete med andra aktörer, särskild hälsoscreening och livsstilsmottagningar, förlängd tid för besök och triagering som beaktar brister i språk och kunskaper om svenska samhället. Få vårdcentraler beskrev hur man arbetar för att nå riskgrupper tidigt innan ohälsa uppstår, t.ex. genom uppsökande aktiviteter. Den huvudsakliga identifieringen av riskgrupper baserades på att patienter sökte upp vårdcentralen. En kompletterande uppföljning av statistik visade att kontinuiteten i kontakten med läkare vid besök var lägre än genomsnittet i Region Skåne för två tredjedelar av de 18 vårdcentralerna.

För att ytterligare belysa CNI-ersättningens betydelse för att åstadkomma en jämlik vård och hälsa har flera fördjupade analyser genomförts inom ramen för denna rapport. Dessa analyser utgår från två centrala frågeställningar som kan motivera en CNI-ersättning. En första fråga är om CNI-ersättningen påverkar etableringen av nya vårdcentraler. I diskussioner om den fria etableringens för- och nackdelar har ett motargument varit att privata vårdcentraler inte kommer att etablera sig i socioekonomiskt tunga områden. Genom att öka ersättningen till vårdcentraler i socioekonomiskt tunga områden skulle man därmed kunna ge ekonomiska incitament till mera jämlikt etableringsmönster. En andra fråga är vad vårdcentraler som är etablerade i socioekonomiskt tyngre områden gör med den extra CNI-ersättningen. Målsättningen från Region Skånes sida är att vårdcentraler ska utnyttja den extra ersättningen bl.a. för att arbeta på ett delvis annat sätt. Det gäller inte minst en högre grad av uppsökande och förebyggande verksamhet för att minska risken för ohälsa.

#### **4.1 CNI-ERSÄTTNING OCH PRIVATA ETABLERINGAR**

Betydelsen av CNI-ersättningen för privata vårdcentralers etableringsmönster har behandlats i en tidigare separat delrapport från projektet (delrapport 2b). Sammanfattningsvis analyserade denna delrapport data från hela landet vad gäller privata vårdcentraler och samvariation mellan vårdvalens utformning i olika landsting (inklusive förekomsten av CNI-ersättning) och socioekonomiskt index för olika geografiska områden. Analys av data från hela landet möjliggjorde en statistisk analys och därmed mera underbyggda resultat. De viktigaste slutsatserna från delrapporten kan sammanfattas i följande punkter:

- Det finns tydliga indikationer på att CNI-ersättningen ökar antalet privata etableringar i områden med relativt högt CNI ( $> 1,0$ ) jämfört med områden med relativt lågt CNI ( $< 1,0$ ). De olika skattningar som gjorts visade stabila resultat som var signifikanta på enprocentsnivån.
- En förklaring till skillnaderna skulle kunna vara att landsting som inte ersätter enligt CNI istället etablerar offentliga vårdcentraler i områden med högt CNI. Så är dock inte fallet.
- CNI-ersättningen ger ingen signifikant ”extra” effekt i form av totalt sett fler etablerade privata vårdcentraler. CNI-ersättning ger således en omfördelning av nya etableringar av vårdcentraler inom landstingen; från områden med relativt lågt CNI till områden med relativt högt CNI.

Detta är viktigt att notera att de effekter som framkommer enligt den statistiska analysen är genomsnittliga effekter för alla landsting som ersätter enligt CNI sammantaget. Beroende på hur CNI-ersättningen utformas och hur stor ersättningen är kan effekterna i enskilda landsting variera. Mot den bakgrunden gjordes även en deskriptiv jämförelse av utformningen av CNI-ersättning och hur denna kan ha påverkat etableringen av privata vårdcentraler i Region Skåne, Västra Götalandsregionen (VGR) och Stockholm. VGR ger en extra ersättning till vårdcentraler som har ett CNI-värde över 2,5 vilket är en betydligt mer selektiv CNI-ersättning än i Region Skåne. I Stockholm fanns före 2015 ingen viktning alls av ersättningen utifrån CNI.

Jämförelsen i tabell 4.1 gäller dels det genomsnittliga antalet vårdcentraler 2013 (totalt och antalet privata), dels förändringen av antalet vårdcentraler mellan 2007 och 2013. År 2007 är det senaste år då inget av de tre landstingen hade infört vårdval (Stockholm införde 2008, Region Skåne och VGR under 2009). Det landsting/region som har genomsnittligt flest antal vårdcentraler per 1000 invånare respektive den största ökningen är fetmarkerat för att tydliggöra skillnader.

**Tabell 4.1 Jämförelse mellan Skåne, Västra Götaland och Stockholm avseende antalet vårdcentraler per tusen invånare år 2013 och förändringen år 2007-2013.**

<b>Variabler</b>	<b>Skåne</b>	<b>Västra Götaland</b>	<b>Stockholm</b>
<b>Nivå 2013</b>			
<i>Totalt, samtliga</i>	<b>0,116</b>	0,109	0,102
<i>Totalt, privata</i>	0,053	0,051	<b>0,068</b>
<i>1,0 &lt; CNI ≤ 1,5, samtliga</i>	<b>0,184</b>	0,135	0,142
<i>1,0 &lt; CNI ≤ 1,5, privata</i>	<b>0,102</b>	0,067	0,087
<i>1,5 &lt; CNI ≤ 2,0, samtliga</i>	0,224	0,150	<b>0,241</b>
<i>1,5 &lt; CNI ≤ 2,0, privata</i>	0,055	0,030	<b>0,194</b>
<i>CNI &gt; 2, samtliga</i>	0,155	<b>0,241</b>	0,125
<i>CNI &gt; 2, privata</i>	0,005	<b>0,145</b>	0,069
<b>Förändringar 2007-2013</b>			
<i>ΔTotalt, samtliga</i>	0,027	<b>0,031</b>	0,009
<i>ΔTotalt, privata</i>	0,032	<b>0,034</b>	0,016
<i>Δ1,0 &lt; CNI ≤ 1,5, samtliga</i>	<b>0,052</b>	0,039	0,019
<i>Δ1,0 &lt; CNI ≤ 1,5, privata</i>	<b>0,057</b>	0,047	0,029
<i>Δ1,5 &lt; CNI ≤ 2,0, samtliga</i>	0,018	<b>0,025</b>	-0,007
<i>Δ1,5 &lt; CNI ≤ 2,0, privata</i>	<b>0,024</b>	0,016	0,013
<i>ΔCNI &gt; 2, samtliga</i>	-0,050	<b>0,108</b>	0,024
<i>ΔCNI &gt; 2, privata</i>	0,005	<b>0,119</b>	0,033

Tabellen visar att Region Skåne är vårdcentraltätast - både totalt och för privata vårdcentraler - i områden med CNI-tyngdvärden mellan 1,0 och 1,5 medan Stockholm är det i intervallet mellan 1,5 och 2,0. VGR har i sin tur flest vårdcentraler per invånare i områden med CNI över 2,0. Tittar vi istället på förändringarna har både Region Skåne och Västra Götalandsregionen ökat mer än Stockholm i nästan samtliga CNI-kategorier. Skåne har störst ökning i områden med CNI-värden mellan 1,0 och 2,0, med undantag för ökningen av det totala antalet vårdcentraler i områden med CNI-värden mellan 1,5 och 2,0. Västra Götalandsregionen har klart störst ökning i antalet vårdcentraler för områden med CNI-värden högre än 2,0. Utvecklingen är i linje med vad som skulle kunna förväntas utifrån utformningen av respektive landstings CNI-ersättning. Både Region Skåne och Västra Götalandsregionen har ökat mer än Stockholm när det gäller antalet privata vårdcentraler i områden med CNI över 1,0. Västra Götalandsregionen har framförallt fått en ökning av antalet vårdcentraler i områden som har CNI > 2,0. I Region Skåne är ökningen störst i områden med CNI mellan 1,0 och 2,0.

En närmare analys av vilka områden som har relativt högt CNI i Region Skåne visar att de socioekonomiskt är relativt blandade. Det är inte förvånande eftersom CNI innehåller mer än strikt socioekonomiska faktorer. I Malmö är exempelvis både Slottstaden, Limhamn, Husie, Fosie och Södra innerstaden områden där

befolkningen har en genomsnittlig CNI-tyngd över 1,0 år 2013. Sett till områden med CNI mellan 1,5 och 1,8 försvinner dock de två förstnämnda stadsdelarna.

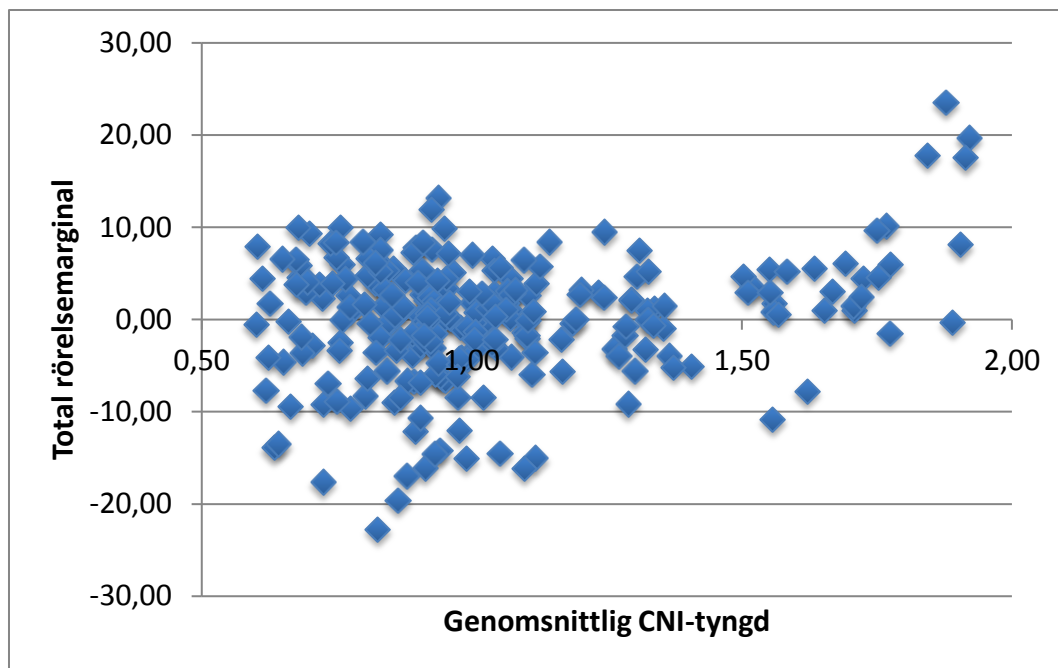
## **4.2 CNI-ERSÄTTNING OCH VÅRDCENTRALERS EKONOMISKA MARGINALER**

En tidigare analys av CNI-ersättningens betydelse för BVC-mottagningar (delrapport 2a) visade en samvariation mellan CNI-ersättningen och offentliga mottagningars ekonomiska marginaler eller överskott. Dessa resultat antyder att de extra finansiella resurserna till BVC mottagningar med högt CNI inte omsätts i motsvarande reala resurser, främst personal. Motsvarande analyser har gjorts för vårdcentraler i denna rapport, vilka redovisas nedan.

### **4.2.1 CNI-ERSÄTTNING OCH RÖRELSEMARGINAL BLAND OFFENTLIGA VÅRDCENTRALER**

I en första analys studerades samvariation mellan rörelsemarginal och CNI-tyngd för offentliga vårdcentraler. Rörelsemarginal avser årets resultat exklusive vinstkrav i relation till totala intäkter på vårdcentralsnivå. Motsvarande mått på rörelsemarginal finns inte tillgängligt för privata vårdcentraler. Analysen omfattar uppgifter från 84 offentliga vårdcentraler åren 2012-2014, dvs. sammanlagt 252 observationer. Förutom en deskriptiv beskrivning av hur CNI varierar med rörelsemarginal redovisas resultaten av en regressionsanalys där samvariationen mellan CNI och rörelsemarginal analyseras statistiskt med kontroll för andra faktorer som kan påverka rörelsemarginalen. Eftersom tillgången på data varierar mellan åren redovisas resultat från flera regressionsmodeller.

I figur 4.2 visas rörelsemarginal och genomsnittlig CNI för respektive vårdcentral åren 2012-2014. Varje punkt representerar värden för en vårdcentral under ett av åren 2012-2014. Ett extremvärde (rörelsemarginal -40%) har exkluderats varför det sammanlagda antalet observationer är 251 punkter. En statistisk analys av korrelationen mellan CNI-tyngd och rörelsemarginal visar att denna är positiv och signifikant på 1%-nivån. Det innebär att en högre genomsnittlig CNI samvarierar med högre rörelsemarginal. Det indikerar i sin tur att de finansiella resurser som ställs till vårdcentralers förfogande genom CNI-ersättningen inte fullt ut omsätts i ökade reala resurser.



**Figur 4.2 Total rörelsemarginal (%) och CNI för offentliga vårdcentraler åren 2012-2014. (Källa: Region Skåne.). N=251; Pearson's correlation: .239; Sig: .000**

I genomsnitt har de 25 observationerna med högst CNI-vikt (mellan 1,5 och 1,9) en rörelsemarginal på 5,2 procent, medan motsvarande siffra för de 25 observationerna med lägst CNI-vikt (mellan 0,6 och 0,7) var 0,5 procent. I absoluta tal visar en jämförelse mellan två vårdcentraler med ca 10 000 listade år 2014 en skillnad i överskott mellan 7,4 miljoner för en vårdcentral med högt CNI (1,9) och 1,4 miljoner för en vårdcentral med lågt CNI (0,7).

I regressionsmodeller analyserades om samvariationen mellan rörelsemarginal och CNI-tyngd kvarstod även när andra faktorer beaktades. Syftet med den typen av analys var att undersöka om samvariationen även kan förklaras av bakomliggande faktorer, t.ex. att vårdcentraler med högre CNI-tyngd även har annan ACG-tyngd i genomsnitt eller är större (eller mindre) än andra vårdcentraler. Det finns en mängd andra variabler som kan påverka en vårdcentralers rörelsemarginal och enbart några få variabler kunde inkluderas i modellen. De oberoende variabler som beaktades var:

- Genomsnittlig CNI-tyngd (värde för december åren 2012-2014)
- Genomsnittlig ACG-tyngd (värde för december åren 2012-2014)
- Antal listade på vårdcentralen (värde för december åren 2012-2014)
- Patientupplevd kvalitet avseende bemötande, information och delaktighet (från NPE för 2013-2014)

- Kontinuitet, mätt som andel läkarbesök till samma läkare för patienter med tre eller fler besök (från MRE; mätperiod=juli-juni varje år 2012-2014; för 2012 används juli 2012-juni 2013)

I tabell 4.2 redovisas resultaten från en första regressionsanalys där observationer från alla tre åren ingår. I modellen ingår då inte de tre variablerna om patientupplevd kvalitet eftersom dessa endast finns för åren 2013-2014. Som framgår av tabellen samvarierar en högre CNI-tyngd med en högre rörelsemarginal även då andra faktorer inkluderas i analysen. De övriga variablerna är dock inte signifikanta. Fler listade tenderar dock (signifikansnivå nära 10%) att samvariera med en högre rörelsemarginal. Förklaringsvärdet (justerat R<sup>2</sup>) är lågt vilket visar att det finns många andra faktorer som inte inkluderas i modellen som påverkar vårdcentralers rörelsemarginal. Regressionsmodellen ger dock ytterligare stöd för att CNI-ersättningen är en av de faktorer som påverkar vårdcentralers rörelsemarginal.

**Tabell 4.2 Regressionsmodell med rörelsemarginal som beroende variabel.**

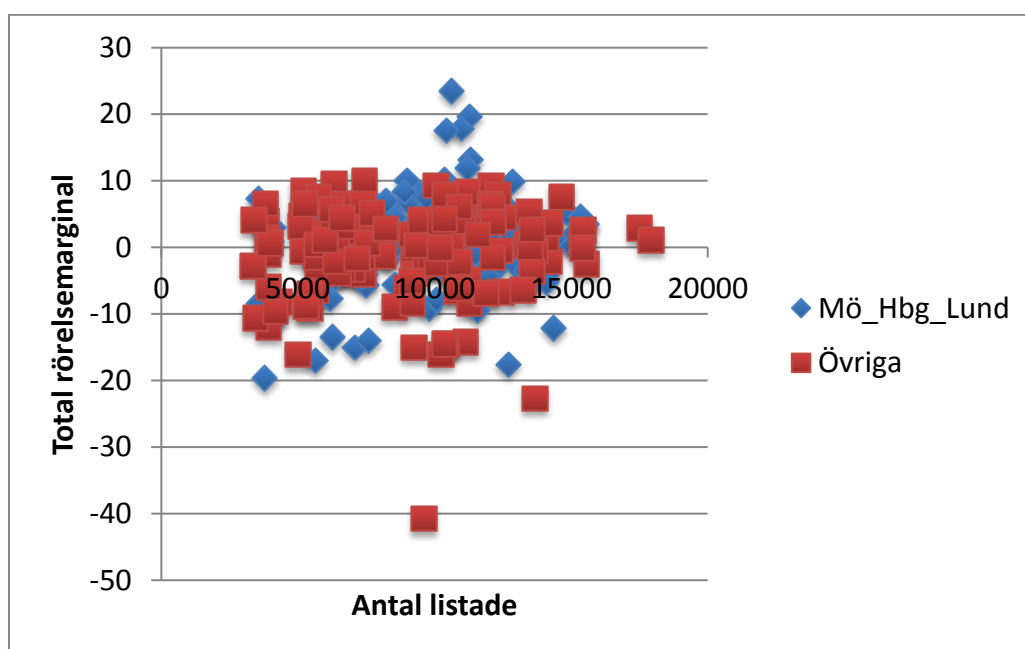
	Stand. Beta	t	Sig.
(Konstant)		-1.522	.129
CNI	.219	3.485	.001
ACG	.081	1.201	.231
Listade	.102	1.525	.129
Kontinuitet	-.072	-1.154	.250

N=247, R<sup>2</sup> (adj) = .055

I en alternativ regressionsanalys med observationer från enbart åren 2013 och 2014 inkluderades även de tre variablerna om patientupplevd kvalitet. Eftersom de tre variablerna var starkt korrelerade med varandra användes enbart en i den slutgiltiga modellen. Den variabel som bidrog mest till att förklara variationen i rörelsemarginalen var hur väl informerad patienten känner sig om sitt tillstånd och sin behandling vid sitt besök. Även i denna alternativa modell samvarierade CNI-tyngd med rörelsemarginal på 1%-nivån. Dessutom samvarierade den patientupplevda kvaliteten med rörelsemarginalen – ju bättre patientupplevd kvalitet desto högre rörelsemarginal. För övriga oberoende variabler fanns inte någon statistisk signifikant samvariation med rörelsemarginal. Det fanns inte

heller någon tendens till samvariation med antal listade som i den första modellen. Förklaringsgraden var liksom i den första modellen låg.

För att komplettera analysen när det gäller betydelsen av antal listade gjordes en deskriptiv jämförelse av rörelsemarginal och antal listade vid vårdcentralerna. I jämförelsen redovisas observationer för vårdcentraler i Malmö, Helsingborg och Lund separat, eftersom det kan finnas olika grad av stordriftsfördelar i stad och landsbygd. Som framgår av figur 4.3 finns förhållandevis stor spridning i rörelsemarginalen, oavsett antal listade och var vårdcentralen är lokaliserad. Det finns ingen synlig tendens till samvariation mellan variablerna.



Figur 4.3 Rörelsemarginal (%) och antal listade på offentliga vårdcentraler åren 2012-2014 åren 2012-2014. (Källa: Region Skåne.)

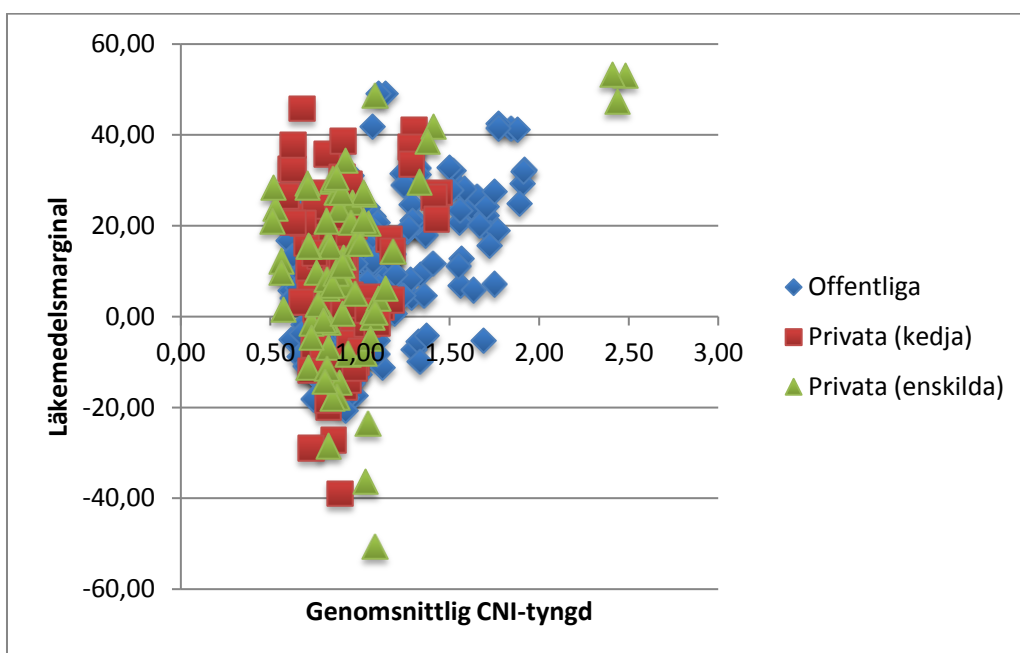
#### 4.2.2 CNI-ERSÄTTNING OCH MARGINAL FÖR LÄKEMEDEL

Varje vårdcentral får en separat ersättning för receptläkemedel och även i detta avseende viktas ersättningen utifrån ACG och CNI. Kostnadsansvaret för vårdcentraler baseras dock inte på vilka läkemedel som förskrivs till patienter, utan på i vilken utsträckning som patienter faktiskt hämtar ut förskrivna läkemedel på apotek. I den grad som patienter inte hämtar ut förskrivna läkemedel uppstår ett "läkemedelsnetto" för vårdcentralen, dvs. finansiella resurser som kan användas för andra ändamål. I detta avseende kan det uppstå systematiska skillnader mellan olika vårdcentraler. Tendenser att inte hämta ut förskrivna läkemedel kan vara högre bland patienter i socioekonomisk tunga områden. I så fall uppstår också systematiska skillnader i marginalen för läkemedel eller "läkemedelsnettot" mellan vårdcentraler med olika CNI-tyngd.



På samma sätt som i analysen för total rörelsemarginal i föregående avsnitt redovisas dels deskriptiva analyser av samvariationen mellan marginal för läkemedel ("läkemedelsnettot") och CNI-tyngd för olika vårdcentraler, dels regressionsanalyser där samvariationen analyseras med kontroll för andra faktorer som kan påverka marginalen för läkemedel. Marginal för läkemedel avser skillnaden mellan läkemedelsersättningen och faktiska kostnader för läkemedel i relation till läkemedelsersättningen för respektive vårdcentral. Analysen omfattar uppgifter från 143 vårdcentraler (24 privata enskilda, 33 privata som ingår i en kedja och 86 offentliga) där det finns information om läkemedelsersättning och faktiska kostnader för läkemedel för år 2012-2014. Underlaget för de deskriptiva analyserna är därför 429 observationer. Eftersom data för de oberoende variablerna varierar något mellan åren redovisas resultat från flera regressionsmodeller.

I figur 4.4 visas marginal för läkemedel och CNI-tyngd för respektive vårdcentral och olika år. Varje punkt representerar värden för en vårdcentral under ett år. Som framgår har en majoritet av vårdcentralerna en positiv marginal för läkemedel. Marginalen tenderar dock att vara högre för vårdcentraler med högre CNI. Korrelationen mellan CNI och marginal för läkemedel är också positiv och signifikant på 1%-nivån. Det betyder att ju högre genomsnittlig CNI-tyngd, desto högre är nettot mellan hur mycket vårdcentraler får i läkemedelsersättning och hur mycket de får betala för de läkemedel som patienter hämtar ut.



**Figur 4.4 Marginal för läkemedel och CNI för offentliga och privata vårdcentraler åren 2012-2014. (Källa: Region Skåne.). N=429; Pearson's correlation: .356; Sig: .000**

I genomsnitt hade de 25 observationerna med högst CNI (mellan 1,5 och 1,9) en marginal för läkemedel på 30 procent medan motsvarande siffra för de 25 observationerna med lägst CNI (mellan 0,6 och 0,7) var 15 procent. I absoluta tal visar en jämförelse mellan två vårdcentraler med ca 10 000 listade år 2014 att läkemedelsnettot i kronor var 2,3 miljoner för en vårdcentral med högt CNI (1,9) och 301 000 för en vårdcentral med lågt CNI (0,7).

I regressionsmodeller analyserades om samvariationen mellan marginal för läkemedel och CNI-tyngd kvarstod även när andra faktorer beaktades. Även i denna analys finns många faktorer som kan påverka ”läkemedelsnettot” och bara en del av dessa kunde beaktas. De oberoende variabler som inkluderades i modellerna var:

- Genomsnittlig CNI-tyngd (värde för december åren 2012-2014)
- Genomsnittlig ACG-tyngd (värde för december åren 2012-2014)
- Antal listade på vårdcentralen (värde för december åren 2012-2014)
- Patientupplevd kvalitet avseende bemötande, information och delaktighet (från NPE för 2013-2014)
- Kontinuitet, mätt som andel läkarbesök till samma läkare för patienter med tre eller fler besök (från MRE; mätperiod=juli-juni varje år 2012-2014; för 2012 används juli 2012-juni 2013)
- Om vårdcentralen drivs i privat (kedja eller enskild) eller offentlig regi.

I tabell 4.3 redovisas resultaten från en första regressionsanalys (A) där observationer från alla tre åren ingår. I modellen ingår inte oberoende variabler om patientupplevd kvalitet eftersom data endast finns för åren 2013-2014. Som framgår av tabellen samvarierar en högre genomsnittlig CNI-tyngd med en högre marginal för läkemedel även med kontroll för andra faktors påverkan. Även bättre kontinuitet har en statistiskt signifikant samvariation med en högre marginal för läkemedel. En hög genomsnittlig ACG-tyngd samvarierar negativt med marginal för läkemedel. Privata vårdcentraler tenderar att ha högre marginal för läkemedel än offentliga vårdcentraler. För privata vårdcentraler som tillhör en kedja är samvariationen statistiskt signifikant. Samtidigt ska noteras att det är få privata vårdcentraler som har en hög CNI-tyngd, vilket innebär att dessa resultat är osäkra.

**Tabell 4.3 Regressionsmodell A med marginal för läkemedel som beroende variabel.**

	Stand. Beta	T	Sig.
(Konstant)		3.602	.000
CNI	.375	9.163	.000
ACG	-.369	-8.747	.000
Listade	-.028	-.660	.510
Kontinuitet	.155	3.636	.000
Enskild (1=ja)	.073	1.639	.102
Kedja (1=ja)	.093	2.139	.033

N= 430, Adj R2= .295

I tabell 4.4 redovisas resultaten från en alternativ regressionsanalys (B) där enbart observationer från åren 2013 och 2014 ingår. Då ingår även oberoende variabler om patientupplevd kvalitet. Eftersom variablerna om patientupplevd kvalitet var starkt korrelerade med varandra inkluderades endast en variabel (hur väl informerad patienten känner sig om sitt tillstånd och sin behandling vid sitt besök) i modellen. Som framgår av tabellen samvarierar en högre genomsnittlig CNI-tyngd med en högre marginal för läkemedel även i denna modell där fler faktorer inkluderas i analysen. Bättre kontinuitet samvarierar med en högre marginal för läkemedel liksom i den första modellen, liksom att en hög genomsnittlig ACG-tyngd samvarierar negativt med marginalen för läkemedel. Privata vårdcentraler tenderar att ha högre marginal för läkemedel än offentliga men samvariationen är statistiskt signifikant endast för privata enskilda.

**Tabell 4.4 Regressionsmodell B med marginal för läkemedel som beroende variabel.**

	Stand. Beta	t	Sig.
(Konstant)		2.860	.005
CNI	.328	5.973	.000
ACG	-.452	-8.165	.000
Listade	-.037	-.682	.496
Kontinuitet	.120	2.072	.039
Enskild	.139	2.427	.016
Kedja	.085	1.592	.112
NPE information	.034	.584	.560

N= 281, Adj R2= .338

I tabell 4.5 redovisas resultaten från en sista regressionsanalysen (C) där endast observationer från år 2014 ingår. Då ingår en variabel om patientupplevd kvalitet som avser hur väl informerad patienten känner sig avseende *läkemedel* vid besöket. Denna uppgift finns enbart tillgänglig för år 2014. Som framgår av tabellen samvarierar en högre genomsnittlig CNI fortfarande med en högre marginal för läkemedel. Även det negativa sambandet med högre genomsnittlig ACG kvarstår. En högre patientupplevd kvalitet avseende information om läkemedel samvarierar också positivt med marginal för läkemedel.

**Tabell 4.5 Regressionsmodell C med marginal för läkemedel som beroende variabel.**

	Stand. Beta	t	Sig.
(Konstant)		.176	.861
CNI	.337	4.424	.000
ACG	-.372	-4.746	.000
Listade	-.009	-.115	.909
Kontinuitet	.071	.924	.357
Enskild (1=ja)	.008	.103	.918
Kedja (1=ja)	.129	1.581	.116
NPE läkemedelsinformati on	.196	2.594	.011

N= 131, Adj R2= .263

Sammanfattningsvis finns en signifikant samvariation mellan högre CNI-tyngd och högre marginal för läkemedel i samtliga modeller som har studerats. Det finns även en stabil och signifikant samvariation mellan högt ACG och lägre marginal för läkemedel. Även en god kontinuitet och bra läkemedelsinformation förefaller samvariera med högre läkemedelsmarginal, även om resultaten inte är lika entydiga. En samvariation mellan kontinuitet och utskrivning av färre recept har också visats i flera andra studier internationellt (se Anell 2015). Samvariation mellan privat regi och högre läkemedelsmarginal är osäker eftersom det är få privata vårdcentraler i underlaget som har hög CNI-tyngd. Det kan noteras att förklaringsgraden (justerat R2) i modellerna för läkemedelsmarginal är högre än för rörelsemarginal. Det innebär att de variabler som ingår i modellerna förklarar relativt sett mer av den variation som finns mellan vårdcentraler.

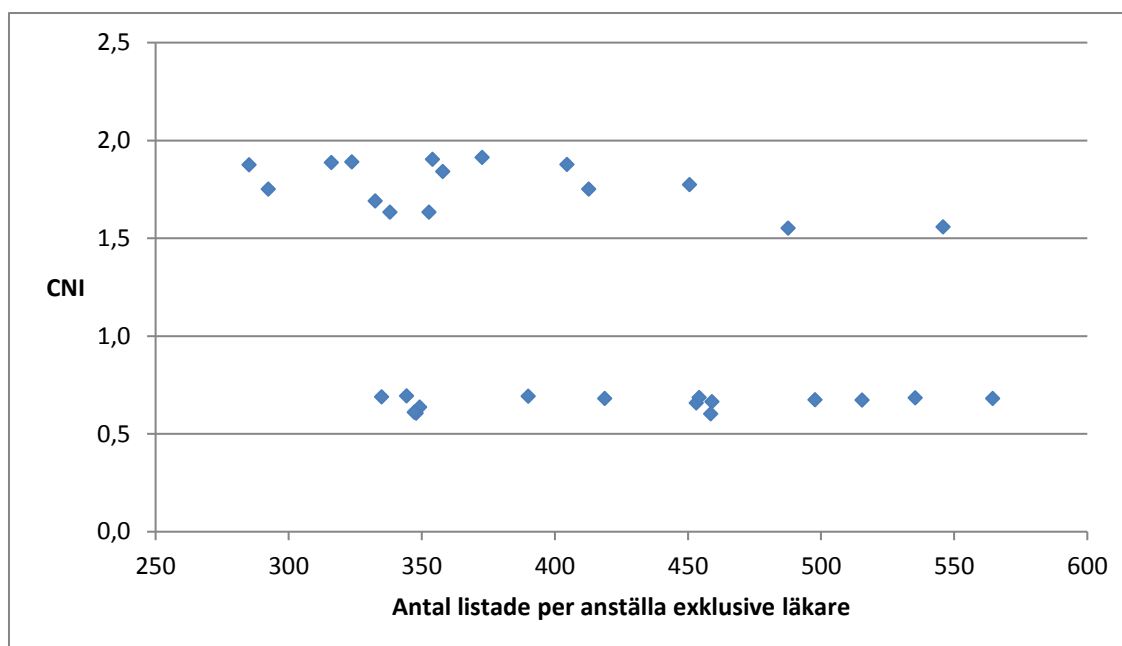
### **4.3 CNI OCH PERSONALRESURSER**

För att ytterligare komplettera analysen av CNI-ersättningens betydelse har personaluppgifter från de 15 vårdcentraler som valts ut för intervjuer granskats. Syftet var att beskriva variationen i tillgängliga personalresurser bland de 15 vårdcentralerna i förhållande till genomsnittlig CNI-tyngd. Mått på vårdcentralers

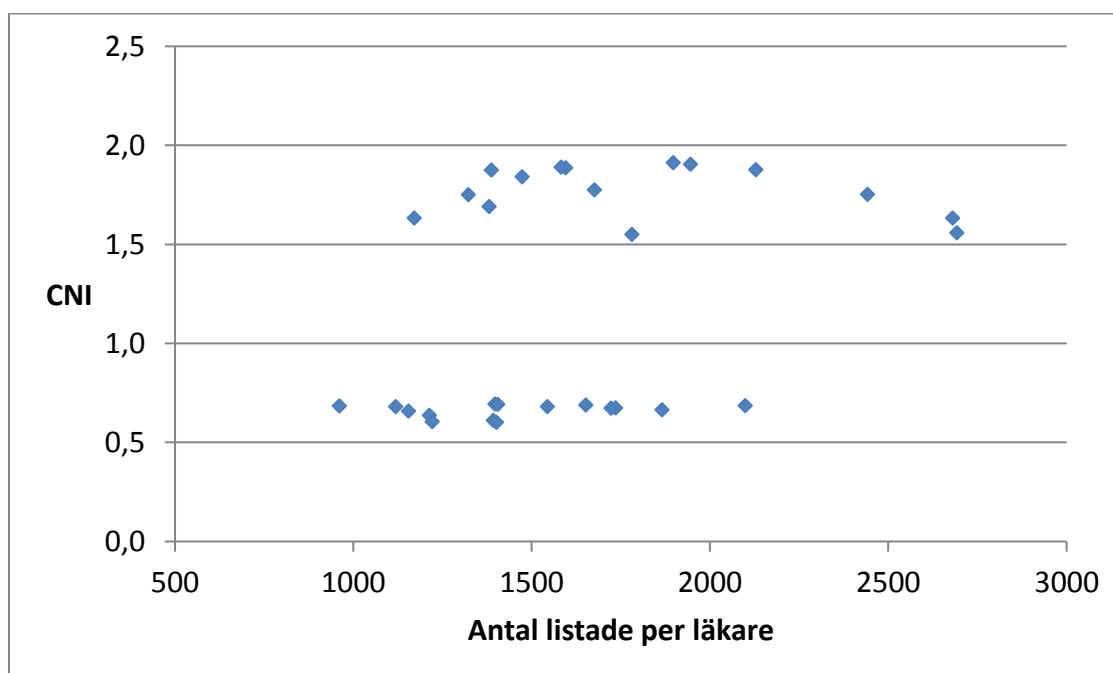
reala personalresurser avser dels antal listade i förhållande till antal anställda exklusive läkare, dels antal listade i förhållande till antalet anställda läkare. I beräkningen av antalet listade per läkare har ST och övriga läkare uppskattats motsvara 50 procent av specialistläkare i allmänmedicin på samma sätt som i jämförelsen i avsnitt 3.1. Detta är en mycket grov uppskattning men har ändå bedömts ge bättre jämförelser än om enbart specialistläkare eller ett mått på samtliga läkare hade använts.

För var och en av de tio offentliga vårdcentraler som ingår i underlaget har tillgängliga observationer för åren 2013-2015 använts, vilket sammanlagt ger 30 observationer. Personaluppgifter från de fem privata vårdcentraler som ingår i intervjustudien har inhämtats genom särskild förfrågan vad avser år 2015. Sammantaget erhöles uppgifter från fyra vårdcentraler. Två observationer uppvisade större avvikelse jämfört med det övriga materialet. Mot bakgrund av en osäkerhet ifall om data var jämförbara redovisas enbart resultat för de offentliga vårdcentralerna.

Som framgår av figur 4.5 och 4.6 finns förhållandevís stor variation i antal listade per anställd exklusive läkare respektive antal listade per läkare. Det gäller oavsett CNI-tyngd. Det finns ingen uppenbar samvariation beroende på om vårdcentraler har högt eller lågt CNI. För vårdcentraler med högt CNI finns tendens till att antalet listade per anställd exklusive läkare är lägre (dvs. mer övriga personalresurser) och att antal listade per läkare är högre (dvs. mindre läkarresurser). Det finns också tendenser till större spridning bland vårdcentraler med högt CNI jämfört med vårdcentraler med lågt CNI, oavsett vilket mått på personalresurserna som används. Mot bakgrund av att antalet observationer är mycket få är dessa tendenser osäkra.

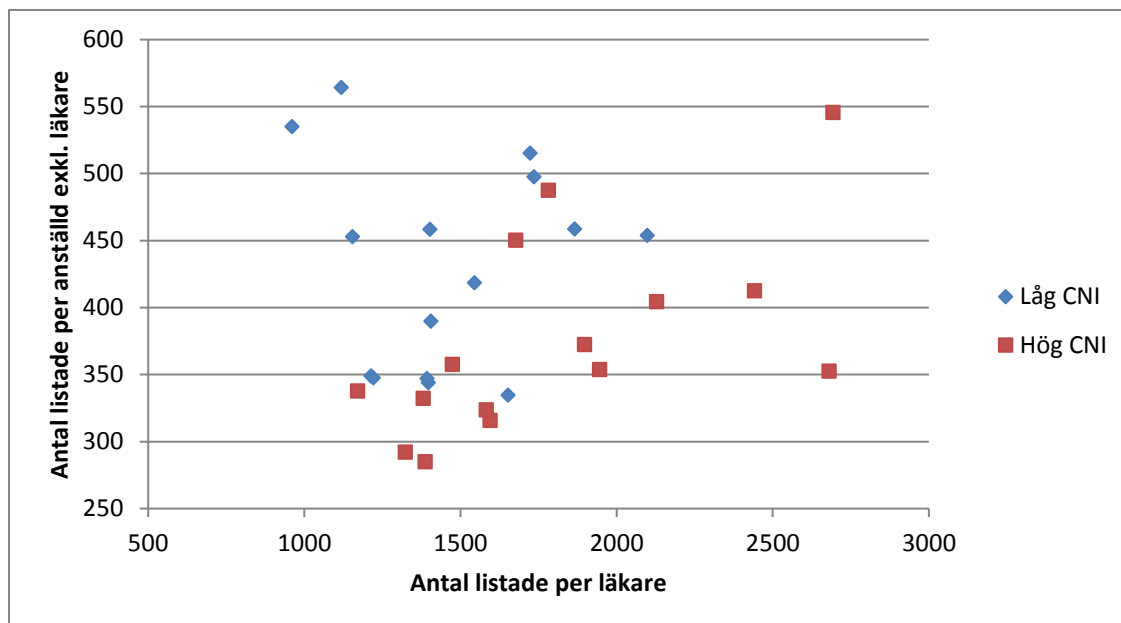


**Figur 4.5** Antal listade per anställd exklusive läkare (omräknat till heltid) och CNI-tyngd för 10 offentliga vårdcentraler 2013-2015. (Källa: Region Skåne.)



**Figur 4.6** Antal listade per läkare (omräknat till heltid, 50% av ST och övriga läkare) och CNI-tyngd för tio offentliga vårdcentraler 2013-2015. (Källa: Region Skåne.)

Eftersom tillgången på läkare i primärvården är begränsad är det möjligt att vårdcentraler som har svårt att rekrytera läkare till viss del försöker kompensera med annan personal, t.ex. sjuksköterskor. I figur 4.7 studeras mot denna bakgrund om det finns någon direkt samvariation mellan antal listade per läkare och listade per anställda exklusive läkare bland de tio vårdcentralerna.



**Figur 4.7** Antal listade per läkare (omräknat till heltid, 50% av ST och övriga läkare) och antal listade per anställda exklusive läkare (omräknat till heltid) för tio offentliga vårdcentraler 2013-2015. (Källa: Region Skåne.)

Som kan noteras i figur 4.7, där observationerna delats upp med avseende på vårdcentraler med högt respektive lågt CNI, finns stora variationer mellan vårdcentraler oavsett CNI-tyngd. Det finns inga uppenbara indikationer på substitution eller kompensation bland vårdcentraler med högt CNI. De vårdcentraler med högt CNI som har förhållandevis många listade per läkare tenderar snarast att också ha många listade per övriga anställda. På samma sätt finns vårdcentraler med högt CNI som har god bemanning både vad gäller läkare och annan personal. Detta mönster skulle kunna tyda på att rekryteringsproblem för vårdcentraler med högt CNI i förekommande fall gäller både läkare och annan vårdpersonal i samma omfattning. Mot bakgrund av att antalet observationer är få är dock resultaten osäkra.

Sett till statistik från samtliga vårdcentraler finns systematiska variationer i andelen läkarbesök av totala antalet besök på vårdcentralen beroende på vårdcentralens CNI-tyngd. Bland vårdcentraler med CNI över 1,2 var andelen läkarbesök i genomsnitt 37 procent jämfört med 40 procent på vårdcentraler med CNI under 1,0. Det ger indikationer på att den tendens till lägre genomsnittlig läkarbemanning vid vårdcentraler med högt CNI som redovisats ovan kan gälla för vårdcentraler generellt. På nytt ska noteras att detta resultat gäller vårdcentraler i genomsnitt. Några av de vårdcentraler med högt CNI som studerats i personalstatistiken ovan har jämförelsevis god bemanning av både läkare och annan personal.



## **4.4 CNI OCH FÖREBYGGANDE INSATSER**

En viktig målsättning bakom den särskilda CNI-ersättningen till vårdcentraler är att det ska finnas förstärkta möjligheter att arbeta med uppsökande och förebyggande arbete för att förhindra att ohälsa uppstår. En komponent i ett sådant arbetssätt kan vara att vårdcentraler arbetar med att kartlägga och förändra osunda levnadsvanor.

En tidigare enkät om vårdcentralernas arbete för att främja sunda levnadsvanor genomförd av Region Skåne i maj 2015 (Region Skåne 2015) besvarades av 120 vårdcentraler. Motiverande samtal var en av de tekniker som användes för att främja sunda levnadsvanor. Andelen legitimerad vårdpersonal på vårdcentralerna som var utbildad i sådan teknik varierade dock. I medeltal fann enkäten att 32 procent av vårdpersonalen hade utbildning i motiverande samtal, med en variation mellan 0-89 procent. Vidareutbildningen bedömdes som sporadisk och något som varierade utifrån medarbetares egna initiativ.

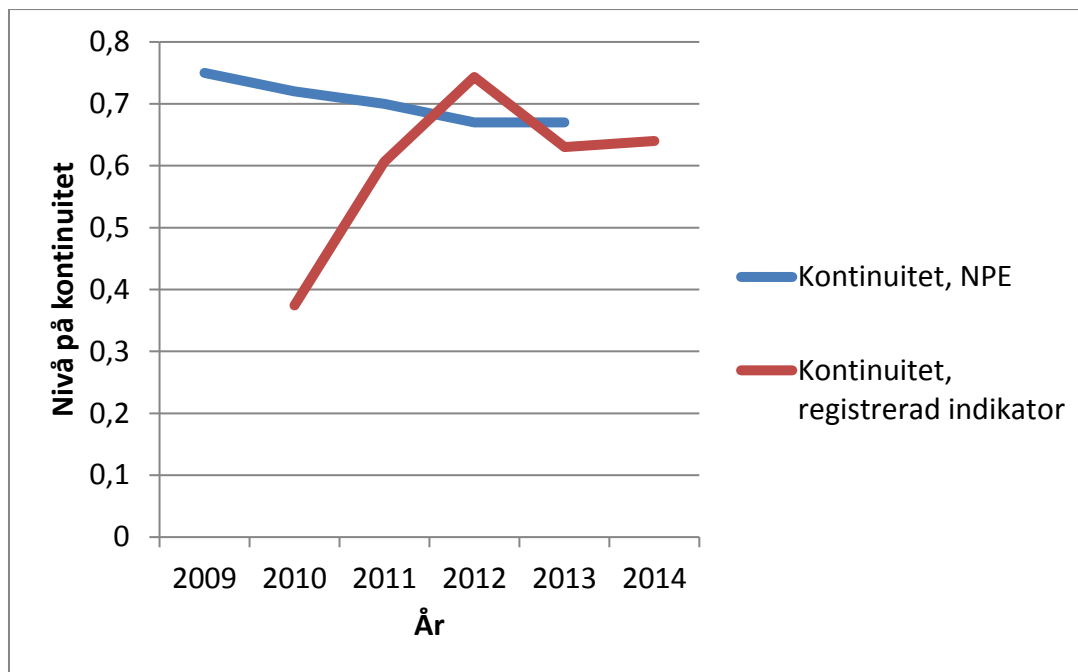
Nästan alla vårdcentraler hade tillgång till tobaksavvänjare och arbetade strukturerat med fysisk aktivitet på recept (FaR). Tre fjärdedelar av vårdcentralerna hade också rutiner för att identifiera patienter med missbruk och beroende, oftast genom ett generellt frågeformulär (AUDIT). Ungefär hälften av vårdcentralerna hade tillgång till kurator eller motsvarande med utbildning i evidensbaserade metoder för att stödja personer med missbruk och beroende.

Samtal om fysisk aktivitet var en vanlig registerad åtgärd i journaler. Däremot var andra rekommenderade åtgärder mindre vanliga i förhållande till andelen i den skånska befolkningen med ohälsosamma levnadsvanor. Andel unika patienter som under 18 månader (2013-14) fått stöd (registrerat) i form av exempelvis samtal om riskbruk av alkohol var 0,56 procent. Motsvarande andel med ohälsosamma levnadsvanor i Skåne var 15 procent för män respektive 9 procent för kvinnor. Enkätuppföljningen av Region Skåne kommenterar inte eventuella skillnader i arbete med förändrade levnadsvanor beroende på socioekonomiska skillnader bland patienter och invånare.

## **4.5 CNI OCH KONTINUITET**

Kontinuitet mellan vårdpersonal och patienter kan betraktas som en viktig förutsättning för ett systematiskt förebyggande arbete och för möjligheterna att upptäcka och förebygga ohälsa. Kontinuitet kan också bedömmas som särskilt betydelsefullt för vårdcentraler med högt CNI eftersom det finns ökad risk för ohälsa bland listade. Det är därför relevant att studera hur CNI-tyngd samvarierar med olika mått på kontinuitet bland de skånska vårdcentralerna. Ett mått på kontinuitet avser andelen läkarbesök hos samma läkare bland patienter som

besökt vårdcentralen minst 3 gånger under ett år ("mångbesökare"). Ett alternativt mått avser patientupplevd kontinuitet enligt resultat från Nationell Patientenkät. I figur 4.8 visas utvecklingen av båda måtten på kontinuitet åren 2009-2014. Vad gäller patientupplevd kontinuitet finns endast tillgång till data för perioden 2009-2013.<sup>9</sup> Registrerad kontinuitet avser tillgänglig data för perioden 2010-2014.<sup>10</sup>



**Figur 4.8 Patientupplevd kontinuitet (NPE) respektive kontinuitet till läkarbesök bland "mångbesökare" (registrerade uppgifter) i Region Skåne 2009-2014. (Källa: NPE respektive Region Skåne.)**

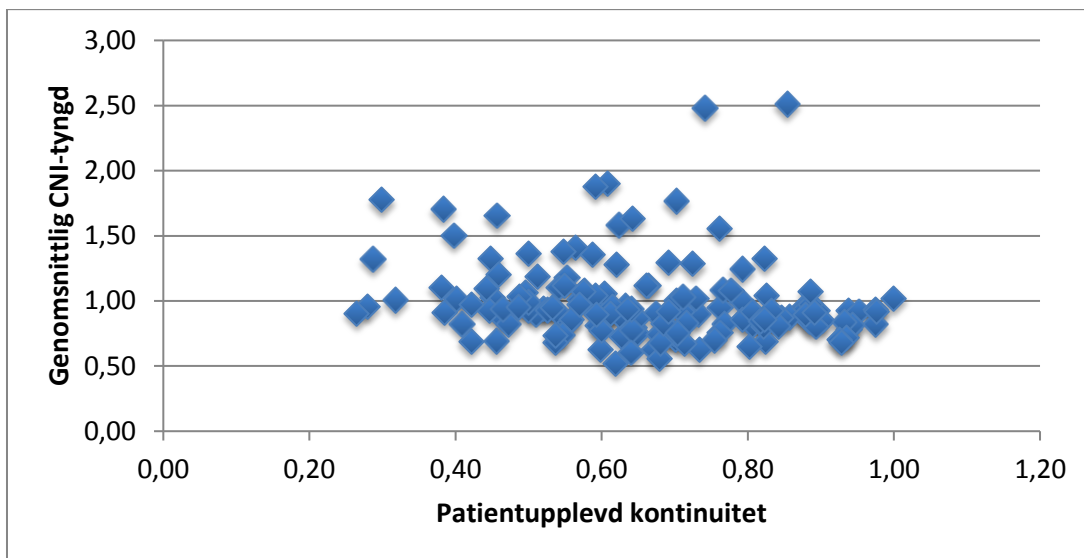
Som framgår uppvisar de båda måtten helt olika utveckling mellan åren. Den patientupplevda kontinuiteten har försvagats något medan den registrerade kontinuiteten förbättrades avsevärt mellan 2010 och 2012 för att därefter försämras något. Den registrerade kontinuiteten avser patienter som besöker vårdcentralen minst tre gånger på ett år och mäter enbart kontinuitet till läkarbesök. Den patientupplevda kontinuiteten avser kontinuitet även till annan vårdpersonal och fångar uppfattningar bland patienter generellt. Den registrerade kontinuiteten kan också påverkas mera direkt av berörda vårdcentraler jämfört med den patientupplevda kvaliteten som baseras på patientens upplevelser. Det är

<sup>9</sup> För år 2014 har vi inte tillgång till rådata från NPE och för 2015 har enkäten förändrats vilket gör att direkt jämförelse resultaten med tidigare års resultat försvåras. Patientupplevd kontinuitet enligt NPE 2009-2013 avser andel som svarade "Ja, nästan alltid" på frågan "Brukar du träffa samma läkare/sjuksköterska?" (Ja, nästan alltid/Nej sällan/Har bara gjort ett besök) rensat för de som bara gjort ett besök.

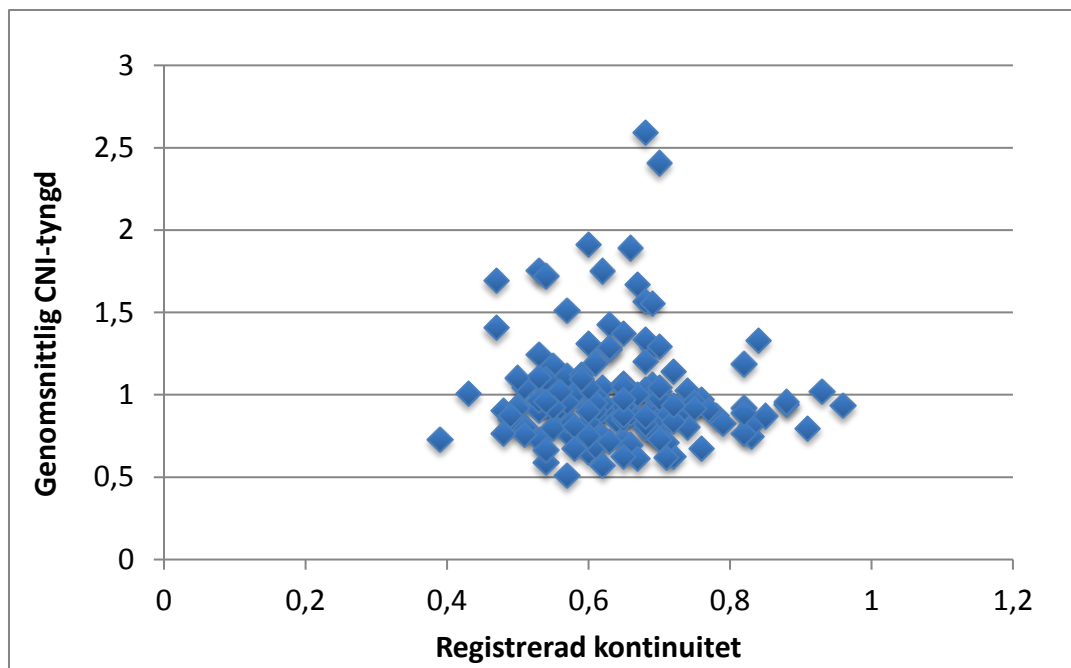
<sup>10</sup> Registrerad kontinuitet 2010-2014 avser hur stor andel av samtliga läkarbesök som är till samma läkare för dem som söker läkare på vårdenheten tre gånger eller fler under mätperioden (mätperiod=juli-juni, 2014 avser juli 2014-juni 2015 osv).

således inte ologiskt att utvecklingen kan peka i olika riktning beroende på vilket mått som används.

Oavsett vilket av måtten på kontinuitet som studeras finns ingen samvariation med vårdcentralers CNI-tyngd. Detta illustreras i figurerna 4.9 och 4.10. Förekomsten av samvariation mellan CNI och kontinuitet har också analyserats statistiskt i regressionsmodeller med kontroll för andra variabler (redovisas ej). Ingen av dessa modeller visade att CNI-tyngd hade någon signifikant betydelse för kontinuiteten. Det skulle innebära att den registrerade och den patientupplevda kontinuiteten varken är sämre eller bättre vid vårdcentraler med högt CNI, åtminstone inte i genomsnitt.

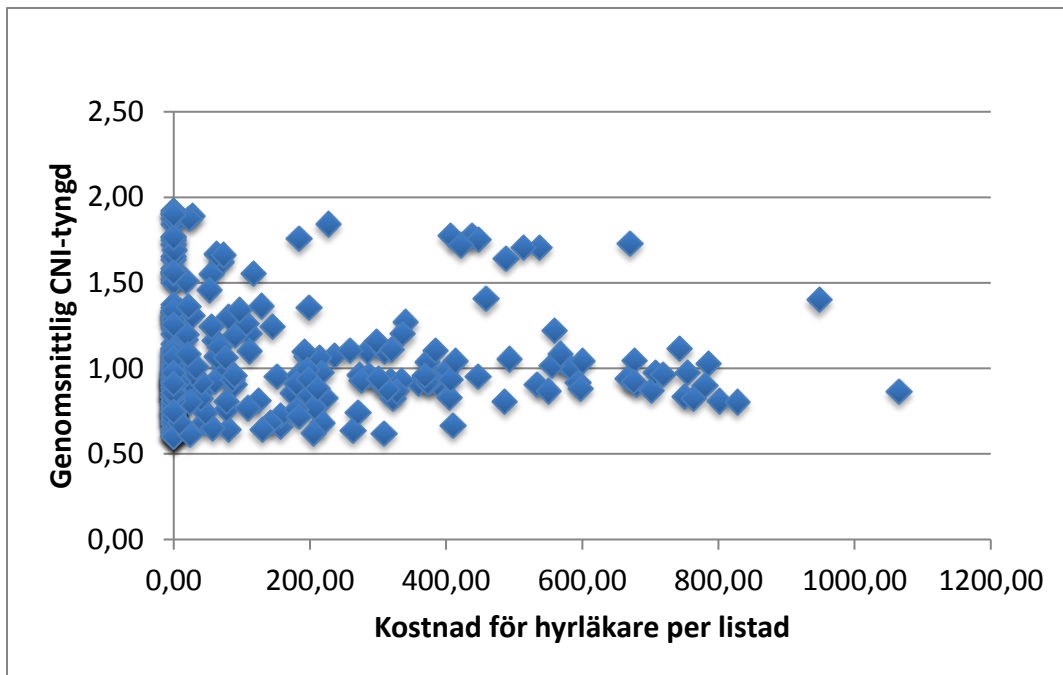


**Figur 4.9 Patientupplevd kontinuitet och CNI för vårdcentraler i Skåne år 2013. (Källa: NPE och Region Skåne.)**



**Figur 4.10 Registrerad kontinuitet och CNI för vårdcentraler i Skåne år 2014. (Källa: NPE och Region Skåne.)**

För att ytterligare belysa särskilda förhållanden i verksamheten beroende på CNI-tyngd har även variationer i förekomsten av hyrläkare bland offentliga vårdcentraler analyserats. En hypotes var att hyrläkarkostnaderna per listad var högre bland vårdcentraler med högre CNI-tyngd och att detta skulle kunna påverka den patientupplevda kvaliteten negativt. Den patientupplevda kontinuiteten samvarierade också som väntat med kostnaden för hyrläkare per listad. Någon signifikant samvariation mellan CNI-tyngd för vårdcentraler och kostnader för hyrläkare per listad kunde dock inte påvisas. Oberoende av CNI-tyngd finns stor variation mellan vårdcentraler när det gäller kostnader för hyrläkare per listad, se figur 4.11.



**Figur 4.11 CNI-tyngd och kostnad för hyrläkare per listad för offentliga vårdcentraler i Skåne respektive år 2012-2015. (Källa: Region Skåne.)**

## Kapitel 5

# VILKA ERFARENHETER OCH UPPFATTNINGAR HAR VERKSAMHETSCHEFER OM STYRNING INOM HÄLSOVAL SKÅNE?

I det här kapitlet redovisas resultaten från intervjuer med 15 verksamhetschefer. Syftet var att komplettera den övergripande redovisningen av förändringar i ackrediteringsvillkor och statistik med chefers uppfattningar. Tre teman har varit utgångspunkt för intervjuerna: uppfattningar om ackrediteringsvillkor och styrning, arbetsformer och insatser för att främja jämlik vård och hälsa samt uppfattningar om utvecklingsbehov när det gäller primärvård och styrning från uppdragsgivaren. Verksamhetschefer representerar vårdcentraler med olika CNI-tyngd för att belysa skillnader i arbetsformer men även olika driftsformer (5 privata, 10 offentliga) och geografisk lokalisering.

### 5.1 UPPFATTNINGAR OM ACKREDITERINGSVILLKOR OCH STYRNING

Intervjuade verksamhetschefer har varierande erfarenheter när det gäller hur länge man varit verksam inom skånsk primärvård. Det innebär att man har olika möjligheter att bedöma hur ackrediteringsvillkor och styrning från uppdragsgivaren förändrats sedan år 2009. En majoritet har dock varit verksamma under flera år, flera sedan vårdvalet infördes.

Uppfattningarna om hur innehållet i ackrediteringsvillkoren har förändrats sedan 2009 är samstämmiga. Det har blivit mer detaljstyrning, mera likriktat och fler tvära kast i villkoren. Många menar att denna utveckling främst uppkommit under senare år. Mängden nya villkor och tvära kast är särskilt problematiska eftersom de beslutas sent under året, när vårdcentralens budget för nästa år redan är beslutad. Nya krav och uppdrag leder till en upplevelse av försämrade ekonomiska förutsättningar. En långsiktighet saknas, vilket i sin tur leder till ökad osäkerhet om ytterligare förändringar i villkoren.

Även när det gäller formerna för styrning (inklusive uppföljning) av vårdgivare från Region Skånes sida upplever en klar majoritet av cheferna att detta förändrats under senare år. Bland flera chefer uttrycks uppfattningen att det tidigare varit mer av samverkan och att man kunnat få information och råd mera personligt.

Relationen med uppdragsgivare beskrivs som mera formaliserad än tidigare med uppdelning mellan uppdragsgivare som kravställare och vårdcentraler som leverantörer. Under senare år har det utvecklats principer som innebär att frågor ska skickas skriftligt till en vårdgivarservice, vilken uppfattas som anonym. De dialogmöten som sker på våren och hösten uppfattas som otillräckliga och mer inriktade på ensidig information. Några chefer pekar också på att den medicinska revisionen förändrats på ett negativt sätt. Tidigare uppfattades denna form av styrning som stödjande och som ett sätt att ha en dialog med uppdragsgivaren.

Återkommande exempel på ökad detaljreglering är uppföljning av telefontillgängligheten som av flertalet chefer beskrivs som ”fyrkantig”. Behoven av att vara tillgänglig per telefon eller på andra sätt kan variera, menar man. Kravet på telefontillgänglighet driver dessutom mot flera korta samtal. Det kan leda till att patienter i ökad grad bokas in på besök, snarare än att man genom längre samtal försöker triagera mot egenvård. Uppdragsgivarens sätt att följa upp tillgängligheten beaktar inte heller om vårdcentraler använder tekniker för återuppringning. Flera chefer beskriver hur uppföljning och styrning på telefontillgänglighet leder till förstärkt bemanning på denna funktion även om man själva anser att behoven talar för en annan resursanvändning.

Ofta refererade exempel på sent presenterade nya villkor som fått stora konsekvenser för verksamheten är förändringar när det gäller ersättning för hembesök och ökade krav på täckningsgrad. Flera chefer beskriver att dessa nya villkor skapat stora omfördelningar i ekonomiska resurser mellan vårdcentraler. Några chefer påtalar att de nya villkoren gett särskilda fördelar för vårdcentraler som har kontakt med många särskilda boenden som har enklare att öka volymen hembesök. Ökade krav på täckningsgrad är på samma sätt en nackdel för vårdcentraler som ligger nära sjukhus med många besök på öppna mottagningar.

Det finns bland flera chefer en upplevelse att eftersläpningar i statistik också leder till felaktigheter i ersättningen, vilket bidragit till en ökad osäkerhet och en känsla av att utfallen för den egna vårdcentralen måste ”bevakas”. Några chefer menar att nya krav och ökad osäkerhet är särskilt bekymmersam för små och privata vårdcentraler.

Kombinationen av fler nya krav och tvära kast har enligt flera chefer ökat osäkerheten om framtida villkor och att det finns en rädsla för att göra fel. Verksamhetschefens roll i detta sammanhang är att bedöma det som kommer nytt och avgöra hur verksamheten kan och bör förändras. Efter bedömning av det som man kan och bör satsa på samlar man personalen och försöker motivera till förändring. Eftersom man måste ha marginal för eventuella kostnadsökningar beskriver några chefer hur man håller tillbaka verksamheten och fokuserar på drift

snarare än utveckling. Några chefer beskriver hur det är omöjligt att ”springa på alla bollar” utan att man måste fokusera på sådant som är möjligt och ekonomiskt försvarbart. Det leder även till att den interna verksamhetsstyrningen fokuserar hur man kan undvika viten för t.ex. brister i telefontillgänglighet och täckningsgrad, vilket i sin tur innebär en fokusering på produktion och besök.

Både privata och offentliga chefer beskriver att man arbetar med produktionskrav i form av antal besök per dag för läkare och annan personal. Några menar att detta skett som följd av vikten av att redovisa en hög täckningsgrad, vilket kan påverkas genom att producera fler egna besök. Några chefer beskriver också att sättet att beräkna täckningsgraden kan styra verksamheten fel. Om patienter gör fler besök på vårdcentralen utöver ett läkarbesök under en dag räknas detta inte in i täckningsgraden. Detta kan bidra till att patienterna istället får komma tillbaka vid annat tillfälle för ytterligare besök. Den indirekta styrningen via täckningsgraden motverkar därigenom de incitament till samlad verksamhet som var den grundläggande tanken när Hälsoval Skåne infördes. Andra exempel på motstridiga krav som lyfts fram är betydelsen av en triagering för att fördela resurserna efter behov, samtidigt som det finns önskemål att patienter själva ska kunna boka tid för besök genom weblösningar.

Flera chefer gör bedömningen att möjligheterna att upprätta särskilda specialistmottagningar inom hjärtsvikt, gynekologi m.m. inte är ekonomiskt försvarbara. Förutom en svag lönsamhet gör också flera chefer bedömningen att det är för svårt att knyta till sig specialistläkare för uppgiften. Ytterligare chefer menar att behovet av specialiserade mottagningar i primärvården är begränsat, att allmänläkare och andra resurser ska klara de flesta patienters behov. Undantaget är äldrevårdsmottagning som de flesta bedömer som ett naturligt åtagande för primärvården.

Även om många verksamhetschefer är kritiska till hur ackrediteringsvillkoren utvecklats under senare år är inställningen till grunduppdraget för primärvård samt ersättningsprinciper och kostnadsansvar i huvudsak positiv. Några chefer med längre erfarenhet upplever att ackrediteringsvillkoren vid starten av hälsoval år 2009 var bra, med store frihetsgrader, och att ersättningen under de första åren successivt förbättrades. Några chefer beskriver också hur satsningar på vård till äldre varit bra och motiverade. Få om ens några chefer beskriver att ersättningsmodellen med stor andel kapitering som viktas efter vårdtyngd är problematisk. Däremot finns olika synpunkter om relevansen av att vikta utifrån CNI-tyngd, där flera chefer knutna till vårdcentraler med lågt CNI tycker att CNI-ersättningen bör fokusera vårdcentraler med högt CNI. Det finns också



varierande uppfattningar om vilken roll målrelaterad ersättning (MRE) ska ha och former för kostnadsansvar.

När det gäller kostnadsansvar finns kritik mot vårdcentralers kostnadsansvar för listade individers besök hos taxeläkare och främst taxesjukgymnaster. Detta kostnadsansvar uppfattas som orättvist, bl.a. eftersom förekomsten av sjukgymnaster som ersätts genom nationell taxa varierar geografiskt. För vissa vårdcentraler kan kostnader för sjukgymnaster som finansieras genom nationell taxa vara betydande. Kostnadsansvaret uppfattas också som principiellt tveksamt eftersom vårdcentraler inte kan påverka verksamheten eller få information om individers utnyttjande. Några chefer som berörs av dessa kostnader menar också att sjukgymnastikverksamheten inte sällan prioriterar individer med små medicinska behov och utgår från metoder som inte alltid är evidensbaserade.

## **5.2 FÖRÄNDRAD STYRNING FRÅN FÖRVALTNING OCH ÄGARE**

För verksamhetschefer i offentlig regi, och även bland chefer verksamma i privata koncerner, sker även en styrning från ägare och den övergripande koncernledningen för verksamheten. Vårdcentraler i offentlig regi organiserades tidigare i en gemensam primärvårdsförvaltning. Detta ändrades dock år 2013 till förmån för en organisation inom Region Skåne som omfattade tre förvaltningar med både primär- och sjukhusvård. Ambitionerna bakom denna förändring var bl.a. att åstadkomma bättre samverkan mellan vårdnivåerna. Inom respektive förvaltning finns en divisionschef som är högsta tjänsteman för primärvården. Därutöver finns verksamhetsområdeschefer med ansvar för offentliga vårdcentraler inom ett mindre geografiskt område.

Intervjuade verksamhetschefer i offentlig regi beskriver en upplevelse av ökad styrning från förvaltningens sida över tid. Man uppfattar också att det blivit ett längre avstånd till ledningen i den nya organisationen. Ambitioner att samverka på ett bättre sätt med sjukhusen har hittills inte realiserats. Kraven på att klara ekonomi, tillgänglighet och produktionskrav upplevs ha ökat. Vid anställning av personal ska förslag från verksamhetschef godkännas av ekonom och HR-specialist, som bl.a. analyserar önskemålen utifrån befintlig personalsammansättning, antal listade och vårdtyngd vid aktuell vårdcentral. Beslut godkänns därefter av verksamhetsområdes- eller divisionschef. Även önskemål att utnyttja hyrläkare ska godkännas av övergripande chefer.

Sedan tillkomsten av nya förvaltningar finns övergripande ambitioner att ”ta bort murar” och att olika verksamheter ska ge stöd till varandra. Det innebär att läkare som arbetar vid en offentlig vårdcentral ska kunna hjälpa en annan vårdcentral

med läkarbemanningen vid behov, t.ex. under semestertid. Samtidigt som verksamhetschefer har förståelse för utvecklingen av en sådan ”koncerntanke” pekar man på de problem som kan uppstå. Etablering av väl fungerande läkarbemannning vid en vårdcentral beskrivs som ett långsiktigt och lokalt arbete. Ambitioner att läkarresurser ska ses som gemensam resurs som kan flyttas utifrån övergripande beslut påverkar både läkares och verksamhetschefers frihetsgrader negativt. Motiven för läkare att ha en fast anställning vid en vårdcentral, snarare än att arbeta vid olika vårdcentraler genom bemanningsföretag eller i eget bolag, kan minska. För läkare och annan vårdpersonal görs förmodligen inte heller någon skillnad mellan olika former av styrning, menar flera chefer, om styrningen beror på nya ackrediteringsvillkor eller nya krav från koncernledningen. Nya krav och villkor utgör ”styrning ovanifrån” som reducerar de egna frihetsgrader.

### **5.3 ARBETSFORMER OCH INSATSER FÖR ATT ÅSTADKOMMA JÄMLIK VÅRD OCH HÄLSA**

Verksamhetschefer beskriver hur verksamheten vid både egna och andras vårdcentraler påverkats på olika sätt av vårdvalet, även om ackrediteringsvillkoren är desamma. Detta beror bl.a. på förekomst och typ av konkurrens. För en del vårdcentraler finns ingen konkurrens, vilket också leder till små förändringar i arbetsätten eller att de nya villkor som infördes år 2009 inte ens erkänns, menar man. I andra områden beskriver intervjuade chefer att konkurrensen framför allt handlar om att kunna rekrytera läkare medan verksamheten bedrivs ungefär som tidigare. I ytterligare andra områden har verksamheten förändrats, inte sällan som konsekvens av konkurrens från nya (privata) alternativ.

Sammantaget bedöms vårdvalet ha lett till en bättre tillgänglighet i primärvården och förändrad relation och attityd till befolkning och patienter. Det finns dock frågetecken kring hur den förbättrade tillgängligheten har fördelats i befolkningen med avseende på behov. Samtliga chefer som intervjuats beskriver hur triagering av sjuksköterska vid kontakter med patienter per telefon är grundläggande för att åstadkomma en behovsstyrd vård. Alla patienter har inte behov av att besöka vårdcentralen eller att träffa en läkare. Några chefer menar också att många invånare söker sig till vårdcentralen i onödan när egenvård varit tillräckligt. De flesta chefer menar att det finns en risk att egna tidsbokningar av patienter underminerar triageringen och därmed insatser för att åstadkomma jämlik vård och hälsa. Det gäller särskilt nybesök medan egna tidsbokningar för planerade återbesök bland kända patienter upplevs som mindre problematiska. De krav på webbokningar som formulerats för offentliga vårdcentraler har hanterats på olika sätt. Några få vårdcentraler möjliggör tidsbokning på läkare medan de flesta

enbart ger möjligheter att tidsboka annan vårdpersonal eller för ombokningar. De flesta uppfattar att egna tidsbokningar hittills varit hanterbar men konstaterar samtidigt att den är lite uppmärksammas och marknadsförd av vårdcentralerna själva.

Samtliga intervjuade chefer har en samstämmig uppfattning att det behövs viss storlek på verksamheten för att ekonomin ska gå ihop. Den gräns när det gäller antal listade man refererar till varierar mellan 6 000 till 10 000 listade. Chefer i offentlig regi refererar oftare till den högre nivån i intervallet. Mindre enheter blir sårbara och har svårt att rekrytera framför allt vårdpersonal utöver läkare eftersom man inte har behov av heltider. Det blir också svårare att hantera kostnadsansvaret. Privata chefer påtalar dessutom att nystartade verksamheter har svårt att få ihop ekonomin. Små vårdcentraler på landsbygd uppfattas som särskilt utsatta, inte minst när det gäller problem att rekrytera läkare. Med större enheter ges möjligheter till bredare kompetens på vårdcentralen och minskad sårbarhet. Det finns möjligheter att rekrytera ST-läkare som kan förbättra läkarbemanningen. Även förutsättningarna för att arbeta aktivt med insatser för att åstadkomma jämlik vård och hälsa varierar beroende på verksamhetens storlek. Med fler listade finns möjligheter att rekrytera mer specialiserad personal och ge särskilda uppdrag till utvald personal, exempelvis i form av kontakter och nätverksarbete med andra aktörer. Samtidigt blir stora vårdcentraler mer svårstyrda och mindre ”familjära” eftersom fler personer involveras. Mindre verksamheter kan skapa förutsättningar för bättre kontinuitet och ökad kännedom om listade patienter.

En klar majoritet av cheferna beskriver ett arbete på vårdcentralerna som fokuserar på de patienter som söker sig till mottagningarna och som är kända sedan tidigare. Det gäller oavsett CNI-tyngd. Kallelsesystem varierar från att enbart patienter med särskilda behov kallas i särskild ordning (exempelvis dementa äldre) till att breda grupper av äldre över viss ålder kallas årligen. Strukturerade insatser för äldre med hembesök, individuella planer, läkemedelsgenomgångar samt råd och stöd till särskilda boden beskrivs på ungefär samma sätt. Äldre som inte har stöd av anhöriga eller särskilda boenden beskrivs som en särskilt utsatt grupp där kontinuitet är särskilt betydelsefullt.

Chefer över vårdcentraler med högt CNI beskriver en mottagningsverksamhet med särskilda förutsättningar och krav. Patienter saknar ofta möjligheter att uttrycka sig på svenska eller engelska och har bristande förståelse för det svenska samhället eller för hur vården fungerar. Många patienter söker sig direkt till mottagningarna, snarare än att först kontakta vårdcentralen per telefon. Inte sällan finns anhöriga och barn med. Besöken kräver ofta tolk och tar längre tid. Förutom

vårdbehov kan vårdpersonal även få frågor om översättning av dokument eller behöva förklara hur det svenska samhället och dess myndigheter fungerar. Besöken tenderar därför att bli komplexa när många olika frågeställningar ska behandlas utöver de medicinska problemen. Ett vanligt problem är också att patienter inte kommer till bokade tider. En del chefer beskriver en strategi att man genomför så mycket som möjligt när patienten verkligen är på plats. Följsamheten till behandlingar bland patienter med kroniska sjukdomar kan vara dålig, vilket leder till fler akuta besvär. Kraven på tillgänglighet, att träffa en doktor och att komma till annan specialist genom remiss kan vara höga bland patienter från andra länder och kulturer.

Några verksamhetschefer på vårdcentraler med högt CNI beskriver hur man försöker verka förebyggande och uppsökande genom föredrag och kontakter med olika lokala föreningar och nätverk. Dessa kontakter genomförs vanligen med särskilt avsatt personalresurs. Erfarenheter av att nå ut till målgrupper är bättre när man besöker andra befintliga nätverk, snarare än att man bjuder in till egna seminarier. Det finns en osäkerhet kring effekterna av detta nätverksarbete, men det uppfattas som viktigt och meningsfullt.

Även vårdcentraler med lågt CNI kan möta behov från enskilda patienter som rymmer en socioekonomisk problematik och psykisk ohälsa i kombination med dåliga levnadsvanor. Enstaka vårdcentraler beskriver också hur de arbetar systematiskt för att identifiera mångbesökare i samverkan med andra vårdgivare. För dessa individer ges särskilt stöd och en kontaktperson utses. En bra kontinuitet uppfattas som en väsentlig del av ett bättre stöd till mångbesökare. Det är intressant att chefer för vårdcentraler med lågt CNI beskriver krav på verksamheten som delvis liknar kraven på vårdcentraler med högt CNI. Det gäller höga förväntningar på tillgänglighet, att få träffa en doktor och att få remiss till annan specialistläkare. Medan vårdcentraler med högt CNI har en särskild problematik när det gäller låga kunskaper om vård kan det omvända gälla vårdcentraler med lågt CNI. Patienter kan vara mycket pålästa och uppfattar att man "vet" vilka insatser som man har behov av. Detta leder till behov av längre tid i samband med besök och ökad risk för konflikt med vårdpersonalen som kan göra en annan bedömning. Bland några chefer finns därför uppfattningen att vårdcentraler i områden med lågt CNI är missgynnade ekonomiskt. Patienternas krav på verksamheten är höga och det är relativt vanligt att man söker vård hos andra vårdgivare som vårdcentralen får kostnadsansvar för.

Verksamhetschefers erfarenheter av att arbeta med hyrläkare varierar. Flertalet beskriver dock hur hyrläkare försämrar möjligheter till kontinuitet och långsiktigt utvecklingsarbete i samverkan med annan vårdpersonal. Det främjar inte heller

möjligheterna att på olika sätt åstadkomma en jämlik vård och hälsa. Alternativen till hyrläkare är dock begränsade då man uppfattar att annan vårdpersonal inte kan ersätta brist på allmänläkare. Några chefer menar att digital teknik med läkare som är tillgänglig på videolänk eller motsvarande skulle kunna bidra med nya lösningar som även bidrar till ökad jämlikhet.

## **5.4 UPPFATTNINGAR OM BEHOV AV FÖRÄNDRINGAR**

Intervjuade chefers uppfattningar om hur primärvården bör förändras varierar. Det finns dock en samstämmighet i vissa frågor. En gemensam inställning är att primärvården behöver mer resurser och flera pekar på problem med läkarbemanningen. Ett stort och olöst problem är samverkan med andra vårdgivare, främst andra specialister. Samverkan avser även bättre kunskapsstöd om vem som har kostnadsansvar för olika utredningar och hjälpmedel. Ett exempel är vem som har ansvar för att initiera och betala dyrbar röntgen i samband med remiss till ortoped. Ett annat exempel som nämns är ansvar för hjälpmedel. Ytterligare exempel är vårdcentralers kostnadsansvar för sjukgymnaster som finansieras via nationell taxa och där det inte finns formella förutsättningar för samverkan.

Digitaliseringen ger nya förutsättningar att möta och följa upp patienter samt ge stöd till egenvård som man måste tillvarata och anpassa sig till. Det finns olika uppfattningar om patienterna i ökad grad ska kunna boka tider själva, om detta är ett problem eller en möjlighet. Några menar att man inte ska underskatta patienternas förmåga att bedöma behov; flera påtalar att egna tidsbokningar för nybesök underminerar den triagering som är betydelsefull för att åstadkomma en behovsstyrd och jämlik vård. Samtidigt som digitaliseringen ger helt nya möjligheter påtalar chefer att basal funktionalitet i nuvarande IT-system saknas. Chefer efterlyser också mer kunskapsstöd som är knutet till nuvarande informationssystem. Det gäller även basal information om kostnader för olika utredningar i samband med att de initieras.

Chefer redovisar olika syn på om primärvårdens uppdrag behöver delas upp i funktioner och om det finns behov av att knyta till sig andra specialister utöver allmänläkare. De flesta chefer menar att allmänläkare vill ha ett blandat uppdrag och att exempelvis vård till äldre är en naturlig del av primärvårdens åtagande. Man påtalar också att grundproblemet är att det fattas allmänläkare och att dessa inte blir fler om man delar upp primärvårdens åtagande i olika funktioner, t.ex. genom att särskilja läkarinsatser för mest sjuka äldre från annan primärvård. Inställningen till behovet av att flytta ut andra specialistläkare till primärvårdens varierar. Flera chefer påtalar att en sådan utveckling blir relevant först med stora patientunderlag. Det är i första hand stora vårdcentraler eller vårdcentraler i någon

form av samverkan som kan utveckla former för hur andra specialister kan knytas till verksamheten. En annan förutsättning är att de ekonomiska villkoren måste vara tillräckligt bra och att det måste finnas frihetsgrader att utforma lokalt anpassade lösningar. En del chefer noterar att utvecklingen mot mera specialiserade resurser inte bara handlar om olika läkare. Även när det gäller allmänläkare och andra yrkeskategorier finns behov av specialisering i primärvården för att möta ständigt ökande krav och förväntningar från både befolkning, patienter och uppdragsgivare. En risk med denna utveckling är att det skapas nya stuprör inom vårdcentralen. Parallellt med en ökad specialisering finns därför behov av ett tydliggöra det medicinska ledningsansvaret, menar några chefer.

Chefer i offentlig verksamhet upplever en ökad grad av ”koncernstyrning” och målsättningar att vårdcentraler ska hjälpa varandra med t.ex. bemanning. Bedömningen bland flertalet chefer är att detta är både bra och dåligt för verksamheten. Flera chefer säger sig ha förståelse för principen men menar samtidigt att den är problematisk eftersom personal på vårdcentral vanligen vill arbeta med sin ”egen” verksamhet. Principerna om mera samverkan kan också ge negativa effekter på den framtida motivationen genom att det inte ”lönar sig” att utveckla en bra egen verksamhet. Det innebär i sin tur att en av de grundläggande målsättningarna i samband med att vårdval infördes urholkas. En del chefer pekar på behov av snarast fler kollektiva och tvingande lösningar. Det gäller då inte enbart vilka informationssystem som används och jourssystem för kvällar och helger utan även exempelvis mobila läkarteam till mest sjuka äldre som bemannas solidariskt av vårdcentraler.

Även om uppfattningarna om den framtida primärvårdens organisation och innehåll varierar finns en mycket tydlig gemensam uppfattning om hur den framtida styrningen bör förändras. Det finns starka önskemål om att skapa mer långsiktighet och förutsägbarhet i krav och ackrediteringsvillkor, vilket skulle minska osäkerheten och undvika tvära kast i förutsättningarna. Några chefer menar i det sammanhanget att det behövs ett större fokus på primärvårdens grunduppdrag som inte ändras mellan åren. Sådana villkor skulle i sin tur innebära att verksamhetschefer kan arbeta mera långsiktigt med utveckling av verksamhetens kvalitet. Större förändringar bör dessutom genomföras stegvis och med löpande analys av konsekvenserna. En annan samstämmig uppfattning är att relationen med uppdragsgivaren måste ändras i riktning mot mer dialog utifrån en gemensam målbild. En dialog med uppdragsgivaren skulle bidra till bättre kommunikation och en styrning som blir mer relevant. Den skulle även bidra till reducerad osäkerhet om framtida villkor. Det finns också önskemål från flertalet chefer om en mera flexibel styrning utifrån vårdcentralens egna förutsättningar.

Lokala behov och även vårdcentralens kapacitet och tillgång till kompetens varierar. Detta kommer inte till uttryck i nuvarande ackrediteringsvillkor, menar man, som utgår från en genomsnittlig vårdcentral.

## Kapitel 6

# UTVECKLINGSBEHOV OCH REKOMMENDATIONER

I det här kapitlet redovisas utvecklingsbehov och rekommendationer med utgångspunkt i det material som redovisats i kapitel 2-5. I ett första avsnitt sammanfattas primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne år 2009 samt resultat från analyser av CNI-ersättningens betydelse respektive verksamhetschefers uppfattningar om ackrediteringsvillkoren och hur dessa förändrats. Därefter identifieras huvudsakliga problem och utvecklingsbehov. Avslutningsvis redovisas rekommendationer som stöd för fortsatt utveckling av skånsk primärvård. Utgångspunkten är behov av förändrad styrning med utgångspunkt i ackrediteringsvillkoren för vårdcentraler, dvs. relationen mellan uppdragsgivare och vårdgivare. Många frågor och utvecklingsbehov som avser styrning och uppföljning inom verksamheter, t.ex. koncernstyrningen inom offentlig regi eller styrningen inom enskilda vårdcentraler, berörs inte alls eller enbart indirekt.

### **6.1 PRIMÄRVÅRDENS UTVECKLING EFTER INFÖRANDE AV HÄLSOVAL SKÅNE**

#### **UTVECKLINGEN AV FINANSIELLA OCH REALA RESURSER**

År 2005/2006 var Region Skåne ett av de landsting som satsade minst kronor per invånare på primärvården. Under senare år har nettokostnaden för primärvård per invånare varit högre i Region Skåne än för alla andra landsting i genomsnitt. Under hela perioden 2002-2014 har primärvårdens nettokostnader per invånare ökat med drygt 70 procent. Det är väsentligt högre än motsvarande ökning av nettokostnaderna per invånare för hälso- och sjukvården sammanlagt i Skåne. Basersättningen per invånare inom ramen för Hälsoval Skåne ökade med 32 procent från år 2009 till 2016.

Utvecklingen när det gäller reala resurser kan beskrivas med flera olika mått. Antalet vårdcentraler ökade med ungefär 17 procent de tre första åren med vårdval och har därefter varit i huvudsak stabilt kring 150 vårdcentraler. Även om antalet privata vårdcentraler inte blivit fler finns en fortsatt utveckling mot allt fler invånare som är listade på en privat vårdcentral; från 17 procent år 2009 till 39 procent år 2015. Möjligheterna att följa den totala utvecklingen av antalet läkare



och annan personal i primärvården sedan 2009 är bristfällig eftersom det saknas statistik från privata vårdgivare. Antalet allmänläkare i både privat och offentlig regi är i stort sett oförändrat mellan åren 2012 – 2015 enligt tillgängliga uppgifter. Den totala utvecklingen före 2012 eller för annan personal är dock inte känd.

För offentliga vårdcentraler finns bättre möjligheter att följa personalutvecklingen. Antalet anställda läkare vid offentliga vårdcentraler ökade med knappt 5 procent mellan 2008 och 2015. Relationerna mellan färdiga specialister och läkare under specialistutbildning ändrades dock påtagligt. Medan antalet anställda allmänläkare minskade ökade andelen ST-läkare från 24 till 39 procent under perioden. Övrig personal ökade med 23 procent, främst i form av fler sjuksköterskor som anställdes under senare år. Samtidigt har antalet listade vid offentliga vårdcentraler minskat, från 1 miljon invånare 2009 till 800 000 invånare år 2015. Det innebär sammantaget ganska stora förändringar av antalet listade i förhållande till antalet anställda inom offentlig regi. Antalet anställda i förhållande till antalet listade om läkare exkluderas har ökat med ungefär 35 procent under perioden 2009-2015. Antalet anställda läkare i förhållande till antalet listade har ökat med 27 procent men då förklaras ökningen framför allt av en ökning i antalet ST-läkare. Antalet anställda allmänläkare i förhållande till antalet listade har ökat med knappt 10 procent.

För privata vårdcentraler finns inga uppgifter som möjliggör beskrivning av utvecklingen över tiden eller för personal utöver läkare. Sett till antalet läkare per listad finns ungefär 16 procent fler läkare än i offentlig regi. Andelen ST-läkare bland privata vårdcentraler är väsentligt lägre, i genomsnitt 20 procent. Det innebär att tillgången på allmänläkare är betydligt bättre i privat regi. I genomsnitt finns 25 procent fler allmänläkare per listade hos privata vårdcentraler jämfört med vårdcentraler i offentlig regi.

#### **UTVECKLINGEN AV BESÖK OCH KVALITET**

Även om antalet vårdcentraler ökat är antalet registrerade besök hos läkare i primärvården per invånare i stort sett oförändrat sedan 2009. Läkarbesöken per invånare ökade i samband med införandet av vårdval men har efter 2011 på nytt minskat. Samma trend kan noteras i andra landsting även om det absoluta antalet läkarbesök per invånare är högre både före och efter införande av vårdval i Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Halland jämfört med Region Skåne. Den stora förändringen i Region Skåne avser en ökning av antalet besök per invånare hos andra än läkare. Andelen läkarbesök av alla besök har därför minskat från 43 procent år 2009 till 39 procent år 2013. Motsvarande utveckling med förhållandevis kraftig ökning i antalet besök hos andra än läkare kan inte noteras i t.ex. Region Halland eller Västra Götalandsregionen. Det finns dock

förhållandevis stora variationer mellan andelen läkarbesök på skånska vårdcentraler. Andelen läkarbesök är i genomsnitt lägre för offentliga vårdcentraler jämfört med privata. Samtidigt är variationen större bland privata vårdcentraler.

Det finns ingen information som möjliggör uppföljning om förändringar i besökens längd eller innehåll över tiden. Ett minskat antal läkarbesök per individ kan också kompenseras av besök hos sjuksköterskor eller annan personal. Ett minskat antal läkarkontakter med diabetespatienter kan t.ex. kompenseras av fler kontakter med diabetessjuksköterska. Samtidigt som det är svårt att uttala sig om verksamhetens kvalitet utifrån volymen besök saknas det till stor del egentliga kvalitetsmått. Utöver kvalitetsindikatorer som används för målrelaterad ersättning och i t.ex. Nationella diabetesregistret finns möjligheter att följa patientupplevd kvalitet enligt Nationell patientenkät. Befolkningens förtroende för verksamheten kan även följas genom enkäten Vårdbarometern.

Andelen invånare som har stort förtroende för vården vid vårdcentraler ökade i samband med införande av vårdval i Region Skåne. Fr.o.m. år 2013 finns snarast en vikande trend, även om förtroendet fortfarande är väsentligt högre än före introduktionen av vårdval. Motsvarande utveckling kan noteras i andra landsting och regioner.

Sett till patientupplevd kvalitet finns motsvarande kraftiga ökning av andelen patienter som anser att det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentralen efter införandet av vårdval. Andelen har fortsatt att öka även under senare år. När det gäller andra indikatorer utifrån resultaten i Nationell patientenkät saknas uppgifter från åren före 2009. Genomsnittliga resultat för alla Region Skånes vårdcentraler visar dock en vikande trend efter 2009 när det gäller patientupplevda väntetider i primärvården. Dessa siffror avser genomsnittet för alla Region Skånes vårdcentraler varför utvecklingen för både enskilda vårdcentraler och grupper av vårdcentraler kan anta ett annat mönster. Tidigare studier med data från Region Skåne har visat att patientupplevd kvalitet varierar beroende på både strukturella faktorer och faktorer som har att göra med vårdcentralens organisation och arbetsformer (Glenngård 2015, Glenngård, Anell 2015). Högre CNI-tyngd samvarierar exempelvis med lägre patientupplevd kvalitet, medan högre andel läkarbesök av samtliga besök varierar med högre patientupplevd kvalitet.

Sett till utvecklingen av indikatorer som används inom ramen för målrelaterad ersättning finns i flera avseenden en förbättring över tiden. En positiv utveckling kan ses när det gäller insatser för äldre, såsom läkemedelsgenomgångar och individuella vård- och omsorgsplaner. Även utvecklingen när det gäller läkemedelsbehandling till äldre uppvisar förbättringar liksom användningen av

penicillin V som förstahandsval vid förskrivning av antibiotika till barn med luftsvägsinfektioner. I flera avseenden finns en långsiktigt positiv trend som inte kan kopplas samman med införande av vårdval.

En annan möjlighet att studera verksamhetens kvalitet är att fråga personalen om deras erfarenheter och intryck. Tyvärr finns inga enkätstudier som medger analys av eventuella förändringar. Resultaten från enkäter år 2015 av Läkarförbundet och Vårdanalys visar dock att allmänläkare och ST-läkare i Region Skåne i betydligt lägre grad än i andra landsting anser att deras patienter kan få en tid samma eller nästa dag. Det är också en lägre andel läkare som skulle rekommendera sin vårdcentral till en sjuk anhörig jämfört med många andra landsting. Samtidigt är uppfattningarna om i vilken grad patienter på deras vårdcentral alltid eller ofta kan välja en fast läkarkontakt snarast bättre än i andra landsting. Det är också en något högre andel läkare i Region Skåne jämfört med andra landsting som anser att man är väl förberedd på att hantera vård för patienter med flera kroniska sjukdomar och som är nöjda med förutsättningarna att erbjuda patienter vård på lika villkor. Liksom gäller för patientupplevd kvalitet kan läkares erfarenheter och intryck variera för både enskilda och grupper av vårdcentraler. Läkarförbundets enkät visar en stark samvariation mellan läkares negativa uppfattningar och en dålig läkarbemanning vid den vårdcentral där man är verksam. Analyser av data från Region Skåne visar också att dålig läkarbemanning och högre kostnader för hyrläkare samvarierar med sämre kontinuitet.

### **VILKEN BETYDELSE HAR CNI-ERSÄTTNINGEN?**

Det är relativt få vårdcentraler som har en hög CNI-tyngd. År 2015 hade 21 vårdcentraler en CNI-tyngd över 1,3 vilket motsvarar 14 procent av samtliga vårdcentraler. En majoritet av vårdcentraler med relativt hög CNI-tyngd är offentliga, medan andelen privata vårdcentraler är högre för vårdcentraler med CNI-tyngd under 0,9.

En analys av data från samtliga landsting visade att CNI-ersättningen ökade antalet privata etableringar i områden med relativt högt CNI jämfört med områden med relativt lågt CNI. En CNI-ersättning ger dock ingen ”extra effekt” i form av fler privata etableringar. Jämförelser mellan Västra Götalandsregionen och Region Skåne visar också att utformningen av CNI-ersättningen kan ha betydelse. I Västra Götalandsregionen får enbart vårdcentraler med CNI-tyngd över 2,5 en extra ersättning. I Region Skåne justeras samtliga vårdcentralers ersättning utifrån vårdcentralens CNI-tyngd. Västra Götalandsregionen har också klart fler privata etableringar i områden med mycket högt CNI, medan Region Skåne har flest privata etableringar i områden med CNI-värde mellan 1.0 och 2.0.

En viktig fråga är om de extra finansiella resurserna till vårdcentraler med högre CNI kommer patienterna tillgodo. I en första analys visades att offentliga vårdcentralers rörelsemarginal samvarierar med högre CNI. I en andra analys visades att även marginal för läkemedel samvarierar med högre CNI. Resultaten från dessa analyser indikerar att de extra finansiella resurser som fördelas till vårdcentraler med högre CNI inte fullt ut omsätts i mer reala resurser. För ett mindre urval vårdcentraler visas också att personalsammansättningen mellan vårdcentraler varierar, men att det inte finns någon uppenbar samvariation med högt eller lågt CNI. Bland vårdcentraler med CNI-tyngd över 1,2 visar dock statistik från samtliga vårdcentraler att andelen läkarbesök i genomsnitt är lägre jämfört med vårdcentraler under 1,0. Den patientupplevda kontinuiteten respektive registrerad kontinuitet till läkarbesök bland ”mångbesökare” är i genomsnitt varken bättre eller sämre vid vårdcentraler med högt CNI. Oberoende av CNI-tyngd finns också stor variation i kostnader för hyrläkare mellan olika offentliga vårdcentraler.

#### **VERKSAMHETSCHEFERS UPPFATTNING OM ACKREDITERINGSVILLKOR OCH STYRNING**

De krav och villkor som gäller för att få bedriva primärvård inom Hälsoval Skåne anges i ackrediteringsvillkoren. Verksamhetschefers uppfattningar om hur innehållet i ackrediteringsvillkoren förändrats är i huvudsak samstämmiga. Det har blivit mer detaljstyrning och fler tvära kast i villkoren. Nya villkor beslutas sent under året. En upplevd brist på långsiktighet leder till ökad osäkerhet. Några chefer beskriver att man därför fokuserar på drift snarare än utveckling av verksamheten. Även ambitioner att undvika viten för t.ex. brister i telefontillgänglighet och täckningsgrad innebär en fokusering på produktion och besök. Även när det gäller formerna för styrning upplever en klar majoritet av cheferna en försämring. Bland flera chefer uttrycks uppfattningen att relationen med uppdragsgivare blivit formaliserad och att vårdcentraler betraktas som leverantörer som ska svara upp mot de krav som uppdragsgivaren ställer. Befintliga dialogmöten uppfattas som otillräckliga och mer inriktade på ensidig information.

Intervjuade verksamhetschefer i offentlig regi upplever även en förändrad styrning från den egna förvaltningen. Kraven på att klara ekonomi, tillgänglighet och produktionskrav har ökat. Beslut om rekrytering av personal och utnyttjande av hyrläkare fattas på övergripande nivå. Samtidigt som verksamhetschefer har förståelse för utvecklingen av en ”koncerntanke” och ambitioner att ”ta bort murar” mellan verksamheter pekar man på de problem som kan uppstå. Ambitioner att läkarresurser ska ses som resurs som kan flyttas utifrån

övergripande beslut kan t.ex. påverka både läkares och verksamhetschefers frihetsgrader och motivation negativt. Bland vårdpersonalen görs inte heller någon skillnad mellan olika former av styrning. Både nya ackrediteringsvillkor och krav från koncernledningen utgör ”styrning ovanifrån” som kan påverka de egna frihetsgrader.

Sammantaget bedömer de flesta chefer att införandet av vårdval lett till en bättre tillgänglighet i primärvården och en förändrad relation och attityd till befolkning och patienter. Det finns dock frågetecken om i vilken utsträckning den förbättrade tillgängligheten har fördelats med avseende på vårdbehov. De allra flesta chefer som intervjuats beskriver hur triagering av sjuksköterska vid kontakter med patienter per telefon är grundläggande för att åstadkomma en behovsstyrd vård.

Förutsättningar för att arbeta aktivt med insatser för att åstadkomma jämlik vård och hälsa varierar. Med fler listade finns möjligheter att rekrytera mer specialiserad personal och ge särskilda uppdrag till utvald personal. Samtidigt kan mindre verksamheter skapa förutsättningar för bättre kontinuitet och ökad kännedom om listade patienter. En klar majoritet av cheferna beskriver ett arbete på vårdcentralerna som i första hand fokuserar på de patienter som söker sig till mottagningarna och som är kända sedan tidigare. Äldre som inte har stöd av anhöriga eller särskilda boenden beskrivs som en särskilt utsatt grupp med större behov av kontinuitet.

Chefer över vårdcentraler med högt CNI beskriver en mottagningsverksamhet med särskilda förutsättningar och krav. Patienter saknar ofta möjligheter att uttrycka sig på svenska eller engelska och har bristande förståelse för det svenska samhället eller för hur vården fungerar. Kraven på god tillgänglighet och att få träffa en läkare är inte sällan höga. Besöken tenderar att bli komplexa och ta lång tid. Även vårdcentraler med lågt CNI möter behov från enskilda patienter med socioekonomisk problematik och psykisk ohälsa relaterad till levnadsvanor. Medan vårdcentraler med högt CNI har en särskild problematik när det gäller låga kunskaper om vård kan det omvända gälla vårdcentraler med lågt CNI. Patienter kan vara pålästa och uppfattar att man ”vet” vilka insatser som man har behov av. Detta leder till längre besökstid och ökad risk till konflikter med vårdpersonalen.

Intervjuade chefers uppfattningar om framtidens primärvård varierar. En gemensam inställning är att primärvården behöver mer resurser och flera pekar på problem med läkarbemanningen. Ett stort problem är samverkan med andra vårdgivare, främst andra specialister. Mindre och nystartade enheter uppfattas som sårbara. Samtidigt blir stora vårdcentraler mer svårstyrda och mindre ”familjära” eftersom fler personer involveras. Även om uppfattningarna om den framtida primärvårdens form och innehåll varierar finns en gemensam uppfattning

om hur den framtida styrningen bör förändras. Det finns starka önskemål om att skapa mer långsiktighet och förutsägbarhet i krav och villkor. En annan samstämmig uppfattning är att relationen med uppdragsgivaren bör förändras i riktning mot mer dialog utifrån en gemensam målbild. En dialog med uppdragsgivaren skulle bidra till bättre kommunikation och en styrning som blir mer relevant och kan även bidra till reducerad osäkerhet om framtida villkor.

## **6.2 PROBLEM OCH UTVECKLINGSBEHOV**

Utifrån det material som presenterats i kapitel 2-5 och som sammanfattats ovan kan flera problem och utvecklingsbehov identifieras. Verksamhetschefer har många synpunkter på ackrediteringsvillkoren. Det gäller både själva innehållet samt att villkoren ändras för ofta och för snabbt. Flera chefer har synpunkter på utformningen och betydelsen av täckningsgrad och kostnadsansvar för t.ex. sjukgymnaster som finansieras genom nationell taxa. Det finns många förslag som går i riktning mot minskad detaljstyrning. Samtidigt pekar den utveckling och analys som redovisats i rapportens kapitel tre och fyra snarast på ett behov av ytterligare styrning från uppdragsgivarens sida. Det gäller t.ex. hur den extra CNI-ersättningen bör användas. Sammanfattningsvis ställs uppdragsgivaren inför till synes motsatta krav och ett dilemma – krav på minskad detaljstyrning från verksamheten; behov av mer styrning för att nå de övergripande målen.

Med utgångspunkt i insamlat material och sammanfattningen ovan kommer utvecklingsbehov avseende former för hur ackrediteringsvillkoren förändras att behandlas först. Därefter behandlas ett urval övergripande frågeställningar som har att göra med primärvårdens innehåll och arbetsformer och som därmed anknyter till ackrediteringsvillkorens innehåll. Analys av problem och utvecklingsbehov när det gäller former för förändrade ackrediteringsvillkor tar huvudsakligen utgångspunkt i resultatet av genomförda intervjuer. Statistik och analyser i kapitel tre och fyra är istället huvudsakligt underlag vid diskussion om utvecklingsbehov när det gäller primärvårdens innehåll och arbetsformer.

### **PROBLEM OCH UTVECKLINGSBEHOV AVSEENDE FÖRÄNDRING AV ACKREDITERINGSVILLKOREN**

Granskningen av ackrediteringsvillkoren visade att fler förändringar genomförts under senare år jämfört med de första åren med hälsoval. Detta stämmer också med verksamhetschefernas uppfattningar om en förändrad styrning. Till viss del avser förändringarna politiska initiativ till förändrad verksamhet, t.ex. när det gäller insatser för mest sjuka äldre. Förändringar som tar utgångspunkt i innovationer bland vårdgivare eller utvärderade experiment saknas helt. Många av de förändringar som införts är snarast förtydliganden av tidigare krav och

villkor. I flera fall införs dessa förtydliganden mot bakgrund av att det finns olika tolkningar av villkoren och att förutsättningarna för att uppfylla dessa bland vårdgivare och att den verksamhet som tillhandahålls därför varierar. En risk med dessa förtydliganden är att de upplevs som nya krav, som tvärtemot syftet leder till ytterligare behov av förtydliganden. Detta kan i sin tur leda till en negativ spiral där uppdragsgivaren tvingas till allt mer detaljerade villkor. En möjlig bidragande förklaring till uppfattningarna om allt mer detaljerade och omfattande ackrediteringsvillkor är att förändrade krav blandas med möjligheter till utökad verksamhet (exempelvis möjligheter att utveckla särskilda tilläggsuppdrag och certifiering av mottagningar år 2014) och information om möjliga framtida förändringar.

Utöver en utveckling mot mera detaljerade villkor upplever verksamhetschefer att det blivit mer av tvära kast och ökad osäkerhet. Förändringar i ackrediteringsvillkoren beslutas också sent när budget för verksamheten vid vårdcentralen redan är lagd. Ofta refererade exempel är förändrade krav på täckningsgrad för att undvika avdrag på ersättningen respektive förändrad ersättning för hembesök. Dessa förändringar har lett till förhållandevis stora omfördelningar mellan vårdcentraler och nya ekonomiska förutsättningar som man på mycket kort tid måste anpassa sig till. Upplevelsen av ökad osäkerhet kan också sättas samman med att många verksamhetschefer upplever att det finns för lite dialog och kontakter med uppdragsgivaren. Det innebär i sin tur att man får svårare att bedöma vilka framtida förändringar i ackrediteringsvillkoren som kan vara aktuella och hur dessa hänger samman med övergripande målsättningar. I frånvaro av dialog fokuseras det som är känt, dvs. befintliga ackrediteringsvillkor. Även om uppdragsgivaren anser att man informerat om förändrade principer blir det inte allvar förrän det är beslutat och blir en del av ackrediteringsvillkoren.

Hälsoval Skåne liksom vårdval i allmänhet utgår från principen att individer ska välja sin verksamhet och vårdcentral. Om man inte är nöjd ska man välja annan verksamhet, som då får den ersättning som är knuten till respektive individ. På så sätt stimuleras också verksamheter att förbättra sin kvalitet i konkurrens med andra. I praktiken är dock en majoritet av vårdcentralerna inte de fristående beslutsenheter som implicit antas i ackrediteringsvillkoren. Många beslut som har att göra med resursanvändning och förbättringsarbete fattas av koncernledningar och ägare. I de tre nya förvaltningar som införs i Region Skåne 2013 finns nya mellanchefer som leder till ökat avstånd mellan verksamhetschefer och den övergripande förvaltningsledningen. Den styrning som sker från koncernledning och ägare ska förvisso uppdragsgivaren inom Hälsoval Skåne inte ha något direkt inflytande över. I den utsträckning som krav och villkor från koncernledningar förhindrar verksamhetschefer att leva upp till de krav som formuleras av

uppdragsgivaren i ackrediteringsvillkoren blir dock denna styrning ett problem som måste beaktas. Hälsovalet och ackrediteringsvillkoren utgår från att förändringar kan initieras genom att nya krav för verksamheterna formuleras. I praktiken kan förändringar även initieras genom att koncernledningar förbättrar möjligheterna för verksamhetschefer att leva upp till befintliga villkor. För att åstadkomma övergripande förbättringar när det gäller t.ex. samverkan räcker det inte heller med att ändra kraven på primärvården. Det behövs även förändrade krav på andra samverkande vårdgivare.

Sammantaget ger verksamhetschefer intrycket av att ackrediteringsvillkoren är viktiga för verksamhetens styrning. Det gäller i synnerhet de ekonomiska villkoren och hur verksamheten ska bedrivas så att avdrag kan undvikas. Även de krav från koncernledningen som möter verksamhetschefer i offentlig regi leder till fokusering på ackrediteringsvillkor och driftsfrågor. Uttryckt med andra ord tycks verksamhetschefer i stor utsträckning ha ”ögon och öron” mot ackrediteringsvillkoren och hur dessa förändras, snarare än på verksamhetens egentliga kvalitet och innovationer underifrån. I förlängningen kan det leda till uppfattningar om att uppdragsgivare och koncernledningar ska diktera vad som förväntas av vårdcentraler. Den motivation som följer av ett professionellt och självständigt arbete riskerar i så fall att urholkas.

Efter hand som ackrediteringsvillkoren blivit mera omfattande och detaljerade ökar kraven på vårdcentralerna. Förutsättningarna för verksamheten tycks i mindre grad förändrade. Läkarbemanningen är ett kvarstående problem, även om det finns stora variationer mellan vårdcentraler i detta avseende. Trots fler ST-läkare kommer problem med läkarbemanningen finnas kvar även på medellång sikt på grund av väntade pensionsavgångar. Det finns även behov av större primärvårdsperspektiv i övergripande frågor. Det gäller utveckling av akutverksamhet och jourer kvällar och helger och samverkan mellan primär- och specialistvård. Många av dessa frågor och problem kräver utvecklingsinsatser på övergripande nivå snarare än enbart inom primärvården. Frågorna handlar om primärvårdens villkor, snarare än dess innehåll och arbetsformer. Med utgångspunkt i övergripande beslut kan primärvården få bättre förutsättningar att leva upp till krav, villkor och övergripande mål. Med denna utgångspunkt kan också hävdas att politiken i första hand bör ägnas primärvårdens övergripande förutsättningar och roll i hälso- och sjukvården i stort, snarare än primärvårdens innehåll och arbetsformer.



## **PROBLEM OCH UTVECKLINGSBEHOV AVSEENDE PRIMÄRVÅRDENS INNEHÅLL OCH ARBETSFORMER OCH KONSEKVENSER FÖR ACKREDITERINGSVILLKOREN**

Eftersom verksamhetschefer vanligen inte är specialistläkare i allmänmedicin har man inte ett samlat medicinskt ledningsansvar för verksamheten på vårdcentraler. Ett samlat medicinskt ledningsansvar i primärvården, dvs. kompetens och erfarenhet som möjliggör ledning av all diagnostik, vård och behandling, kan anses mycket betydelsefullt mot bakgrund av nuvarande utveckling. Läkarbemanningen inom primärvården i Region Skåne är ett problem som sannolikt kommer att kvarstå på åtminstone medellång sikt. I rapporten har också visats hur andelen ST-läkare ökat kraftigt i offentlig regi och hur andelen läkare av all personal och andelen läkarbesök minskat över tiden. Bristen på specialistläkare och utvecklingen mot mer teamarbete och större betydelse av andra personalkategorier innebär att det är väsentligt att det medicinska ledningsansvaret fungerar, att olika kompetenser samverkar och används på rätt sätt. Ett utvecklat medicinskt ledningsansvar förutsätter engagemang från allmänläkarnas sida.

I det medicinska ledningsansvaret ligger också att bedöma olika patientgruppers behov av kontinuitet. Kontinuitet avser inte enbart longitudinella relationer, att patienter får träffa samma person vid upprepade besök, även om en sådan kontinuitet under lång tid betraktats som en hörnpelare för primärvård. Kontinuitet kan också uppnås genom informationssystem som delas med andra, samverkan inom team och att de insatser som görs för patienter följer en plan som är förankrad i befintlig kunskap.<sup>11</sup> I takt med utveckling av fler kompetenser på vårdcentralerna, bättre kunskapsunderlag och nya digitala möjligheter blir dessa former av kontinuitet mera väsentliga.

Behovet av tydligare medicinskt ledningsansvar hänger också samman med stora utvecklingsbehov när det gäller primärvårdens ansvar för att koordinera och samordna patienternas vård utanför primärvården. Allmänläkare i både Skåne och i andra regioner och landsting anser sig ha mandat för en sådan uppgift, men man saknar tidsmässiga resurser för uppgiften. Dessa uppfattningar tar snarast utgångspunkt i en tänkt situation där allmänläkaren själv svarar för de mesta av insatserna, snarare än hur verksamheten utvecklats i praktiken med ökad betydelse av sjuksköterskor som triagerar och har egna mottagningar. En utveckling av primärvårdens ansvar för att koordinera och samordna vård innebär att det ställs

---

<sup>11</sup> Se Saultz 2003; Stokes m.fl. 2005; Jee & Cabana 2006.

krav på allmänläkare som ledare, snarare än att man själva ska utföra alla uppgifter.

Det finns också andra begränsningar i primärvårdens möjligheter att ta ansvar för att koordinera och samordna den vård patienter får från andra vårdgivare. Allmänläkarna själva lyfter fram samverkansproblem med specialistvården. Det finns behov av att utveckla överenskommelse kring vem som har ansvar för utredningar och rutiner för remisser och att dessa överenskommelser sedan följs. Det finns också begränsningar i den information som vårdcentraler får ta del av när det gäller primärvård till listade. Vårdcentraler har t.ex. begränsade möjligheter att få insyn i de insatser som görs av vårdgivare som finansieras genom nationell taxa, trots att man har kostnadsansvar för verksamheten.

Rapportens fördjupade analyser indikerar att den särskilda CNI-ersättningen påverkat privata enheters etableringsmönster men gett blygsamma effekter på verksamhetens innehåll och arbetsformer, åtminstone för vårdcentraler i genomsnitt. Vårdcentraler med hög CNI-tyngd möter större och mera komplexa krav på verksamheten. Det finns också vårdcentraler som försöker arbeta uppsökande och förebyggande. Samtidigt är rörelsemarginalen och särskilt marginalen för läkemedel högre på vårdcentraler med högre CNI. Andelen läkarbesök är också i genomsnitt lägre vid vårdcentraler med högt CNI jämfört med vårdcentraler med lågt CNI. Utifrån dessa indikationer kan CNI-ersättningen och dess konstruktion ifrågasättas. Man löser dock inga ohälsoproblem genom att avskaffa CNI-ersättningen utifrån argumentet att den ändå ger begränsad effekt för vårdcentraler i genomsnitt. Det egentliga problemet är att det saknas kunskaper och stöd för hur primärvården kan nå ut och skapa nytta i områden med högt CNI. Med utgångspunkt i sådana kunskaper och stöd skulle det även vara möjligt att utkräva ansvar från berörda vårdcentraler, att man verkligen genomför sådana insatser som är motiverade.

Flertalet detaljer i ackrediteringsvillkoren bidrar till att verksamhetschefer och andra berörda tvingas fokusera på driftsfrågor - vårdcentralens egna besök och att man är bra på det som mäts - snarare än på den egentliga kvaliteten och primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Ett exempel är de incitament som följer av kraven på täckningsgrad. Eftersom många vårdcentraler gör bedömningen att det är enklare att öka de egna besöken, snarare än att försöka påverka de besök som listade gör hos andra vårdgivare, riktas uppmärksamheten mot den egna produktionen. Det finns ekonomiska incitament att anställa fler sjuksköterkor med egna mottagningar för att öka antalet besök, i synnerhet då läkare är svårare att rekrytera och leder till högre kostnader. Eftersom besök samma dag inte räknas in i täckningsgraden kan patienten även kallas till besök

hos sjuksköterska vid ett senare tillfälle, även om det varit möjligt att planera in besöket samma dag som besöket till läkare. Det finns sammantaget stor risk för att kreativitet ägnas åt hur täckningsgraden kan förbättras, snarare än att vårdcentralerna försöker utveckla verksamheten och få en större betydelse för individers samlade vård och hälsa. Ett annat exempel är uppföljning av telefontillgänglighet genom uppringning. Denna uppföljning gynnar inte andra sätt att vara tillgänglig och bedömer bara en del av vårdcentralens samlade tillgänglighet. Uppmärksamheten riktas mot hur den uppmätta tillgängligheten kan förbättras, snarare än den faktiska tillgängligheten och patienternas upplevelser. En stor utmaning är hur styrning, ackrediteringsvillkor och uppföljning från uppdragsgivarens sida kan rikta uppmärksamheten på verksamhetens egentliga kvalitet och patienternas upplevelse, snarare än att uppnå enskilda nyckeltal och ökad besöksvolym.

### **6.3 REKOMMENDATIONER FÖR FORTSATT UTVECKLING AV PRIMÄRVÅRDEN**

#### **ÖVERGRIPANDE REKOMMENDATIONER**

En samlad bedömning och första övergripande rekommendation från denna rapport är att *det finns anledning att utveckla både formerna för hur ackrediteringsvillkoren förändras och ackrediteringsvillkorens innehåll*. En andra övergripande rekommendation är att *formerna för hur krav och villkor förändras behöver utvecklas först eller åtminstone ges hög prioritet*. Med utgångspunkt i utvecklade och mera ändamålsenliga sådana former finns bättre förutsättningar att också utveckla ackrediteringsvillkorens innehåll på ett ändamålsenligt sätt.

Som påtalats ovan är det av stor betydelse att det finns goda övergripande förutsättningar för primärvården. Primärvård definieras mer än andra verksamheter i vården av en organisatorisk roll och blir på så sätt mera beroende av stöd från bl.a. politiska beslut om verksamhetens förutsättningar (Kringos m fl 2015). Detta behov av stöd handlar främst om primärvårdens relation med befolkning och andra vårdgivare, snarare än om primärvårdens innehåll i detalj. Införande av Hälsoval Skåne etablerade en ny relation mellan vårdgivare och befolkningen respektive mellan uppdragsgivare och vårdgivare. I många frågor som handlar om hälso- och sjukvårdssystemet i stort och samverkan mellan primär- och specialistvård finns oklarheter och i viss mån dubbla system. En tredje övergripande rekommendation är att i hög grad ta hänsyn till primärvårdens förutsättningar vid övergripande hälso- och sjukvårdsbeslut eller beslut som avser annan specialistvård. *Uppdragsgivaren bör därför i ökad grad verka för att*

*främja primärvårdens förutsättningar, snarare än att enbart fokusera primärvårdens innehåll.*

#### REKOMMENDATIONER AVSEENDE FORMER FÖR FÖRÄNDRING AV ACKREDITERINGSVILLKOREN

I princip kan Region Skåne som uppdragsgivare på egen hand fatta beslut om hur ackrediteringsvillkoren ska förändras. Överenskommelser och avtal gäller alltid med enskilda vårdgivare. Det finns dock inget som hindrar att erfarenheter och synpunkter från olika vårdgivare är underlag för sådana beslut om förändrade krav och villkor. En sådan **ökad delaktighet kan exempelvis uppnås genom fler och mindre möten mellan uppdragsgivare och verksamhetschefer**, snarare än få och stora möten som tenderar att fokusera ensidig information.

Med utgångspunkt i de problem och utvecklingsbehov som diskuterats finns behov av delaktighet inte bara från verksamhetschefer utan också att uppdragsgivaren tar **initiativ för att utveckla ett partnerskap för bättre primärvård på en mera övergripande nivå**. I detta sammanhang kan det redan existerande branschrådet som representerar privata vårdgivare tillsammans med divisionschefer eller motsvarande i offentlig regi få ökad betydelse. Ett partnerskap med berörda övergripande representanter ger förbättrade möjligheter att diskutera visioner för primärvården i ett långsiktigt perspektiv, snarare än en fokusering på förändringar i ackrediteringsvillkoren inför nästa år. En utvecklad dialog i partnerskap mellan uppdragsgivare och berörda aktörer ger även förbättrade möjligheter att diskutera vilket ansvar hos primärvården som bäst kan organiseras inom ramen för obligatoriska eller frivilliga kollektiva lösningar. Det kan exempelvis gälla organisation av jour kvällar och helger och insatser för mest sjuka äldre i samverkan med kommuner. Motsvarande dialog kan även ge inspel till övergripande frågor av betydelse för primärvårdens förutsättningar, snarare än att de leder till förändrade krav och ackrediteringsvillkor.

Ett stort problem för många vårdcentraler är att det är svårt att ställa om verksamheten till nya krav eftersom formella beslut ofta fattas sent och med kort framförhållning. En bättre dialog kan delvis motverka detta problem. Andra åtgärder som är mera långtgående är att **beslut om förändrade villkor fattas med längre tidsmässig framförhållning och att nya villkor införs stegvis**. Det gäller särskilt sådana beslut som kan antas påverka vårdcentralers ekonomiska förutsättningar negativt eller som leder till stora krav på förändrade arbetsformer. Med stegvisa förändringar finns också bättre möjligheter att **analysera konsekvenser av de beslut som fattats och vidta korrigeringar om det är motiverat**.

Förändrade former för hur ackrediteringsvillkoren förändras i syfte att uppnå övergripande mål ställer stora krav på både uppdragsgivare och andra berörda aktörer. ***En särskild utmaning är hur den politiska besluts- och budgetprocessen kan förändras i riktning mot bättre framförhållning och ökad långsiktighet.*** Samtidigt finns en betydande risk att förtroendet för både ackrediteringsvillkor och uppdragsgivare urholkas utan någon form av utveckling i detta avseende.

#### **REKOMMENDATIONER AVSEENDE PRIMÄRVÅRDENS INNEHÅLL OCH ARBETSFORMER OCH KONSEKVENSER FÖR ACKREDITERINGSVILLKOREN**

Former för styrning i primärvården genom krav och villkor måste beakta den mycket betydelsefulla motivation som följer av ett professionellt och självständigt arbete (Anell 2014:4, Glenngård 2015:2). Det innebär bl.a. att krav och villkor fokuserar resultat och kvalitet som uppfattas som rimliga och relevanta av berörda professioner. En sådan utgångspunkt bidrar också till långsiktighet, snarare än att det som fokuseras i styrningen och uppföljningen ständigt förändras mellan åren. Uppföljningen och den styrning som sker utifrån enskilda indikatorer får ofta direkta konsekvenser för primärvårdens innehåll och arbetsformer och bör därför i högre grad fastställas i dialog med representanter för berörd medicinsk profession. ***Ett förslag är att den s.k. indikatorgruppen utvecklas till en strategigrupp för utveckling av primärvårdens kvalitet och att denna grupp ges en väsentligt ökad betydelse vid alla beslut som avser uppföljning och indikatorer.*** En sådan utveckling motverkar att uppföljning och styrning enligt ackrediteringsvillkoren leder till oönskade effekter. Val av indikatorer bör främja att verksamhetschefens och vårdpersonalens ”ögon och öron” riktas mot egentlig kvalitet och patienternas upplevelse.

Teamarbete har sedan lång tid varit ett kännetecken för svensk primärvård och även internationellt finns en utveckling åt detta håll. Mot den bakgrunden och den utveckling som varit i skånsk primärvård sedan introduktionen av vårdval är det ***angeläget att lyfta betydelsen av ett samlat medicinskt ledningsansvar på vårdcentraler.*** Ett sådant medicinskt ledningsansvar leder till att rätt kompetens används för rätt patienter och förhindrar att det bildas nya stuprör inom primärvården. I det medicinska ledningsansvaret ligger också att bedöma patienternas behov av kontinuitet. I takt med utveckling av fler kompetenser på vårdcentralerna, bättre kunskapsunderlag och nya digitala möjligheter blir det ***väsentligt att utveckla och kombinera olika former av kontinuitet.*** Utvecklingen av ett medicinskt ledningsansvar och delvis nya strategier för att uppnå kontinuitet är i första hand en fråga för vårdgivarna, både enskilt och kollektivt, snarare än för Region Skåne som uppdragsgivare. Det är dock ***viktigt att ackrediteringsvillkoren främjar och inte hindrar utvecklingen av ett samlat***

***medicinskt ledningsansvar eller framtagande av nya strategier för att uppnå kontinuitet.***

Det finns mot bakgrund av resultat som presenteras i rapporten anledning att ompröva CNI-ersättningens nivå och konstruktion. En möjlighet är att i högre grad rikta CNI-ersättningen mot vårdcentraler med förhållandevis hög CNI-tyngd, exempelvis de 20 vårdcentraler som har ett CNI över 1,2. En sådan förändring leder dock till stora omfördelningar mellan vårdcentralernas finansiella resurser och måste därför utredas separat. Att avskaffa CNI-ersättningen för att den ger begränsad effekt för vårdcentraler i genomsnitt är också ett dåligt argument. Det huvudsakliga problemet är att vårdcentraler fokuserar på sin mottagningsverksamhet och att det saknas kunskaper och stöd om hur primärvården kan nå ut och skapa mer nytta för patienter i områden med högre risk för ohälsa. ***Uppdragsgivaren bör därför i första hand ta initiativ för att främja en utveckling av kunskapsbaserade hälsofrämjande insatser i områden med högre risk för ohälsa.*** Med utgångspunkt i sådana kunskaper skulle det på längre sikt vara möjligt med tydligare ansvarsutkrävning mot berörda vårdcentraler.

En extra CNI-ersättning avser även vårdcentralers ersättning för läkemedel. Principen att vårdcentraler har ekonomiska fördelar om patienter inte hämtar ut sina läkemedel kan ifrågasättas generellt. Denna form av kostnadsansvar har särskild betydelse för vårdcentraler med hög CNI-tyngd. För dessa vårdcentraler bör det snarast finnas en förstärkt anledning att uppmuntra patienter att faktiskt använda de läkemedel som förskrivs. Det är därför ***motiverat att utreda om vårdcentralers principer för kostnadsansvar när det gäller läkemedel är ändamålsenliga, särskilt för vårdcentraler med hög CNI-tyngd.***

Flertalet verksamhetschefer efterfrågar större flexibilitet i ackrediteringsvillkoren. ***Den flexibilitet som faktiskt finns i ackrediteringsvillkoren bör därför tydliggöras.*** Erfarenheterna hittills är att få vårdcentraler utvecklat de särskilda tilläggsuppdrag som infördes år 2014. Undantaget är äldre vårdsmottagning som drygt hälften av vårdcentralerna utvecklat. Det är också många vårdcentraler som har certifierad mottagning för astma/KOL. ***En fortsatt utveckling av primärvården innebär med nödvändighet att några vårdcentraler går före och prövar nya sätt att organisera arbetet. En sådan utveckling kräver motsvarande flexibilitet i ackrediteringsvillkoren.*** Med dialog och partnerskap finns också möjligheter att skapa bättre beredskap för att främja innovationer underifrån. Det kan exempelvis gälla hur ackrediteringsvillkoren bör förändras så att nya sätt att kommunicera med patienterna inte hindras. ***Ett alternativ är att framtida ackrediteringsvillkor ger***

*flera olika möjligheter och nivåer av ekonomiskt ansvar.* En första nivå fokuserar kärnverksamheten och passar t.ex. nya och mindre verksamheter där en högre andel av listade invånare är aktiva patienter. En andra nivå kan ge möjligheter till utökat uppdrag och ekonomiskt ansvar, men bara för vårdcentraler med viss storlek och tillräcklig kompetens. En tredje nivå kan därutöver ge utrymme för helt ny och innovativ verksamhet genom särskilt uppdrag till vårdcentraler med särskilt goda förutsättningar att bedriva utvecklingsarbete.

## REFERENSER

- Anell A. (2014:4) Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. KEFU Skriftserie.
- Anell A. (2015) Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).
- Anell A, Glengård A. (2014) The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people. A case study of primary care services in Sweden. *International Journal of Integrated Care*; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114805.
- Beckman A, Anell A. (2013) Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne? *Läkartidningen*; 110(12): 622-23.
- Beckman A, Anell A. (2013) Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research*; 13: 452.
- Ellegård LM, Dietrichson J, Anell A. (2015) Can pay-for-performance to primary care providers stimulate appropriate use of antibiotics? Working Paper.
- Glengård AH, Anell A (2012) Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. KEFU: Lund.
- Glengård AH, Anell A. (2015) Poster presenterad på Göteborg Public Management Seminar (GPMS), 5 november 2015.
- Glengård AH. (2015) Primärvården efter vårdvalsreformen: Valfrihet, effektivitet och produktivitet. Stockholm: SNS förlag.
- Glengård AH. (2015:2) Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne. Lund: KEFU.
- HCM (2013) Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till SKL, 25 november 2013.



- Jee, SH., Cabana, MD. (2006) Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*; 63(2): 158-188.
- Läkarförbundet (2013) Primärvårdens läkarbemanning. Sveriges Läkarförbund.
- Läkarförbundet (2015) Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamhet. Sveriges Läkarförbund, oktober 2015.
- Läkarförbundet (2016) Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Specialistläkarnas förutsättningar att ge god vård och bra service på vårdcentralerna. Sveriges Läkarförbund, februari 2016.
- KEFU (2015) Delrapport 1: Vårdvalens effekter inom den specialiserade ögon- respektive hudsjukvården i Region Skåne. Rapport från KEFU till Region Skåne 23 september 2015.
- KEFU (2015) Delrapport 2B: Vilken betydelse har CNI-ersättning för etablering av privata vårdcentraler? Rapport från KEFU till Region Skåne 9 november 2015.
- Konkurrensverket (2012:2) Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystem.
- Kringos DS. m.fl., Eds. (2015) Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policy.
- Region Skåne (2008) Vägval för vårdval Skåne, 2008-01-10.
- Region Skåne (2009) Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2009. Reviderad 2009-03-08.
- Region Skåne (2014) CNI-ersättning ett medel för arbetet mot jämlik hälsa i Region Skåne? Rapport från Medicinska revisorer, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning Region Skåne, juli 2014.
- Region Skåne (2015) Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2016. Beslutade i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-12-02.
- Region Skåne (2015) Sammanställning av uppföljning av systematiskt arbete med levnadsvanor på vårdcentralerna i Region Skåne. Enkät maj 2015. Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, september 2015.
- Riksrevisionen (2014:22) Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?

- Saltman RB. m.fl. Eds. (2006) Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press: Berkshire.
- Saultz, JW. (2003) Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*; 1(3): 134-143.
- SOU (2016:2) Effektivare vård.
- Starfield, B. m.fl. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*; 83(3): 457-502.
- Stokes, T. m.fl. (2005) Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Annals of Family Medicine*; 3(4). 353-359.
- Tillman C, Beckman A. (2015) Sämre läkarkontinuitet efter vårdvalet för patienter med diabetes. *Läkartidningen*; 112: DFDZ.
- Vårdanalys (2014:2) VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2014:3) Låt den rätte komma in. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2015:6) Vårdval och jämlik vård inom primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys (2015:9) Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- WHO (2008) World Health Report 2008. Primary health care, now more than ever. WHO, Geneva.

KEFU SKRIFTSERIE 55  
ISSN 1102-8483  
ISRN KEFU-SKR-55-SE

KEFU  
BOX 7080  
220 01 LUND  
Tel: 046-22 78 20  
Fax: 046-222 42 16