



Primärvård 2022 och framåt

Översyn av primärvårdsprogram och
ersättningsmodell

Innehåll

1	Syfte med översynen.....	6
1.1	Bakgrund.....	6
1.2	Syfte.....	6
1.3	Den fortsatta utvecklingen.....	6
2	Metod och arbetsformer	7
2.1	Arbetsmodell.....	7
2.2	Angreppssätt	8
2.3	Arbetsformer.....	8
2.4	Forskningsprojekt knutet till översynen	9
3	Forskningssammanställning styrning primärvård.....	9
3.1	Sammanställningens syfte och metod.....	9
3.2	Generella förutsättningar för styrning	10
3.3	Förutsättningar för beställarstyrning	11
3.4	Oavsiktliga och negativa effekter av beställarstyrning	12
3.4.1	Konkurrens/marknadsstyrning styr fel och i mindre utsträckning än förväntat	12
3.4.2	Återrapporteringskrav skapar administration och snedfokus på det mätbara	13
3.4.3	Ekonomiska incitament har mindre effekt än väntat och ger undanträngningseffekter	14
3.4.4	Bristande innovations- och investeringsperspektiv	15
3.4.5	Avprofessionalisering, bristande helhetsansvar och sämre förutsättningar för kunskapsstyrning.....	16
3.5	Risker med en förflyttning mot tillitsbaserad styrning.....	16
3.6	Slutsatser baserade i forskning.....	17
3.7	Referenser	18
4	Målbild för framtidens primärvård.....	20
4.1	Riktningen som primärvårdsprogrammet ska stödja.....	20
4.2	Förtydligat uppdrag för regionernas primärvård	20
4.2.1	Tillgänglighet	20
4.2.2	Personcentrering och delaktighet för patient och anhörig	21
4.2.3	Kontinuitet	21
4.2.4	Primärvårdens samordnande roll	21
4.2.5	Stärka hälsa.....	21
4.3	Olika patientgruppers skilda behov	22
4.4	Den digifysiska utvecklingen	23
4.5	Omfattning och tidplan för god och nära vård	23
4.5.1	Målområde närsjukvård och mobilitet	24
4.5.2	Målområde psykisk ohälsa.....	24
4.5.3	Målområde sjukdomsförebyggande	24
5	Nuvarande program och ersättningsmodell	25

5.1	Kort historik	25
5.2	Dagens primärvårdsprogram	25
5.3	Vårdcentralsuppdraget i Region Västmanland	26
5.4	Ersättningsmodellen.....	26
5.4.1	Kapiteringsersättning	26
5.4.2	Målrelaterad ersättning.....	28
5.4.3	Besöksersättning.....	29
5.4.4	Kostnadsbaserad ersättning	29
5.5	Utfall.....	30
5.5.1	Patienternas upplevelser.....	30
5.5.2	Kvalitetsmål och medicinska indikatorer	34
5.5.3	Variation mellan vårdcentraler.....	39
5.6	Förutsättningar	40
5.6.1	Demografiska förutsättningar	40
5.6.2	Ekonomiska förutsättningar	43
6	Erfarenheter från dagens system	45
6.1.1	Skilda förutsättningar - men samma uppdrag	45
6.1.2	Utrymme för utveckling och innovation	46
6.1.3	Ledarskap, prioriteringar och arbetsmiljö	46
6.1.4	Samverkan och helhetsperspektiv på patienten – Nära vård.....	47
6.1.5	Hälsoriktat arbete.....	47
6.1.6	Äldre och multisjuka.....	48
6.1.7	Psykisk ohälsa.....	48
6.1.8	Ny- och ometablering av vårdcentraler	49
6.1.9	Former för uppföljning och samverkan	49
6.1.10	Ersättningsmodellen.....	50
6.1.11	Utmaningar framåt	51
6.1.12	Specifika områden som berörts i motioner	52
7	Nationella erfarenheter	53
7.1	Utvecklingen i andra regioner	53
7.2	Nationella rekommendationer	54
8	Förslag till förändringar	55
8.1	Slutsatser från översynen.....	55
8.2	Mål för primärvårdsprogrammet	56
8.2.1	Grundläggande principer.....	57
8.2.2	Stegvis genomförande.....	58
8.2.3	Förändringsförslag och beslut av olika karaktär	58
8.3	Förändringar i uppdraget.....	58
8.3.1	Tydliggör riktningen mot nära vård i primärvårdsprogrammet.....	58
8.3.2	Flytta uppdraget för förvaltning och genomförande av hälsosamtal till Hälsocenter.....	58
8.3.3	Ta bort kravet på x antal timmar/1000 listade för olika typer av specialist- funktioner och kompetenser.....	59

8.3.4	Förtydliga uppdrag, utvecklingsarbete och uppföljning av patientgruppen äldre och multisjuka	59
8.3.5	Förtydliga uppdrag, utvecklingsarbete och uppföljning av patientgruppen med psykisk ohälsa.....	60
8.3.6	Möjliggör större flexibilitet i öppettider	60
8.3.7	Uppdatera uppdraget kopplat till patientsäkerhet	60
8.3.8	Framtida förändringar i uppdrag.....	60
8.4	Förändringar i ersättningsmodell.....	61
8.4.1	Ta bort ersättning kopplad till vissa kvalitetsmål enligt indikatorförteckning och lägg in i kapiteringen (ca 9 mkr omfördelad kostnad) samt använd resterande målrelaterade ersättning för att stödja utvecklingen mot Nära vård.	61
8.4.2	Plocka bort ersättning för mottagningsbesök avseende läkare och sjuksköterskor och lägg in i kapiteringen. (ca 64 mkr omfördelad kostnad)	62
8.4.3	Genomför uppräknig av samtliga ersättningar till vårdcentralerna (ca 350 tkr ökad kostnad)	63
8.4.4	Öka avståndersättningen med 40 % (4,5 mkr ökad kostnad)	63
8.4.5	Tydliggör prioritering av äldre genom höjd viktning i vårdpengen samt höjd ersättning för korttidsboende (ca 21 mkr i omfördelad kostnad, ca 400 tkr i ökad kostnad)	64
8.4.6	Tydliggör prioritering av psykisk ohälsa genom att ge ersättning till fler digitala KBT-behandlingar samt höja ersättningen (ca 80-200 tkr i ökad kostnad).....	64
8.4.7	Förändra kostnadsersättningen för röntgen och klinisk fysiologi från schablon till andelsfördelning av faktiska kostnader	64
8.4.8	Likställ fakturor för röntgen som utförts utanför länet på samma sätt som inom regionen (ca 350 tkr ökade kostnader för regionen).....	65
8.4.9	Ta bort vårdcentralernas betalningsansvar för nätläkarbesök (ca 4 mkr ökade kostnader för regionen)	65
8.4.10	Summering ekonomiska konsekvenser	65
8.4.11	Framtida förändringar i ersättningsmodell	65
8.5	Förändringar i uppföljningen	66
8.5.1	Se över kvalitetsindikatorer och utbilda	67
8.5.2	Utveckla och komplettera former för uppföljning av vårdcentralerna.....	67
8.5.3	Ställ krav på att nationella och/eller lokala patientmätningar används som underlag för utvecklingsarbete.....	67
8.5.4	Minska antalet instruktioner kopplade till programmet.....	67
8.5.5	Inför systematiska uppföljningar inom olika områden	67
8.5.6	Inför fördjupade uppföljningar	68
8.5.7	Tydliggör förutsättningar vid nyetablering av vårdcentral	68
8.5.8	Reglera förutsättningar vid eventuell flytt av vårdcentral	68
9	Fortsatt arbete	69
9.1	Fortsatt utvärdering av vårdcentralernas uppdrag.....	69
9.2	Utvecklingen av Nära vård	69
9.3	Kunskapsstyrning	70
9.4	Kompetensförsörjning	70
9.5	Stärka forskningen i primärvården.....	71

9.6	Digitaliseringen	71
9.7	Uppföljning och utvärdering av vårt eget förändringsarbete	71

1 Syfte med översynen

1.1 Bakgrund

Det har inom Region Västmanland under senare år funnits en samsyn hos uppdragsgivare och vårdgivare kring ett övergripande behov av att genomföra en översyn av primärvårdsprogram och ersättningsmodell. Primärvårdsprogrammet av idag har successivt utvecklats sedan valfrihetssystemet lagstadgades 2009 och framförallt har kravställningen utvecklats genom att ytterligare uppdrag, ersättningsformer och uppföljningsindikatorer har tillkommit. Samtidigt har den nationella utvecklingen genom ex utredningar som God och nära vård medfört en förtydligad vision om primärvårdens roll i den nödvändiga och önskvärda förflyttningen mot den nära vården, som förmår hantera framtidens ökade hälso- och sjukvårdsbehov med relativt sätt mindre resurser.

En tydlig rörelse i synen på styrning och effektivitet i offentligt finansierade verksamheter har också inletts, både nationellt och internationellt. Kunskapen om hur principerna i New Public Management, som också haft stort inflytande i styrningen av svensk primärvård, påverkar förutsättning och utfall i praktiken har byggts upp genom uppföljning och forskning. Denna nya kunskap, som tar sig uttryck bl a i utveckling av en mer tillitsbaserad styrning, bör också påverka vilka principer som ska genomsyra styrmodellen för primärvården i Region Västmanland.

1.2 Syfte

I Regionplanen 2021-23 anges att ett nytt primärvårdsprogram ska utarbetas som stödjer utvecklingen av nära vård. En bred översyn av dagens primärvårdsprogram och ersättningssystem har därför genomförts av Vårdval primärvård med syfte att:

- säkerställa att programmet stödjer och skapar förutsättningar för de uppdrag och målsättningar som pågående nationella utredningar av primärvården samt regionens arbete med att utveckla Nära vård ger upphov till
- tillvarata vårdgivarnas utvecklingskraft och skapa förutsättningar att erbjuda en god och jämlik vård genom en mer tillitsbaserad styrning med mindre detaljregleringar

Översynen inleddes av Vårdval primärvård sommaren 2020 med målsättningen att en bred översyn skulle vara genomförd till våren 2021 som underlag för ett nytt primärvårdsprogram från 1/1 2022. En viktig målsättning för översynsarbetet har varit att föreslå tydliga och brett förankrade principer och intentioner för även fortsatta förändringsbehov.

1.3 Den fortsatta utvecklingen

Förändringsarbetet kommer att behöva fortsätta, inte minst utifrån införandet av anpassningar till det pågående nationella och regionala arbetet inom ramen för Nära vård. För att uppnå målen kopplade till denna utveckling är sjukvårdens förändringsarbete snarast att betrakta som ett paradigmskifte, vilket är ett viktigt perspektiv för att förstå att även förändringarna i primärvårdsprogrammet behöver ha en mer långsiktig dimension.

Det är också viktigt att de förändringar som genomförs är tillräckligt avgränsade för att effekterna ska kunna utvärderas, så att modellen för styrning, ersättning och uppföljning ska kunna bli så effektiv och verkningsfull som möjligt.

Eftersom primärvårdsprogrammet samtidigt utgör upphandlingsunderlag och kravspecifikation för upphandlingen enligt LOV, krävs en rimlig framförhållning och möjlighet för vårdgivarna inom primärvårdsuppdraget att anpassa sig till förändrade krav och villkor. Förutsättningarna för vårdgivarna att leva upp till, och dela, målsättningarna är till viss del beroende av omfattningen och hastigheten i det förändringsarbete som programmet ställer krav på.

I denna rapport läggs huvudfokus på att ge en sammanfattande bild av dagens vårdvalssystem och belysa i vilken utsträckning det påverkar primärvårdens möjligheter att svara upp mot nuvarande och framtida utmaningar och krav. När det gäller förändringsförslag läggs tonvikten vid de förslag till förändringar som föreslås träda i kraft den 1/1 2022 och därför behöver beslutas politiskt i juni 2021, men en målsättning är också att tydliggöra vilka typer av förändringar som vi fortsatt kan se behov av för att uppnå ovan beskrivna syften.

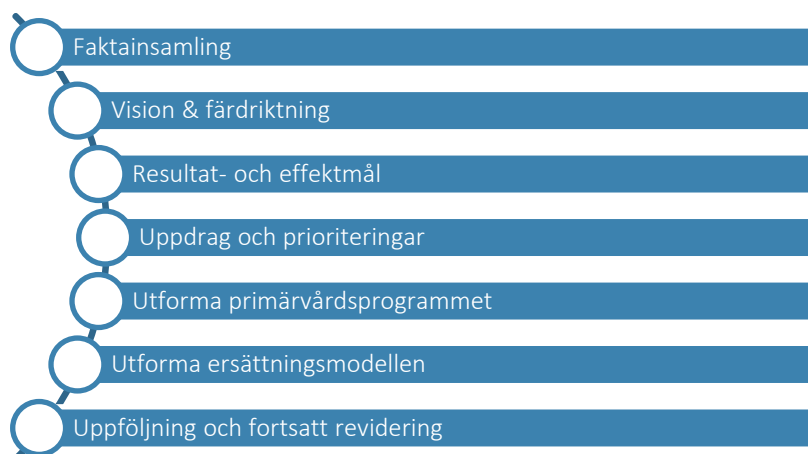
2 Metod och arbetsformer

2.1 Arbetsmodell

Översynen har tagit sin utgångspunkt dels i en utvärdering av nuvarande primärvårdsprogram och dels i de inriktningsbeslut och mål som pågående nationella utredningar samt regionalt utvecklingsarbete uttrycker. Ett annat centralt inslag har varit att ta utgångspunkt i vad det samlade kunskapsläget angående styrning och utveckling av offentliga verksamhet och specifikt primärvård ger vid handen.

Med avstamp i en gemensam vision om framtidens primärvård kan uppdrag och resultat tydliggöras och innehållet i primärvårdprogram samt ersättningsmodell revideras i tillämpliga delar.

Den arbetsmodell vi använt kan översiktligt beskrivas enligt nedan:



2.2 Angreppssätt

Översynen har krävt ett brett angreppssätt för att säkerställa att relevant fakta används som beslutsunderlag. Det har också varit centralt att olika intressenter involveras i processen, för att säkerställa att olika perspektiv belyses och att vi får en bred delaktighet och förankring av de principer och förändringsförslag som översynen leder till.

Delaktigheten från våra vårdgivare och chefer och medarbetare i primärvården är en av de absolut viktigaste faktorerna för att säkerställa att förändringar i primärvårdsprogrammet som styrande dokument också de facto påverkar vårdcentralernas prioriteringar och arbetssätt i linje med programmets intentioner. Annars riskerar förändringar i krav och formalia att enbart i begränsad utsträckning påverka den faktiska vården och uppfyllandet av patienternas behov. I värsta fall skapar ett detaljerat primärvårdsprogram som saknar förankring i verksamheternas reella förutsättningar en upplevelse av en tydlig styrning som i själva verket är omöjlig att uppnå.

Målsättningen med genomförandet av översynen har varit att skapa en långsiktig gemensam målbild för de förflyttningar som kommer att förväntas och krävas av primärvården som en del i vårdsystemet. Dessa förändringar är dock i hög grad beroende av de förändringar som sker hos andra centrala aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet, framförallt inom slutenvården och den kommunala primärvården.

Primärvårdsprogrammets styrande funktion måste därför i hög grad gå i takt och samspela med den förskjutning av uppdrag och resurser som kommer att följa med utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet under de närmaste åren.

2.3 Arbetsformer

Översynen har utförts inom Vårdval Primärvård. Bland de aktiviteter som genomförts kan nämnas:

- Sammanställning och analys av fakta och erfarenheter från nuvarande program
 - Kvantitativt
 - Kvalitativt
- Sammanställning av kunskapsläge kring styrning av primärvård, baserat i forskning
- Benchmarking - Insamling av erfarenheter från andra regioner genom offentliga handlingar samt direktkontakter
- Intervjuer med de 28 verksamhetscheferna
- Fokusgrupper med olika professioner från 5 vårdcentraler
- Gap-analyser av centrala områden inom aktuella nationella utredningar (vision-nuläge)
- Koppling till utvecklingen av Nära vård genom ledningsgrupper och arbetsgrupper, inom regionen och tillsammans med kommunerna
- Workshops med Vårdvalsrådet (representanter för samtliga vårdgivare inom regionen)

- Presentationer/workshops under översynens gång med bl a Verksamhetschefer inom regionen, Ledningsgrupp Nära vård, Kommunernas MAS-nätverk
- Workshops med företrädare från olika delar av Region Västmanland; Digitala tjänster, Enheten för digitalisering, Hälsocenter, Paramedicin primärvård, Försäkringsmedicin
- Löpande avstämningar med Utskottet för folkhälsa och sjukvård

2.4 Forskningsprojekt knutet till översynen

Ett 5-årigt forskningsprojekt kopplat till Göteborgs Universitet har knutits till översynen av Primärvårdsprogrammet genom samverkansdoktorand Helena Lagerlöf som också är verksamhetsutvecklare vid Vårdval Primärvård. Mer specifikt är projektet knutet till Institutionen för Filosofi, Lingvistik och Vetenskapsteori som bland annat bedriver ett masterprogram i evidensbaserad forskning och projektet rymmer inom en forskarutbildning som bygger vidare på detta program.

Projektet som går under namnet "Ett praktisknära perspektiv på beställarens styrning av primärvårdens utförare" syftar till att bidra till översyn och revidering av primärvårdsprogrammet på flera sätt de närmaste åren. I den här rapporten redovisas en sammanställning av kunskapsläget när det gäller styrning av primärvård. Forskningen kommer fortgå och bidra till utvärdering och vidareutveckling av primärvårdsprogrammet.

3 Forskningssammanställning styrning primärvård

3.1 Sammanställningens syfte och metod

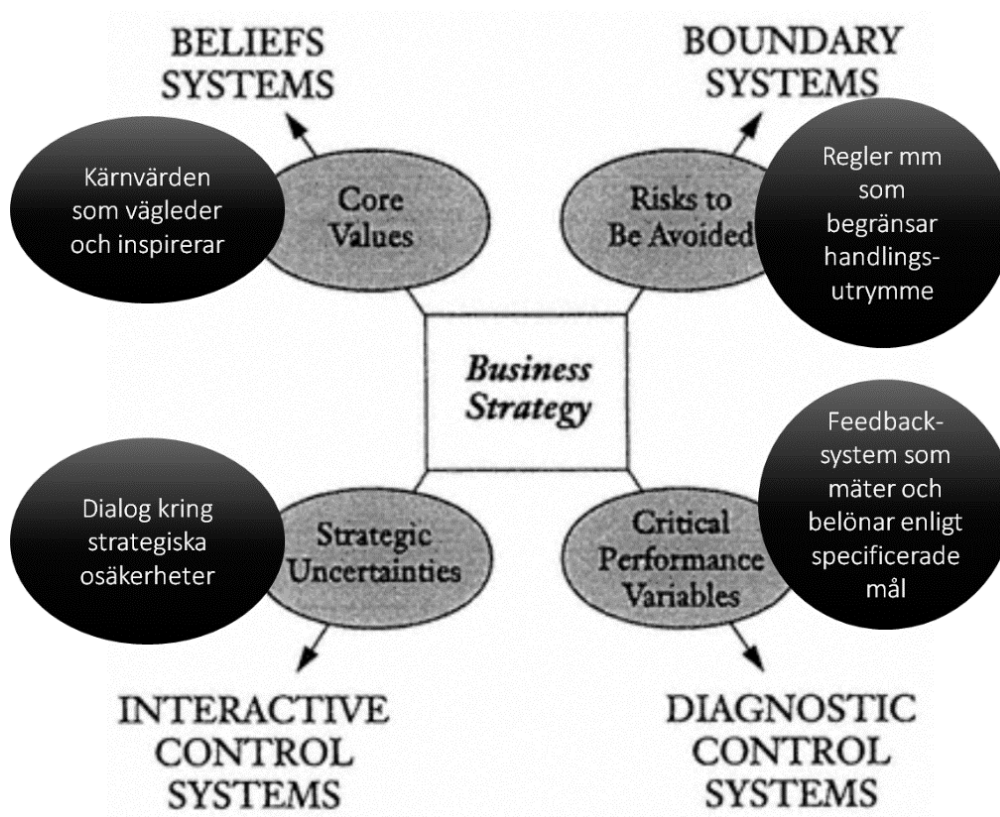
Översynen av Primärvårdsprogrammet har haft ett brett angreppssätt och är i hög grad baserad på erfarenheter och olika former av utfall av dagens program i Region Västmanland. Samtidigt har det varit viktigt att också lägga ett vetenskapligt perspektiv på Primärvårdsprogrammet och försöka utröna vilka samband mellan styrning och effekter som har ett stöd i forskning.

Sammanställningen gör inga anspråk på att vara fullständig. Det är ett alltför komplext område för att kunna täcka in alla perspektiv. Tiden har heller inte varit tillräcklig för att göra systematiska sökningar i databaser efter originallitteratur. Sammanställningen har istället tagit utgångspunkt i ett antal offentliga utredningar och den vetenskapliga litteratur som dessa refererar till. Därutöver har avgränsade sökningar gjorts i vetenskapliga databaser framför allt när det gäller litteratur som rör styrning av primärvård men även till viss del när det gäller organisationsforskning i allmänhet. Syftet med sammanställningen har varit att utifrån vetenskaplig litteratur identifiera viktiga förutsättningar för en välfungerande styrning samt problemområden som är kända när det gäller olika former för styrning och dess effekter.

3.2 Generella förutsättningar för styrning

Det finns självklart inga enkla svar i forskningen på hur Region Västmanlands Primärvårdsprogram ska utformas. Däremot går det att luta sig mot forskning när det gäller vilka byggstenar som generellt sett är viktiga för att nå en välfungerande organisation. Det finns olika teoretiska modeller som beskriver detta och en modell som ofta är citerad i forskning är "Levers of control" av Robert Simons (1995). Enligt denna modell utmärks välfungerande organisationer av en balans mellan fyra styrsystem som alla har olika syften (se figur).

Modellens högersida beskriver att det behöver finnas regler som sätter gränser för vilka beteenden som är acceptabla i organisationen och det behövs ett system som mäter och på något sätt återkopplar och belönar enligt specificerade mål. Lika viktiga är styrsystemen på modellens vänstersida. Att det finns kärnvärden som vägleder och inspirerar medarbetare är avgörande för att tydliggöra målbilden som man är på väg mot och för att skapa engagemang i verksamheten. För att en verksamhet ska utvecklas är det viktigt att också bejaka situationer och områden där verksamhetens mål inte är självklara och där det är möjligt att göra olika vägval. I sådana situationer är det viktigt att det finns utrymme för dialog kring dessa strategiska osäkerheter. På så sätt stimuleras lärande och innovation och verksamheten kan utvecklas.



Figur: Levers of control, originalbild av Simons, R. (1995)

Alla modellens fyra styrsystem finns representerade i Primärvårdsprogrammet men det kan konstateras att tonvikten ligger på den högra sidan i modellen, genom regelverk som sätter gränser och genom mätning och uppföljning mot uppsatta mål. En sådan fördelning i ett primärvårdsprogram är helt naturlig eftersom det handlar om en särskild form av styrning, från beställare till utförare. Samtidigt är det rimligt att anta att balansen mellan olika styrsystem i primärvårdsprogrammet påverkar hur väl primärvården i sin helhet fungerar. Även om det är omöjligt att säga vilken balansering av olika styrsystem som är den optimala när det gäller beställarens styrning av utförarna kan modellen Levers of control indikera att det finns risker med de former för styrning som vanligen utmärker styrningen från en beställare. En medvetenhet om dessa risker kan underlätta för att förstå varför styrningen ibland inte får avsedd effekt, vilket är vad nästa avsnitt handlar om. Att förstå styrningens effekter är första steget för att kunna göra de anpassningar som behövs för att uppnå en mer ändamålsenlig styrning inom lagstiftningens ramar.

3.3 Förutsättningar för beställarstyrning

Sedan 2010 är vårdcentralernas verksamhet i hela Sverige organiserad i ett obligatoriskt vårdvalssystem enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 7 kap 3 §). Verksamheten regleras av ett kontrakt mellan respektive regions beställare och dess utförare enligt Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). En marknadsmässig styrning av primärvården syftar till valfrihet för både patienter och vårdgivare, vilket också förmodas driva utveckling och effektivitet. Grunden i lagstiftningen är att beställaren fastställer målet för uppdraget och *vad* som inbegrips i uppdraget medan utföraren avgör *hur* uppdraget utförs. Däremot finns det inom den nationella styrningen en hel del riktlinjer också kring *huret* vilket i praktiken innebär att beställaren i vissa delar även ställer krav och följer upp hur uppdraget genomförs. Uppdragsbeskrivning och ersättningssystem enligt kontrakt mellan beställare och utförare används både för att säkerställa kvalitet och som verktyg för förändring exempelvis för att stödja implementering av riktlinjer. I praktiken arbetar alla regioners beställarenheter med både tvingande/kontrollerande och stödjande insatser gentemot vårdcentralerna (Häger Glenngård 2019).

Övergången till LOV i primärvården kan ses som en del i en större utvecklingstrend i Sverige och även delar av övriga världen där syftet varit att skapa en ökad effektivitet i offentlig sektor. Denna utvecklingstrend brukar benämnas New Public Management (NPM) och i grova drag handlar det om att man på olika sätt försöker efterlikna de mer marknadsmässiga förutsättningarna i den privata sektorn. Flera typiska kännetecken för NPM återfinns i LOV och i Primärvårdsprogrammet:

- En lagstiftning som syftar till konkurrens och marknadsstyrning genom valfrihet för patient och utförare, samt utrymme för många lokala aktörer
- Ett definierat uppdrag där prestationen följs upp med företrädesvis kvantitativa mått
- Ett delegerat resultatansvar till lokala enheter – i detta fall vårdcentralerna
- Målbaserad ersättning (enligt kvalitetsmål) och prestationsbaserad ersättning (för besök)

På senare år har det ifrågasatts om det fokus på konkurrens, kontroll och produktion som är förknippat med NPM verkligen leder till ökad effektivitet, och framför allt om den effektivitet som eventuellt uppnås rent faktiskt innebär en förbättrad kvalitet. Intentioner att styra en hälso- och sjukvårdsverksamhet i en viss riktning genom marknadsmässiga stimulansåtgärder har i flera fall visat sig kunna leda till oavsiktliga och t.o.m. motsatta effekter (Bornemark 2018, Lindgren 2014, Zuiderent-Jerak et al 2015). I akademiska kretsar talas det numera om en ny era inom offentlig organisering som benämns post-NPM. Enligt denna forskning kan de förändringar som gjorts i enlighet med NPM inte generellt avfärdas; däremot behöver styrning och uppföljning modifieras för att undvika negativa bieffekter (Funck & Karlsson 2018, Pistone m fl, kommande publicering).

Utredningen Samordnad utveckling för God och Nära vård (2018, 2020) lyfter fram flera områden där det krävs sådana medvetna anpassningar av styrningen. Ett område är den önskade omställningen till mer fokus på hälsoinriktat och förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Trots att många verkar vara överens om att denna utveckling är nödvändig i hälso- och sjukvården och i synnerhet primärvården går omställningen långsamt och det finns anledning att tro att existerande styrsystem motverkar denna utveckling. Ett annat prioriterat område där det finns anledning att tro att styrningen hittills inte varit ändamålsenlig är samverkan mellan olika huvudmän. Inte minst har detta uppmärksamrats i samband med de utmaningar som covid-19 medfört.

Men de negativa effekterna av dagens modeller för styrning kan också beskrivas på ett mer generellt plan. Den av Sveriges regering tillsatta Tillitsdelegationen framhåller i sitt betänkande problematiken i att det professionella omdömet fått ett minskat utrymme och argumenterar för att en återprofessionalisering där medarbetare får större möjligheter att använda sitt professionella omdöme kan leda till goda resultat (Sverige Tillitsdelegationen 2019). Det framhålls också att styrningen bör syfta till att uppnå lärande organisationer, dvs att kunskap både uppstår och används i verksamheten snarare än att kunskap som uppstått i en verksamhet (ofta inom ramen för en randomiserad kontrollerad studie) ska implementeras i en annan verksamhet. Lärande organisationer som målbild har alltså betydelse både för synen på hur kunskap byggs och vilka styrningsmekanismer som är användbara för att kunskapen ska komma till användning i verksamhet.

Nedan sammanfattas några områden där forskning pekar på att det kan krävas medvetna anpassningar i Primärvårdsprogrammet för att motverka oavsiktliga och negativa effekter. Dessa områden är inte ömsesidigt uteslutande utan utgör i själva verket olika perspektiv på en komplex helhet.

3.4 Oavsiktliga och negativa effekter av beställarstyrning

3.4.1 Konkurrens/marknadsstyrning styr fel och i mindre utsträckning än förväntat

En grundtanke med LOV är att kvalitet ska drivas genom patientens valfrihet och en uppdelning i beställare och utförare där utförarna agerar på en marknad i konkurrens. Det förutsätter dock att patienten nyttjar sin valfrihet och att utförarna är informerade om patienternas val vilket inte alltid är fallet (Vengberg 2019). I praktiken är det också så att valfriheten är begränsad på mindre orter där det inte finns flera vårdcentraler att välja mellan i närområdet. Förutom att vårdcentralernas kvalitet inte drivs i den omfattning som lagstiftningen avser kan den begränsade rörligheten även innebära att möjligheterna

till nyetablering av vårdcentraler blir begränsad, beroende på valt system för hur patienter fördelas som inte aktivt listar sig på en vårdcentral.

Målet för hälso- och sjukvård är inte som för många andra marknader att utbud och tillgång styrs av kundens efterfrågan. Istället är målet att sjukvården styrs av patienters behov. Samtidigt är det inte självklart att patientens valfrihet ger uttryck för ett sjukvårdsbehov, vilket kan innebära att marknadskrafterna inte driver en kvalitet i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (Berlin & Carlström 2013, Vengberg m fl 2019). Det kan också finnas en risk att vårdcentralen försöker påverka vilka som vill lista sig på vårdcentralen genom att försöka locka till sig patienter som blir lönsamma för vårdcentralen enligt ersättningssystemets uppbyggnad – (cream skimming) samtidigt som vårdcentralen inte behöver anstränga sig för att patienter som innebär större kostnader för vårdcentralen ska stanna kvar som listade (skimping) (Anell 2011), vilket även detta strider mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

Möjliga åtgärder för att motverka dessa bieffekter och bidra till lagstiftningens intentioner:

- Utökad information till patienter om vårdcentralernas utbud och resultat för att uppmuntra att patienter i högre grad gör ett aktivt val av vårdcentral
- Ett ersättningssystem som gör patienter med olika behov så ekonomiskt neutralt som möjligt för vårdcentralerna för att undvika "cream skimming" och "skimping" och för att förbättra de ekonomiska förutsättningarna för nyetablering av vårdcentraler (eftersom nyetablerade vårdcentraler får patienter som är aktiva i primärvården som ofta har större behov)

3.4.2 Återrapporteringskrav skapar administration och snedfokus på det mätbara

Med ökad marknadsstyrning har även kraven på återrapportering successivt ökat inom många verksamheter. Det har fört med sig nackdelen att alltmer tid ägnas åt administration i förhållande till kärnverksamhet (Power 1997, Lindgren 2014).

Det har också i många fall inneburit att kvalitet likställs med ett specifikt utfall enligt fastställda kvantitativa mått. Det kan bli problematiskt eftersom det finns en inbyggd svårighet att mäta kvalitet i en verksamhet som i hög grad bygger på professionella bedömningar vilket är fallet med hälso- och sjukvård. Den professionella bedömningen kan inte reduceras till kvantitativa mått utan bygger på en komplexitet som inte kan göras helt transparent (Bornemark 2018). Detta problematiseras ytterligare i omställning till den nära vården. Rognes m fl (2020) vid Leading Health Care konstaterade nyligen i en rapport på uppdrag av SKR att mått på produktivitet eller medicinskt utfall inte bör vara primära i uppföljning av den nära vården. Måtten behöver istället spegla ändamålsenlighet och mäta t ex om rätt insatser görs för rätt målgrupp. Detta är ett utvärderingsområde i behov av metodutveckling.

Ett annat problem med uppföljning genom kvantitativa mått är att dessa inte bara ger en representation av verkligheten utan också omskapar verkligheten. Det vill säga, verksamheten kommer aktivt försöka förändra sina data för att nå målen vilket i och för sig också är syftet, men det är inte alltid dessa förändringar avser faktiska förändringar i verksamheten som innebär en bättre vård (Krohwinkel-Karlsson & Mannerheim 2019).

Denna effekt blir ännu större om data dessutom kopplas till en ersättning. Om data på detta sätt förvrängs innebär det också försämrade möjligheter att använda data i förbättringsarbeten.

Möjliga åtgärder för att motverka återrapporteringskravens bieffekter:

- Att komplettera uppföljning av kvantitativa mått med kvalitativa mått och dialog
- Att välja indikatorer med stor omsorg och eftersträva mått som inte är manipulerbara och som inte kräver extra administration

3.4.3 Ekonomiska incitament har mindre effekt än väntat och ger undanträngningseffekter

Generellt sett visar forskning att ekonomiska incitament genom målbaserad och prestationsbaserad ersättning har stor effekt, och det finns även studier som visar att ekonomiska incitament har effekt inom hälso- och sjukvård. T ex visade en studie i svensk primärvård nyligen att ekonomiska incitament ledde till ökad följsamhet till riktlinjer vid val av blodtrycksmediciner (Ellegård 2020). Hur stor effekten blev varierade dock stort och variationen hade samband med vårdcentralens driftsform. Dessa resultat kan indikera det egentligen självklara att för att målbaserad ersättning ska ha effekt måste den uppfattas som tillräckligt intressant för den som mottar ersättningen och den måste också på något sätt översättas i verksamheten så att den påverkar den person som faktiskt utför arbetet med patienten.

Det är heller ingen slump att det i denna studie handlade om val av blodtrycksmedicin som är ett väl avgränsat mått som lätt kan definieras. Valet av indikatorer är förstås helt avgörande för att målbaserad ersättning ska ha effekt, vilket faller tillbaka på svårigheten att definiera och mäta kvalitet i hälso- och sjukvård. Eftersom målbaserad ersättning i praktiken handlar om några utvalda mått ersätts är undanträngningseffekter ett välkänt problem. I den komplexa hälso- och sjukvården finns det så gott som alltid andra mål som kan vara lika relevanta men som får mindre fokus till följd av att det inte utfaller en särskild ersättning. Att försöka återspegla komplexiteten med ett stort antal indikatorer riskerar att öka administration och minska transparens. I praktiken finns det därmed en påtaglig risk att den målbaserade ersättningen leder till att det uppstår konflikter mellan en prioritering utifrån ersättning och en prioritering utifrån den professionella bedömningen (Roland & Olesen 2016).

När det gäller prestationsersättning så kan man vara ganska säker på att ersättning för besök ökar antalet besök. Däremot går det inte att säga att produktionsökningen alltid är något positivt (Gosden m fl 2006, Anell 2010). T ex innebär ersättning per besök att det blir mer lönsamt för vårdcentralen att styra mot flera korta besök än ett längre besök. Det är problematiskt inte bara på det sätt att det blir opraktiskt för patienten utan också eftersom det finns en risk att det helhetsperspektiv går förlorat som alltid är viktigt inom sjukvård, och extra viktigt i primärvård och den nära vården. Relevanta åtgärder för en patient med flera besvär behöver inte vara desamma som åtgärderna för dessa besvär var för sig. Dessutom finns det en risk för att en traditionell besöksersättning kommer motverka nya arbetssätt som t ex digitala möten och egenmonitorering (Lindgren 2019). Det handlar alltså återigen om att det ekonomiska incitamentet inte blir tillräckligt träffsäkert mot den önskade målbilden.

Forskningen är mycket tydlig med att ekonomiska incitament inte bara ger positiva förväntade effekter utan ofta också så gott som alltid har negativa bieffekter (Merchant & Van Der Stede 2007). Även om det är svårt att särskilja effekter av ekonomiska incitament från andra effekter så är en bedömning som flera verkar göra att kvalitetsvinster inom hälso- och sjukvård till följd av målbaserad ersättning historiskt sett varit blygsamma. I dag verkar det finnas tämligen bred konsensus kring att en ändamålsenlig styrning i alla fall inte i huvudsak bygger på ekonomiska incitament genom ersättning (Anell 2010, 2020, Tillitsdelegationen 2019).

Möjliga åtgärder:

- Fokus på uppföljning med en bred ansats utifrån kvantitativa och kvalitativa mått kompletterat med dialog, och mindre tilltro till styrning genom ekonomiska incitament

3.4.4 Bristande innovations- och investeringsperspektiv

Detaljstyrning, låg ekonomisk förutsägbarhet och resultatansvar på mindre enheter har en begränsande effekt på innovation, utveckling och långsiktigt arbete. Det som är hälsoekonomiskt och samhällsekonomiskt på längre sikt är ofta inte detsamma som det som är lönsamt ur ett kortare budgetperspektiv (Krohinkel-Karlsson m fl 2017). Det är t ex hälsoekonomiska beräkningar som ligger till grund för Nationella riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, där man fastslår att rådgivning om ohälsosamma levnadsvanor är kostnadseffektivt. Det innebär tyvärr inte att ett ökat fokus på dessa åtgärder bidrar till att vårdcentralen klarar att hålla sin budget.

Problemet är att det hälsoinriktade arbetet liksom andra långsiktiga och innovativa insatser inte betalar sig direkt. Det gäller även utveckling av nya arbetssätt som t ex att utveckla digitaliseringens möjligheter. Därmed finns det en risk att det arbetet prioriteras bort och särskilt om det inte är väldigt tydligt för verksamheten att insatserna kommer betala sig på sikt. Risken är särskilt stor om verksamheten har generellt snäva budgetramar och det inte finns någon "slack" i verksamheten (Krohinkel-Karlsson m fl 2017, Sjögren & Krohinkel-Karlsson 2018). De flesta verkar vara överens om att större frihetsgrader generellt sett ger ökade möjligheter till utveckling (Lindgren 2019, Anell 2020).

Möjliga åtgärder för att motverka dessa bieffekter:

- Minska detaljnivå i uppdragsbeskrivning
- Öka den fasta ersättningen för att ge förutsägbarhet och utrymme för flexibilitet
- Ersättning som är neutral inför olika arbetssätt
- Riktad ersättning för innovation är möjlig men eftersom riktad ersättning i sig ofta har negativa effekter på innovation och utveckling krävs i så fall moget övervägande

3.4.5 Avprofessionalisering, bristande helhetsansvar och sämre förutsättningar för kunskapsstyrning

En förutsättning för den personcentrerade vården är den professionella bedömningen som görs utifrån kunskap, omdöme och erfarenhet. Professionalism som styrform behövs när det inte duger med ett regelstyrt och oreflekterat beslutsfattande som blir resultatet av att någon följer en manual. Den professionella bedömningen grundar sig bland annat i den så kallade tysta kunskap som inte kan formaliseras i dokument. Detta är den typ av kunskap som en expert besitter, i det här fallet de vårdprofessionella (Agevall m fl 2017).

Ett detaljstyrt uppdrag, uppföljning med fokus på indikatorer, målbaserad och prestationsbaserad ersättning och ett ekonomiskt resultat för varje enskild verksamhet, riskerar att leda till en avprofessionalisering (Tillitsdelegationen 2019). Men det finns förstås också motsatta risker med för stor "makt" hos professionen. Med professionalism som styrform blir det därför ledarskapets uppgift att se till så att den professionella kulturen exponeras för omvärlden, för att utveckling ska drivas framåt och för att det ska bli mer lika mellan enheter (Fransson & Quist 2018).

Inom socialpsykologisk forskning har man slagit fast att övertalning kräver "social identifiering" vilket har betydelse för synen på nödvändiga förutsättningar för implementering (Mols m fl 2020). Det innebär att ledarskap och organisationskultur som skapar en känsla av en gemensam färdriktning i organisationen, är oerhört viktiga för att nå en ändamålsenlig kunskapsstyrning.

Möjliga åtgärder:

- Minskad detaljreglering
- Ökat fokus på benchmarking och att stödja ledarskap

3.5 Risker med en förflyttning mot tillitsbaserad styrning

Sammanställningen ovan lyfter ett antal problemområden när det gäller beställarstyrning av svensk primärvård. De möjliga åtgärder som föreslås för att motverka de negativa effekterna går till stora delar i linje med Tillitsdelegationens slutsatser, att övergå till en mer tillitsbaserad styrning. Däremot har sammanställningen hittills inte berört vilka riskerna kan vara med en sådan förändring. Dels kan förändringen i sig innebära risker, dels har alla former av styrning sina för- och nackdelar.

Det är tyvärr än så länge svårt att dra några forskningsbaserade slutsatser när det gäller konsekvenser av ett införande av en beställarstyrning som baseras mer på tillit. Däremot är det värt att notera att Tillitsdelegationen (2019) baserar sina slutsatser bland annat på försöksverksamhet inom sex statliga myndigheter samt stöd via Tillitsnätverket till sammanlagt 44 myndigheter.

Det har också genomförts en i viss mån kontrollerad studie inom Försäkringskassan där man under ett och ett halvt år avskärmade två enheter från detaljstyrning och gav medarbetarna ett kraftigt ökat handlingsutrymme, i syfte att utforma en verksamhet baserad på professionalism och en tillit till att medarbetarna själva är de som bäst kan identifiera och lösa problem (Fransson & Quist 2018). Resultaten visade att förändringen i det korta perspektivet skapade en del oro och problem eftersom det uppstod en osäkerhet bland

medarbetarna. Medarbetare som var vana att få detaljerade direktiv tvingades plötsligt att i högre grad basera sitt agerande på egna beslut, vilket till en början inte alltid upplevdes som något positivt. Studien visade att medarbetarna i början försökte söka stöd i lagtexter och givna förutsättningar, men att de med tiden successivt på egen hand i högre grad kunde identifiera och åtgärda problem. Detta resulterade i ett ökat lärande, en ökad ansvarskänsla och en stolthet bland medarbetarna. Vid studiens slut hade de dessutom arbetat fram nya mer effektiva arbetssätt.

Vare sig de kortsiktiga problemen eller de långsiktigt goda effekterna som sågs inom Försäkringskassan kan generaliseras till att gälla för en förändrad beställarstyrning av primärvård. Däremot är det rimligt att anta att en inte alltför detaljerad beställarstyrning är en förutsättning för att vårdcentralerna ska kunna bygga en välfungerande styrning och verksamhet. Det är också troligt att en förflyttning mot en mer tillitsbaserad beställarstyrning initialt kommer skapa en del missnöje och förvirring, och att de förväntade goda resultaten inte kommer direkt. Som beställare finns dock alltid möjlighet att vidta åtgärder om verksamheten inte kan leverera enligt sitt uppdrag.

3.6 Slutsatser baserade i forskning

Först är det värt att notera att fokus för denna sammanställning har varit på att beskriva kända problemområden med en beställarstyrning enligt NPM-ideal. Det finns förstås också exempel på positiva effekter av en sådan styrning och när slutsatser ska dras så gäller det att akta sig så man inte kastar ut barnet med badvattnet. Pendeln är uppenbarligen på väg att svänga över från NPM och nu handlar det om att försöka motverka de negativa effekterna av NPM men samtidigt behålla det som är positivt. Syftet för Region Västmanland måste vara att uppnå en balanserad styrning inom befintlig lagstiftning.

Några slutsatser med stöd i forskning kan dras om utformningen av uppdragsbeskrivning och ersättningssystem för vårdcentralerna. Detaljstyrning av uppdrag får ofta en hämmande effekt på utveckling och innovationskraft, samt riskerar att skapa prioriteringar som strider mot den professionella bedömningen. Ekonomiska incitament får ofta liknande effekter som detaljstyrning av uppdrag och verkar inte vara ett effektivt sätt att driva kvalitet i primärvården. Det är viktigt att notera att de negativa effekterna av målbaserad och prestationsbaserad ersättning kan uppstå även om denna ersättning utgör en förhållandevis liten del av den totala ersättningen, eftersom det blir den delen som utförarna kan påverka.

Samtidigt är det förstås viktigt att Primärvårdsprogrammet styr mot kvalitet och jämlikhet och inte lämnar helt åt utförarna att avgöra vad kvalitet är, särskilt med tanke på att målbilden kommer förändras i takt med utvecklingen av den nära vården.

Organisationsforskning pekar på att balansen mellan olika styrsystem är viktig för att nå välfungerande organisationer. Det kan tala för att fokus bör vara på att i högre grad styra genom att tydliggöra vilka kärnvärden primärvården i Västmanland arbetar mot och att genom dialog hantera de strategiska osäkerheter som uppstår. Detta arbete har redan påbörjats inom program Nära vård och förväntas påverka Primärvårdsprogrammet framöver och utgöra en viktig del i styrningen. Som beställare finns det också anledning att lägga ökat fokus på uppföljning med en så bred ansats som möjligt, utifrån kvantitativa

mått i kombination med kvalitativa mått inklusive dialog med utförare och ett tydligt avnämarperspektiv.

3.7 Referenser

Agevall, L., Jonnergård, M., and Krantz, J. (2017). *Frihet under Ansvar Eller Ansvar under Tillsyn?: Om Dokumentstyrning Av Professioner*. Växjö: Linnaeus UP.

Anell, A. (2010). *Värden i vården: en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Finansdepartementet, Regeringskansliet

Anell, A. (2011). Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*, 6(4), pp.549–69.

Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. Stockholm: SNS Förlag

Berlin J, Carlström E. (2013) Trender som utmanar traditioner. En hälso- och sjukvård i metamorfos. *Scandinavian Journal of Public Administration* 16(2): 3-23.

Bornemark, J. (2018) *Det omätbaras renässans: en uppgörelse med pedanternas världsherravälde*, Stockholm: Volante.

Ellegård, L.M. (2020) Effects of pay-for-performance on prescription of hypertension drugs among public and private primary care providers in Sweden. *International Journal of Health Economics and Management*, 20(3), 215–228.

Fransson M, Quist J (2018) *Fri som en fågel: en studie av återprofessionalisering inom Försäkringskassan*. Karlstad: Karlstads universitet, CTF, Centrum för tjänsteforskning

Funck, E. K. and Karlsson, T. (2018) *Post-NPM, vad är det? Trender och empiriska iakttagelser kring alternativa idéer för den offentliga sektorn*, Göteborg: KFI-Kommunforskning i Västsverige.

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida, A, Sergison M, Pedersen L (2006): "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians" *The Cochrane Library* 2006, Issue 3.

Häger Glenngård, A. (2019) 'Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - a study of governance models in Swedish primary care', *BMC Health Services Research*, 19(1).

Krohwinkel-Karlsson, Anna, Rognes, Jon & Winberg, Hans (2017). *Ekonomi för förändring: ersättningsmodeller för innovation - en vägledning*. Stockholm: Leading Health Care

Krohwinkel-Karlsson, Anna & Mannerheim, Unni (red.) (2019). *Moderna policies: inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt*. [Stockholm]: Leading Health Care

Lindgren, Lena (2015). *Nya utvärderingsmonstret om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. Johanneshov: MTM

Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. Stockholm: SNS Förlag

Merchant, Kenneth A., and Wim A. Van Der Stede (2007). *Management Control Systems Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. 2.nd ed. Harlow: FT Prentice Hall, Web.

Mols, Frank, Jennifer Bell, and Brian Head (2020). Bridging the Research-Policy Gap: The Importance of Effective Identity Leadership and Shared Commitment. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 16.1: 145-63.

Power, Michael (1997). *The audit society: rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press

Rognes J., Krohwinkel M., och Mannerheim U. (2020) *Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Roland M., Olesen F. (2016). Can pay for performance improve the quality of primary care? *BMJ*, 354, p.i4058.

Pistone, I., Andersson, T., Sager, M. (Kommande) Rethinking managing and evidence-basing: epistemologies of post-NPM and post-EBP in welfare sectors.

Simons, R. (1995). *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.

Sjögren, E & Krohwinkel-Karlsson, A (2018) *3 kronor: en jämförelse av hur olika ekonomiska analysmetoder synliggör värde i vården*. Stockholm: Leading Health Care

Sverige Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2018) God och nära vård: en primärvårdsreform / delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård [Elektronisk resurs].

Sverige Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2020) God och nära vård: en gemensam färdplan och målbild / delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård [Elektronisk resurs].

Tillitsdelegationen (2019) *Med tillit följer bättre resultat: tillitsbaserad styrning och ledning i staten*, Stockholm: Norstedts juridik.

Vengberg, Fredriksson, Winblad (2019) Patient choice and provider competition – Quality enhancing drivers in primary care? *Social Science & Medicine* 226: 217-24.

Zuiderent-Jerak, T., Grit, K. and Grinten, T. v. d. (2015) 'Critical composition of public values: on the enactment and disarticulation of what counts in health-care markets', in I. Dussauge, C.-F. Helgesson and F. Lee (eds), *Value practices in the life sciences and medicine*, Oxford University Press.

4 Målbild för framtidens primärvård

Den statliga utredningen *"Samordnad utveckling för en god och nära vård"* (S 2017:01) med sina olika delbetänkanden, liksom det arbete som föregick denna utredning; *"Effektiv vård"* (SOU 2016:2), pekar tillsammans ut en tydlig riktning för primärvårdens roll i den framtida hälso- och sjukvården. Slutsatsen som den beskrivs i Effektiv vård är att en utbyggd primärvård sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa. För att klara att möta de nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste hälsosystemet ha en stark första linje/primärvård som bas.

Underlaget och slutsatserna i dessa utredningar är omfattande, och denna rapport har ingen ambition att ge någon heltäckande bild av dessa. Däremot vill vi ändå påminna om eller belysa några delar som särskilt tydligt framöver behöver få bäring på vårdvalets utformning och som bör få konsekvenser för principerna i utformningen av framtida primärvårdsprogram.

4.1 Riktningen som primärvårdsprogrammet ska stödja

Primärvårdsprogrammet som styrmedel för Region Västmanlands vårdcentraler behöver sammanfattningsvis stödja ett antal rörelser som tillsammans utgör riktningen för omställningen mot Nära vård:

- från sluten mot öppen vård,
- från reaktiv mot proaktiv vård,
- mot bästa effektiva omhändertagande nivå,
- mot bättre samverkan för en mer sammanhållen vård och omsorg,
- mot högre grad av personcentrering och medskapande i vård och omsorg,
- mot bättre psykisk hälsa i befolkningen,
- mot ökad tillgänglighet,
- mot mer av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt
- mot en mer jämlik vård och omsorg.

4.2 Förtydligat uppdrag för regionernas primärvård

Utredningarna inom God och nära vård pekar på ett antal viktiga förtydliganden eller förändringar i det nationella uppdraget för primärvården. Några centrala områden som påverkar vad och hur primärvården ska arbeta framåt är:

4.2.1 Tillgänglighet

Primärvården har en avgörande roll i det förebyggande arbetet för att möta en ökad ojämlikhet i hälsa. För att kunna axla den rollen behöver primärvården också ha en god tillgänglighet. Att korta väntetiderna till vården är centralt för att god tillgänglighet ska kunna uppnås. En tillgänglig vård innebär samtidigt inte kortare väntetider för samtliga medborgare i alla sammanhang. Begreppet tillgänglighet behöver fortsatt ställas mot de prioriteringsprinciper för jämlik vård som gäller enligt HSL. Den som har det största

behovet ska ges företräde till vården. Tillgänglighet till primärvård i glest befolkade områden är en särskild utmaning som kräver nya lösningar. Lösningarna behöver också i ökad utsträckning vara mer personcentrerad och utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar t.ex. om att skapa enkla kontaktvägar in i vården.

4.2.2 Personcentrering och delaktighet för patient och anhörig

För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att ge bättre förutsättningar för människor att vara delaktiga i sin egen vård och hälsa. En patient som utifrån sina förutsättningar varit delaktig i de beslut som fattats och är väl införstådd med och informerad om den vårdprocess som är överenskommen är en förutsättning för att de resultat som båda parter förväntar sig ska kunna uppnås. Delaktighet leder således till en effektivare vård med högre kvalitet och bättre följsamhet.

Patienters medskapande av sin egen hälsa och vård är en resurs som mer än idag behöver tillvaratas och stödjas. Ett sådant skifte innebär också att det skapas möjlighet för de som vill och kan att ta större ansvar för sin egen vård, vilket både kan frigöra resurser för vården och förbättra den enskildes hälsa och livskvalitet.

4.2.3 Kontinuitet

Personlig kontinuitet är särskilt viktig för vårdens storkonsumenter enligt Effektiv vård. Kontinuiteten i relationerna mellan patienter och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter, har stor betydelse för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. En tillitsfull relation mellan patient och läkare eller annan vårdprofession kan minska patientens behov att söka vård på ex akutmottagningar.

Regeringen lyfter behovet av att regionerna särskilt arbetar med utvecklingen av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter i sina förfrågningsunderlag i vårdvalssystemet, utifrån lokala behov och förutsättningar. Regionerna bör också säkerställa att patienter får information om och bereds tillgång till en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

4.2.4 Primärvårdens samordnande roll

Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård. Patienterna ska kunna uppleva att det samlade omhändertagandet är tryggt och utan märkbara skarvar. Genom proaktiva arbetssätt ska slutenvård i högre grad kunna undvikas.

4.2.5 Stärka hälsa

Fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta

eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan man undvika mänskligt lidande och samtidigt använda begränsade gemensamma resurser mer effektivt.

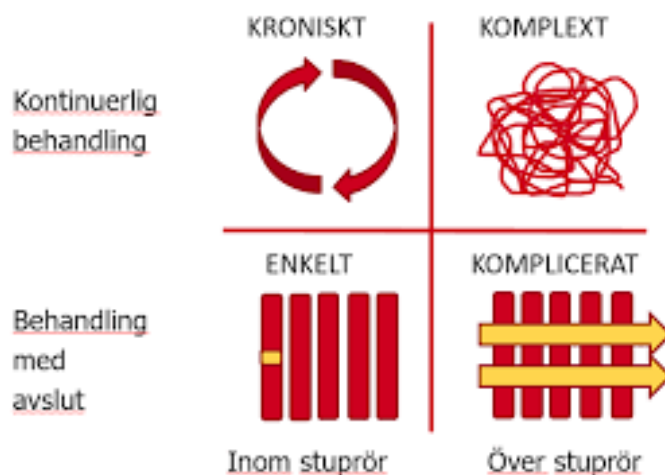
Av HSL framgår att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa och att förebyggande arbete ingår i primärvårdens ansvar. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är också angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom, är en annan viktig åtgärd.

4.3 Olika patientgruppers skilda behov

Utredningarna pekar också på det inbyggda dilemma som ligger i att vara första linjens vård utan avgränsning och att kunna balansera mellan å ena sidan de med stora vårdbehov och för låg konsumtion och å andra sidan de med små vårdbehov och för hög konsumtion.

I högre utsträckning än vad som hittills varit fallet behöver primärvården kunna hantera olika patientgruppers skilda behov. En modell som används för att beskriva olikheterna och gruppera patienterna i fyra kategorier utifrån deras behov av vården:



1. Den första gruppen, **enkla** patienter, gynnas av en lättillgänglig primärvård samt en högeffektiv specialiserad vård, precis som den ser ut i dag. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet personer är stort, kostnaden per styck är relativt liten, och aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

2. Den andra gruppen, **komplicerade** patienter, gynnas av ett fokus på flöden och god samverkan mellan enheter och grupper. Sjukhusen hamnar i fokus och frågor som flödesbaserad vård och arbetsdelning mellan olika professioner blir viktiga.

3. Den tredje gruppen, patienter med **kronisk sjukdom**, gynnas av förebyggande arbete som komplement till behandling. Viktiga faktorer blir kontinuitet, ett fokus på hälsa och monitorering av ett kroniskt tillstånd. Patientens roll i sin egen vård blir central.

4. Den fjärde gruppen, **multisjuka**, gynnas av individanpassade lösningar, personliga kontakter, en balanserad syn på vad som skall åtgärdas, och ett ökande fokus på omsorg. Här ligger en stor del av vårdens kostnader idag, men vården är illa rustad för att hantera denna svåra grupp som gynnas av kontinuitet, teamarbete och nätversorierad sjukvård.

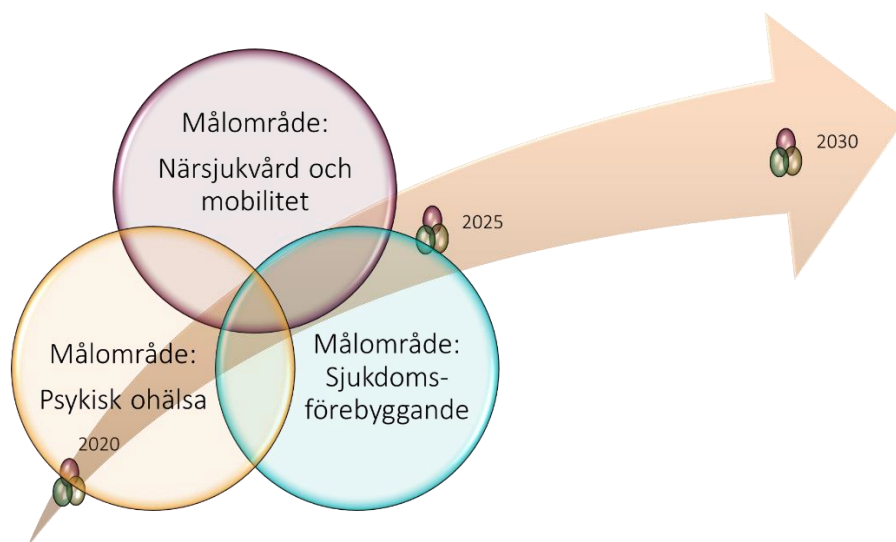
En anpassning efter olika behov och förutsättningar enligt ovan innebär att vården behöver organiseras enligt olika logiker för att på ett effektivt och personcentrerat sätt möta behoven. Det framtida primärvårdsprogrammet behöver i ökad utsträckning möjliggöra en sådan anpassning och mer än i dag utgå från behoven av långsiktighet och kontinuitet för vissa patientgrupper.

4.4 Den digifysiska utvecklingen

Utredningen pekar på att en ökad tillgänglighet i primärvården måste inbegripa såväl fysisk som digital tillgänglighet. Genom att utföraren erbjuder fler kontaktvägar blir både fysiska och digitala arbetssätt centrala i vården vilket innebär att patienterna lättare kan få tillgång till vårdens tjänster i sin närmiljö och kan tas om hand på rätt vårdnivå. När patienten själv ges möjlighet att bidra digitalt i anamnesupptagning, triagering och i egenvård stärks patientens ställning. På så vis kan även effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet öka, genom att arbetssätt där det digitala och fysiska är integrerat kan avlasta och frigöra resurser för vårdens medarbetare. En förutsättning för detta är att medarbetarna kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt. För att åstadkomma en ökning av dessa digifysiska arbetssätt i primärvården pekar den nationella utredningen på att regionerna har möjlighet att i vårdvalens förfrågningsunderlag ställa krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare som verkar inom regionens vårdvalssystem.

4.5 Omfattning och tidplan för god och nära vård

Det gemensamma arbetet mellan regionen och kommunerna i Västmanland har påbörjats och har som ett första steg en tidshorisont på 10 år. Arbetet med en god och nära vård är en systemförändring som med nödvändighet kommer, och ska, ta tid. För att kunna stödja detta arbete behöver alltså även vårdvalssystemet, med primärvårdsprogram och ersättningssystem, ha ett motsvarande tidsperspektiv för de anpassningar i primärvårdens uppdrag som behöver göras.



Ett viktigt perspektiv under de kommande åren är att säkerställa att vårdgivarna inom primärvården har möjlighet, och förväntas, bidra i det gemensamma utvecklingsarbetet.

De olika målområdena har följande inriktning och målsättningar:

4.5.1 Målområde närsjukvård och mobilitet

Uppdraget är att utveckla en närsjukvård för personer med sjukdomar som inte behöver akutsjukhusets resurser, samt att utveckla den avancerade sjukvården i hemmet inklusive den palliativa vården.

Uppdraget för målområdet är att utifrån befolkningens behov, med fokus på de identifierade målgrupperna:

- etablera närsjukvård med direktinläggningsplatser i Fagersta, Köping, Sala och Västerås.
- etablera och utveckla nya och befintliga mobila resurser.

4.5.2 Målområde psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan kommer över tid att vara den enskilt största orsaken till ohälsa hos befolkningen.

Uppdraget för målområdet är att:

- skapa förutsättningar för att tidigt identifiera individer med psykisk ohälsa.
- skapa ett omhändertagande på rätt vårdnivå oavsett huvudman.

4.5.3 Målområde sjukdomsförebyggande

Förebyggande insatser är en investering i minskade kostnader för ohälsa i framtiden. Levnadsvillkor och levnadsvanor bidrar starkt till ohälsa.

Uppdraget för målområdet är att:

- utifrån lokala förutsättningar och skillnader i hälsoläget skapa en jämlik hälsa.
- skapa förutsättningar för sjukdomsförebyggande arbete på alla vårdnivåer.

Referenser

SOU 2018:55 Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning

SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

S 2017:01 Samordnad utveckling för en god och nära vård

SOU 2016:2 Effektiv vård - slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Välfärdsutredningen (SOU 2016:78),

Tillitsdelegationen (delrapport SOU 2017:56)

God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Lagrådsremiss: Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

5 Nuvarande program och ersättningsmodell

5.1 Kort historik

Primärvårdsprogrammets form följer tidigare program och från början av 1990-talet Familjeläkarkonceptet som togs fram då Landstinget Västmanland behövde ett avgränsat uppdrag för primärvården eftersom man hade så många privata familjeläkarenheter. Primärvårdsprogrammets innehåll har succesivt förändrats utifrån politiskt fattade beslut kopplat till utvecklingen av Närsjukvården 2008 och sedermera ett renodlat Vårdval Primärvård 2013 och en sammanhållen primärvård.

Sedan 1 januari 2010 är vårdval obligatoriskt i primärvården och inom ramen för Lagen om Valfrihetssystem (LOV) får regionerna själva utforma regelverken, något som gjort att uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdvalen har utformats på många olika sätt.

5.2 Dagens primärvårdsprogram

Primärvårdsprogrammet, som alltså samtidigt utgör förfrågningsunderlag enligt LOV, omfattar ett 70-tal sidor samt ett stort antal tillhörande instruktioner. Indikatorförteckningen innehåller 33 indikatorer varav 9 är kopplade till ersättning. Prislistan redovisar ersättningsmodellens olika delar. Primärvårdsprogrammet med bilagor uppdateras årligen. Förändringar som beslutas av regionen behöver i de flesta fall aviseras till vårdgivarna 6 månader innan de träder i kraft.

I dagens vårdvalssystem har vi 28 vårdcentraler som är spridda över länet. 12 av dessa ingår i regionens intraprenad och 16 är privata drivna av 8 olika vårdgivare. Antalet listade/vårdcentral varierar mellan ca 550 och 20 300 individer, där 10 vårdcentraler har färre än 8 000 listade och 9 har fler än 12 000 listade.

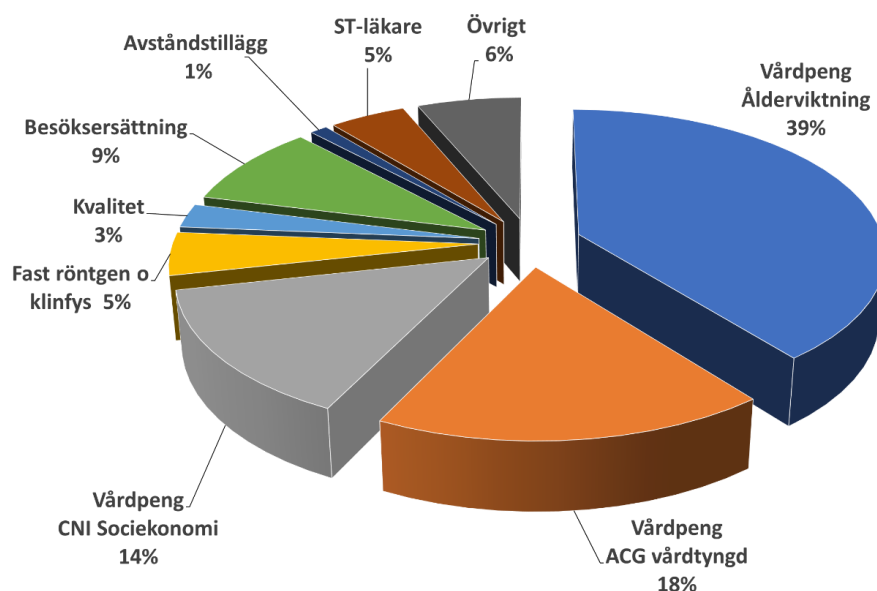
5.3 Vårdcentralsuppdraget i Region Västmanland

Region Västmanlands vårdvalsuppdrag är brett och omfattar många olika uppdrag, varav vissa är sådana som i andra regioner ofta är utformade som särskilda vårdval eller tilläggsuppdrag inom vårdvalssystemet. Det kan gälla ex barnmorskemottagningar, BVC, Familjecentraler men också ex äldre vårdsmottagningar, särskilda psykosociala mottagningar, fysioterapi och rehabilitering.

Principen om sammanhållen primärvård har varit tongivande, dvs att patienter ska kunna vända sig till sin vårdcentral för att få tillgång till hela vårdutbudet på primärvårdsnivå och inte, annat än i akuta fall, välja att besöka enskilda yrkesgrupper på andra ställen.

5.4 Ersättningsmodellen

Ersättningen till vårdcentralerna utgörs av en mix av olika delar enligt nedanstående diagram:



Nedan går vi igenom de största delarna i ersättningsmodellen.

5.4.1 Kapiteringsersättning

Totalt står kapiteringsersättningen för drygt 70 % av ersättningen till vårdcentralerna. Den enskilt största delen utgörs av den ålderbaserade viktningen.

Åldersviktningen består av 4 olika åldersgrupper:

Åldersgrupp	Viktning
0-5 år	2,351
6-64 år	0,538

65-74 år	1,858
>75 år	2,710

I Västmanland använder vi förutom den åldersbaserade viktningen också en riskjustering av kapiteringsersättningen genom måtten på CNI samt ACG, se nedan. Syftet med dessa är att i högre grad spegla de faktiska vårdbehoven och vårdtyngden hos den listade befolkningen.

ACG

ACG står för Adjusted Clinical Groups och är ett system för att beskriva sjukdomsburden i en befolkning. Systemet innebär att individerna i en befolkning grupperas in i olika ACG utifrån sina registrerade diagnoser.

Fokus i ACG-systemet ligger på individens samlade sjukdomsburda där antalet olika diagnoser och sjukdomsgrad ligger till grund för grupperingen. Systemet innebär att alla diagnoser grupperas in i olika ADG-grupper (Aggregated Diagnosis Groups) utifrån fem faktorer som speglar diagnosens resursåtgång:

1. Varaktighet
2. Allvarlighet
3. Säkerhet i diagnossättning
4. Etiologi
5. Behov av specialiserad vård

ACG-systemet bygger på kliniska observationer där principen har påvisats att personer med 5 eller fler diagnoser tenderar att vara mycket mer resurskrävande än personer med 1-2 diagnoser.

CNI

Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. SCB tar fram ett anpassat CNI till regioner med flera och det används bland annat som stöd vid beräkning av vårdersättning.

Data från beställaren är oftast grunden, till exempel uppgifter om de individer som är listade vid en regions vårdenheter. Data från SCB används sedan för att beräkna förekomsten av sju socioekonomiska variabler i vårdenheternas listningsområden. Variablerna definieras enligt nedan.

- Ålder över 65 år och ensamstående.
- **Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)**
- **Arbetslös eller i åtgärd 16-64 år**
- **Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre**
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området
- **Lågutbildad 25-64 år**
- Ålder yngre än fem år

I Region Västmanland använder vi oss av ett urval av fyra av dessa variabler, fetmarkerade ovan.

Utformningen av viktningen har utgått ifrån ett stort antal distriktsläkare som fått ange hur man anser att var och en av variablerna påverkar arbetsbelastningen. Bedömningarna har gjorts på en skala från 0 till 9, och med hjälp av dessa uppgifter har betydelsen av variablerna kunnat beräknas i form av relativa vikter i indexet för CNI.

Ersättning till vårdcentraler med utgångspunkt i skillnader i CNI-tyngd har utformats med syftet att skapa bättre förutsättningar för en jämlik vård och hälsa. Genom den extra ersättningen är tanken av ge vårdcentraler möjligheter att möta de särskilda behov som finns i socioekonomiskt tyngre områden.

Bland de insatser som man vill möjliggöra i ett område med högre CNI är arbetssätt som kan minska risken för ohälsa:

- samarbete med andra aktörer,
- särskild hälsoscreening och livsstilsmottagningar,
- förlängd tid för besök och triagering som beaktar brister i språk och kunskaper om svenska samhället,
- uppsökande och förebyggande verksamhet

5.4.2 Målrelaterad ersättning

I nu gällande primärvårdsprogram finns en rörlig ersättning kopplad till nio olika kvalitetsindikatorer, dessa har dock varierat över tid:

- Västmanlands hälsosamtal för 50-åringar (totalt 2,2 mkr)

Utgår med 1 000 kr för varje genomfört hälsosamtal under det år som respondenten fyller 50 år samt under de två påföljande åren. Ersättning utgår till den vårdcentral som genomfört hälsosamtalet

- Antal hälsoundersökningar för personer med intellektuell funktionsnedsättning (totalt 1,2 mkr)

Antal genomförda hälsoundersökningar som är kodade med AV003. 2 180 kr per årlig undersökning utgår.

- Antal patienter som genomgår minnesutredning och uppföljning (totalt 3 mkr)

1 500 kr/registrering av utredning/uppföljning. Ersättning/st sänks med motsvarande procenttal som totalt slutbelopp överstiger 3 mkr.

- Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom, Läkare (Totalt 1,5 mkr)

Ersättning utgår till de 10 av vårdcentralerna som har det bästa utfallet. Fördelning mellan dessa 10 vårdcentraler baseras på vårdcentralens storlek mätt i antalet listade.

- Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom, Sjuksköterska (Totalt 1,5 mkr)

Ersättning utgår till de 10 av vårdcentralerna som har det bästa utfallet. Fördelning mellan dessa 10 vårdcentraler baseras på vårdcentralens storlek mätt i antalet listade.

- Mätning av samordnad individuell plan (SIP via Cosmic Link)

Antal SIP i Cosmic Link upprättad (godkänd) inom 30 dagar från kallelse och där primärvården varit sammankallande utgör en grund för ersättning. Ersättning 1000 kr utgår för max 1 godkänd SIP/månad/patient.

- Handlingsplan och resultatrapport för hälsoinriktat förbättringsarbete (totalt 5 mkr)

Godkänd handlingsplan för hälsoinriktat förbättringsarbete ger ersättning per listade, totalt 2,5 mkr.

Godkänd resultatrapport för hälsoinriktat förbättringsarbete ger ersättning per listade, totalt 2,5 mkr.

- Förbättringsarbete inom diabetesvården (totalt 1,26 mkr)

Totalt finns tre förbättringsområden varav två är förbestämda (Andelen HbA1c>70 mmol/mol och andelen rökare) och det tredje förbättringsområdet är valfritt för vårdcentralen att välja. Varje vårdcentral ska identifiera ett av tre förbättringsområden och presentera dessa i "*Mall - redovisning av förbättringsarbete inom diabetes 2021–2022*". Varje förbättringsområde, eller bibehållet mål, ska ha ett målvärde utifrån nivå från Nationella Diabetesregistret (NDR). Ersätts med 45 000 kr per vårdcentral för inlämnad och godkänd handlingsplan.

5.4.3 Besöksersättning

Besöksersättning utbetalas med en taknivå på 695 000 besök. Besöksersättning utgår för de besök där patientavgift tagits ut. Huvudregeln är att besök ersätts för samtliga yrkesgrupper på vårdcentralens mottagningar, SÄBO och korttidsboende.

5.4.4 Kostnadsbaserad ersättning

För vissa kostnader förknippade med beslut om insatser till patienten erhåller vårdcentralerna en ersättning som ska täcka hela eller delar av kostnaden.

Läkemedel

Ersättning för läkemedelskostnader utgår varje månad enligt läkemedelsenhetens ersättningsmodell. Ersättningsmodellen består av två delar där 75% av ersättningen baseras på antalet listade personer (fördelat på män och kvinnor) och 25% på ACG-poängen för respektive vårdcentral. Vårdcentralen står för 20 % av den totala läkemedelskostnaden för allmänläkemedel.

Röntgen

50 % av kostnaden för röntgen debiteras respektive vårdcentral från Vårdval. Ersättning för dessa röntgenkostnader ersätts sedan från Vårdval i form av en åldersviktad schablonersättning som betalas ut varje månad. Schablonersättningen betalas alltså ut oavsett röntgenkostnader för vårdcentralen, vilket innebär att en enskild vårdcentral kan få ett underskott eller överskott utifrån denna ersättning, jämfört med faktiska kostnader.

Klinisk fysiologi

Ersättning för vårdcentralens klinfyskostnader består av en åldersviktad schablonersättning som betalas ut varje månad. Schablonersättningen betalas ut oavsett klinfyskostnader för vårdcentralen, vilket innebär att en enskild vårdcentral kan få ett underskott eller överskott utifrån denna ersättning, jämfört med faktiska kostnader.

Hjälpmedel

Kostnader för sålda och hyrda tekniska hjälpmedel belastar Vårdval Primärvård centralt och inte de enskilda vårdcentralerna. Kostnader för ortopedtekniska hjälpmedel belastar vårdcentralen och ersättning för dessa hjälpmedel ligger i vårdpengen, ex ortoser debiterade via arbetsterapeuterna eller skoinlägg.

5.5 Utfall

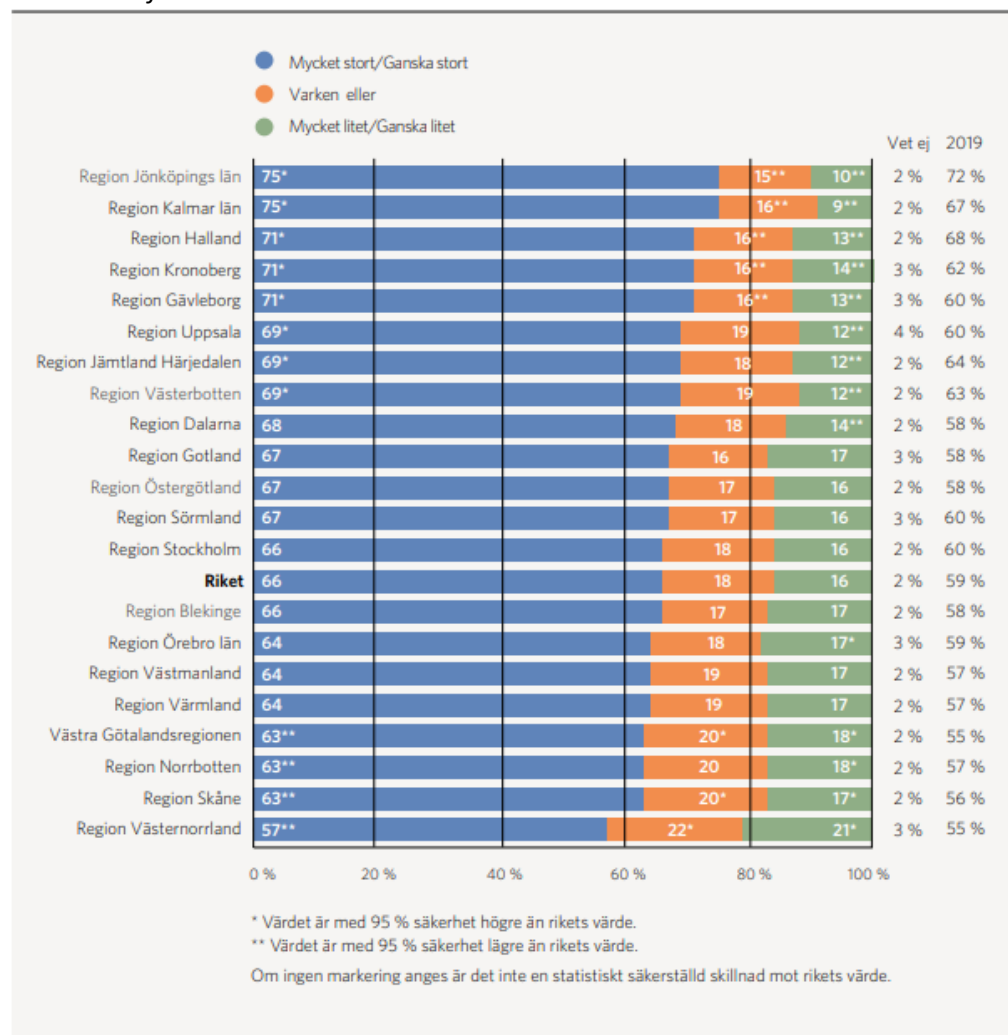
Det är omöjligt att på ett samlat sätt ge en tydlig bild av vilka effekter och konsekvenser som dagens primärvårdprogram och ersättningsmodell får. Det är ändå viktigt att lyfta in några aspekter av utfallet.

5.5.1 Patienternas upplevelser

I utredningen God och nära vård refererar man till att undersökningar bland befolkningen visar att den svenska hälso- och sjukvårdens akilleshäl ur patienternas perspektiv är bristande tillgänglighet och kontinuitet. Det upplevs som för krångligt att komma i kontakt med vården och det tar i många fall för lång tid innan man får sitt besök. Dessutom får patienter ofta träffa olika individer i sina kontakter med vården.

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som avser att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen samordnas av SKR och genomförs varje år. Nedan visas resultat från Hälso- och sjukvårdsbarometern avseende befolkningens förtroende för hälso- /vårdcentraler 2020, oavsett om man besökt vårdcentralen eller inte. Det framgår att förtroendet för vårdcentraler bland invånare i Region Västmanland har ökat från 57% till 64 % 2019 till 2020. Samtidigt har förtroendet i riket ökat från 59 % till 66 %.

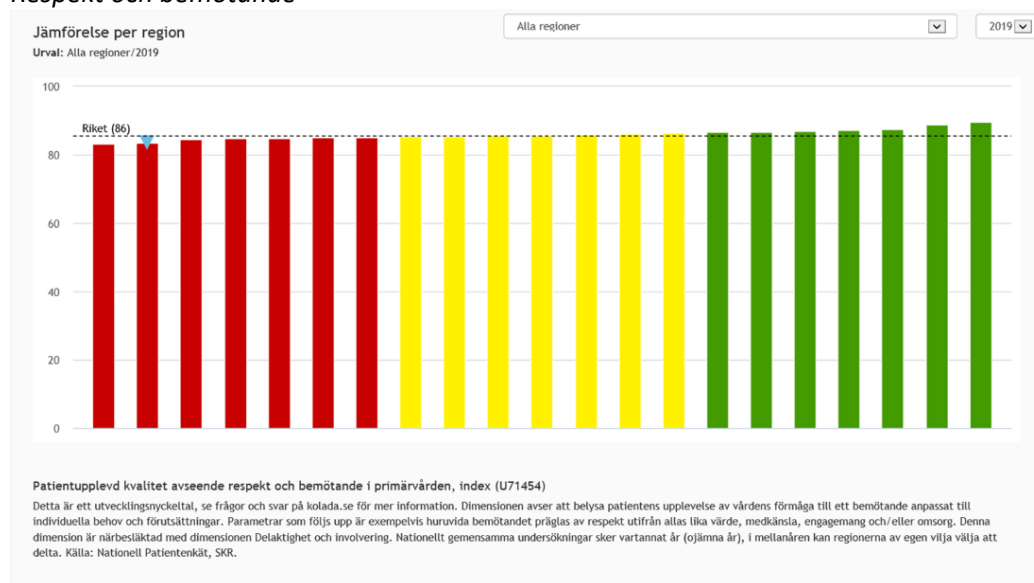
Förtroende för vårdcentralen



Nationell Patientenkät avser ett antal återkommande nationella undersökningar av hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Dessa undersökningarna genomförs vartannat år och även dessa samordnas av SKR. Sedan 2009 deltar samtliga regioner och landsting i undersökningarna. Olika enkäter riktar till patienter som har besökt olika delar av hälso- och sjukvården, bland annat primärvård, somatisk öppen- och slutenvård och psykiatrisk öppen- och slutenvård.

Nedan redovisar vi några av resultaten för Region Västmanland i den senaste mätningen 2019, som sammanställda utvecklingsnyckeltal avseende läkarbesök i primärvård. Den blå pilen indikerar Region Västmanland. Den tredjedel som har bäst resultat har gröna staplar. Den tredjedel som har sämst resultat har röda staplar och den mittersta tredjedelen är gul.

Respekt och bemötande



Emotionellt stöd



Den samlade bilden som patienterna som besvarat enkäten ger av vårdcentralerna i Västmanland är inte särskilt positiv, i jämförelse med många andra regioner. Även om svarsfrekvensen för enkäten är förhållandevis låg, 36 % i Region Västmanland och 39 % nationellt för 2019, kan det inte förklara att resultaten i Region Västmanland är sämre än i riket, och det finns anledning att ta resultaten på allvar. Nationell patientenkät är det största underlaget av patientupplevelser som finns att tillgå och varje svar är en patientupplevelse som är sann för individen. Svarsfrekvensen är framför allt låg i yngre åldrar medan den för gruppen 65+ är betydligt högre, över 60 % i både Region Västmanland och för hela riket 2019. Resultaten för denna patientgrupp är generellt något bättre, men med fortsatt något sämre resultat för Region Västmanland än riket. Även när

För att få en bättre bild av orsakerna bakom patienternas omdömen har vi tittat närmare på de kommentarer som patienterna har lämnat på öppna frågor. Utifrån dessa kan vi se några tydliga kluster i de problem de identifierar utifrån sina kontakter med vårdcentralerna i Region Västmanland:

- *Hela hälsan rymts inte* – många ger uttryck för att man begränsas till att ta upp ett problem per besök. Även om man som patient själv upplever att hälsoproblemen är relaterade så ges man sällan det utrymme. Några tar särskilt upp ersättningen per besök som vårdcentralerna erhåller som det man tror styr mer än individens behov.
- *Kontinuiteten brister* – upplevelsen att man sällan eller aldrig får träffa samma läkare eller sköterska upplevs som en stor kvalitetsbrist av många. Att ständigt behöva upprepa sin sjukdomshistoria och börja från noll gör att man tappat tilltro till vården. Flera nämner särskilt önskan att ha en fast läkarkontakt.
- *Tillgängligheten brister* – en del beskriver svårigheterna att få kontakt med sin vårdcentral, eller om man får kontakt att kunna erhålla en snabb tid.

För att få en bild av hur primärvården i Region Västmanland jämför sig med övriga regioner i landet har vi plockat ut några indikatorer från de nationella databaser som finns.

Uppgångsgenet har toljats samma dag

Jämförelse per region

Urval: Alla regioner/2018

2018

Data visas för år 2018

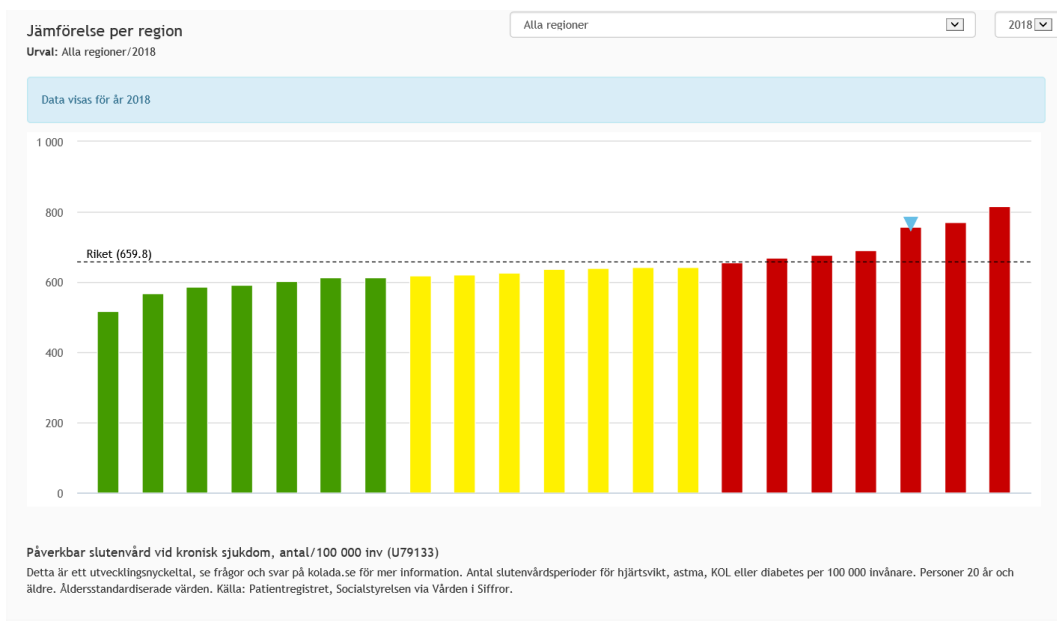
Region	Andel (%)
Region Stockholm	78
Region Västmanland	79
Region Örebro län	82
Region Västergötland	82
Region Östergötland	82
Region Södermanland	83
Region Gästrikland	87
Region Västernorrland	87
Region Jämtland Härjedalen	87
Region Norrbotten	88
Region Västerbotten	88
Region Lappland	89
Region Norra Hallands län	91
Region Hallands län	90
Region Skåne län	90
Region Blekinge län	93
Region Småland	94
Region Östergötland	95
Region Jönköping län	98

Riket (86.7)

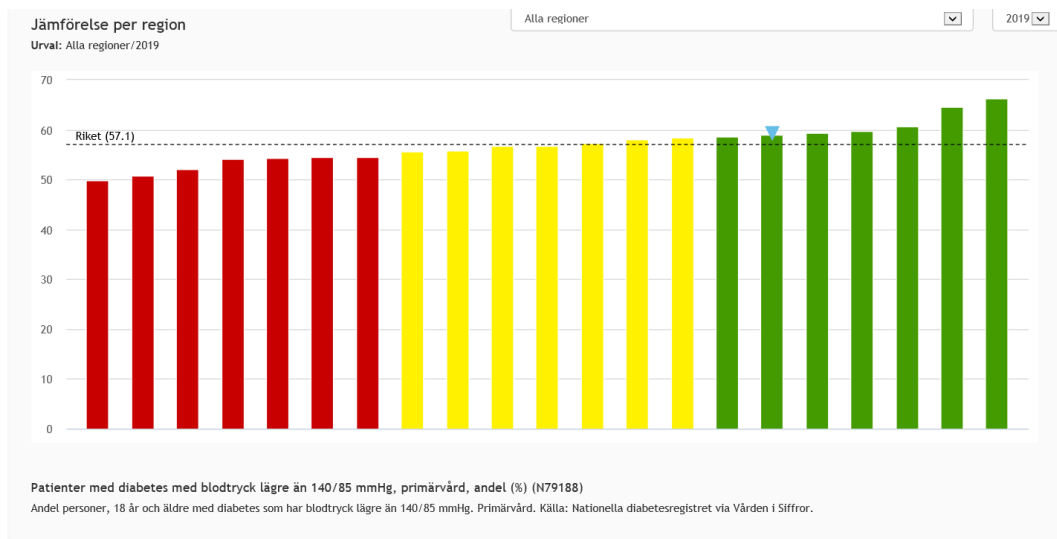
Telefonsamtal till primärvården som besvarats samma dag, andel (%) (N79179)

Andel besvarade telefonsamtal i primärvård som besvarats samma dag. Genomsnitt av årets tolv månader. Källa: Väntetider i vården via Vården i siffror

Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom



Diabetespatienters blodtryck i primärvård



Diabetespatienters blodsocker i primärvård



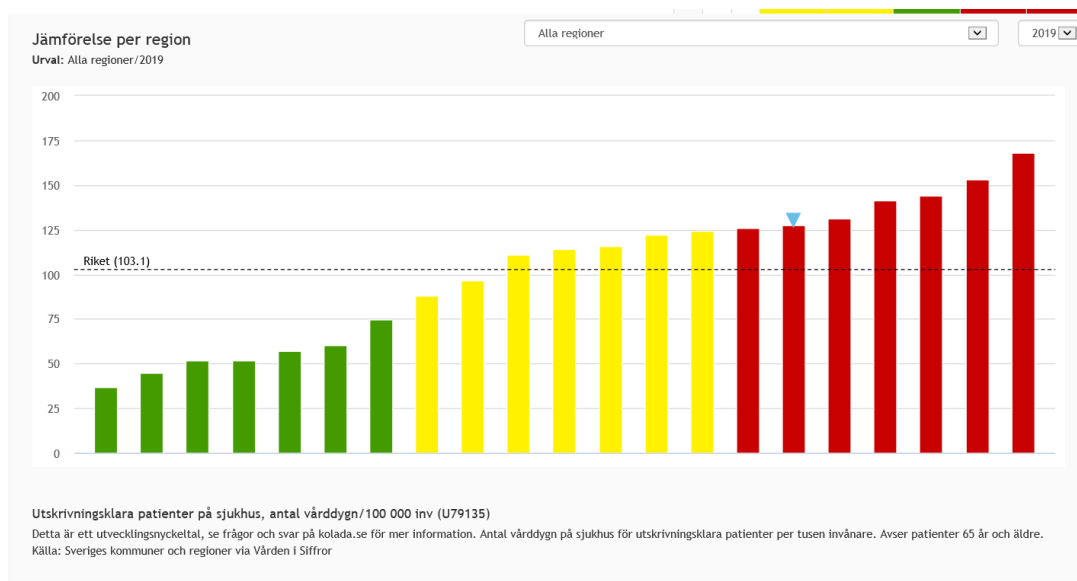
Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning



Fallskador bland personer 65 +



Utskrivningsklara patienter på sjukhus



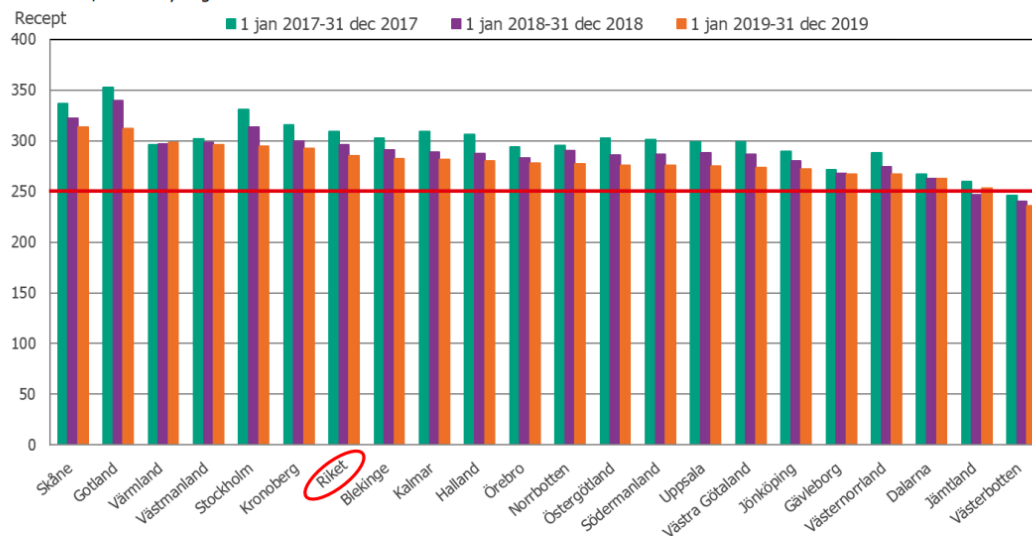
Tio eller fler läkemedel hos äldre



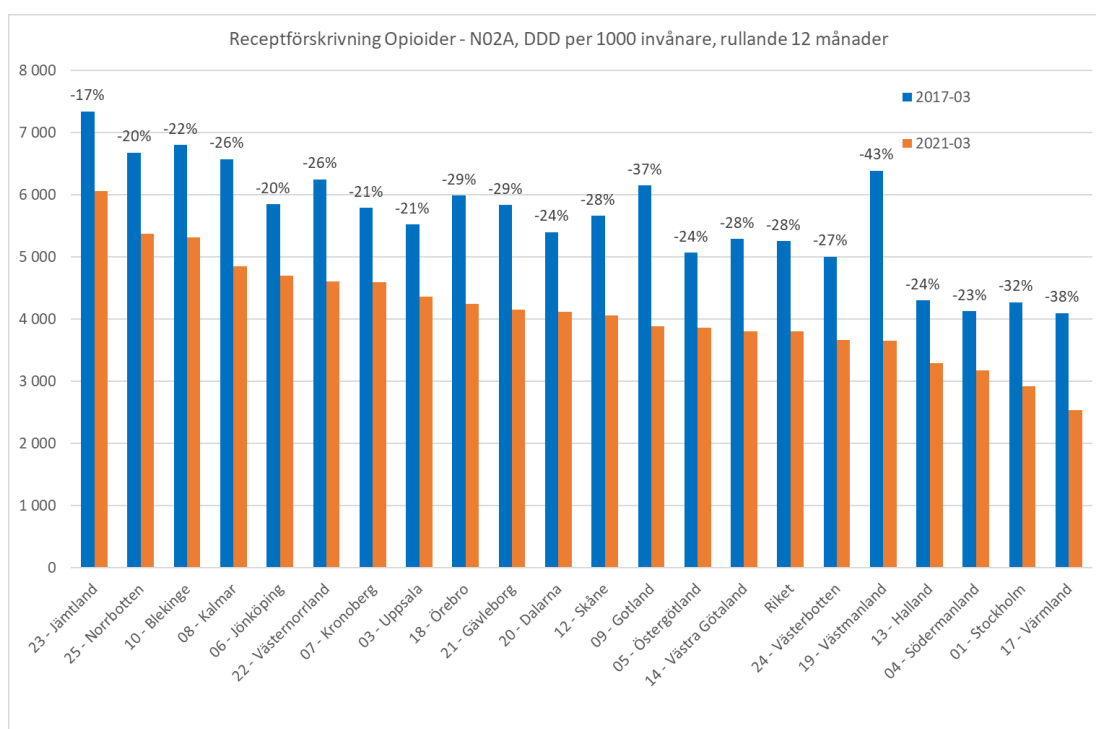
Antibiotika (J01 exkl. metenamin) försålt på recept, per län, alla åldrar

Recept/1000 invånare och 12-månadersperiod

Källa: Insikt, eHälsomyndigheten



Kommentar: Antibiotikaförsäljningen mätt i recept/1000 invånare minskade med 2,9 % under fjärde kvartalet 2019 jämfört med fjärde kvartalet 2018. Under 2019 minskade den totala antibiotikaförsäljningen (J01 exkl. metenamin) på recept med 3,5 % jämfört med 2018, från 296 till 285 recept/1000 invånare och år.

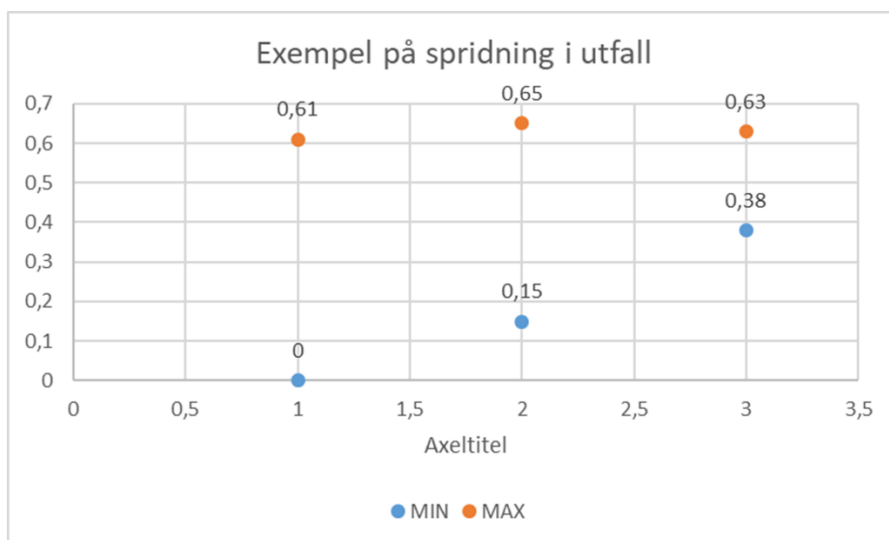


Inom området receptförskrivning av opioider har regionen förbättrats avsevärt jämfört med andra regioner de senaste åren. Det är värt att notera att det regionövergripande strategiska arbete som sannolikt ligger bakom denna förbättring varit baserat på dialog och benchmarking, och flera av vårdcentralernas verksamhetschefer har spontant kommenterat att det arbetet fungerat på ett bra sätt. Ett liknande arbete har skett inom antibiotikaförskrivning där man också kunnat se en positiv trend.

Ovanstående axplock av olika typer av kvalitetsmål och medicinska indikatorer ger ingen entydig bild av primärvården i Region Västmanland. Det går förstås inte heller att göra tydliga kopplingar till vårdvalssystemets utformning. Däremot kan vi se att det inom flera områden finns betydande utvecklingspotential när vi jämför med andra regioner. Parallellt med förändrade styrnings- och ersättningsformer är det intressant att fortsätta följa upp denna typ av indikatorer, och att identifiera de som upplevs som mest relevanta.

5.5.3 Variation mellan vårdcentraler

För att kunna säga något om i vilken grad primärvården i Region Västmanland är någorlunda jämlig är det intressant att jämföra hur olika typ av kvalitetsmått skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler. Vi har inte på något sätt gjort någon fullständig analys men kan konstatera att det ofta är relativt stora skillnader mellan utfallet vårdcentraler emellan. För att illustrera hur det kan se ut visar vi tre olika indikatorer i nedanstående diagram.



1. Andel patienter som fått psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad depression
2. Kontinuitetsindex för patienter med kronisk somatisk sjukdom (ssk)
3. Andel patienter i åldern 30-80 år med diagnosen hypertoni som vid senaste mätningen har ett blodtryck på <140/90

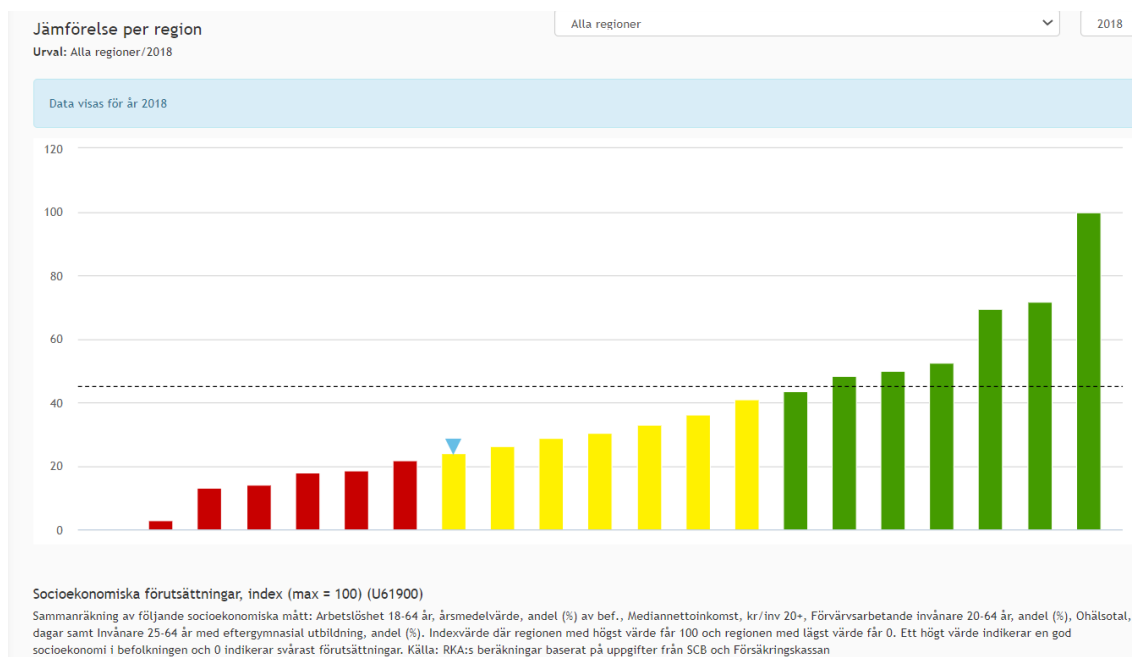
Vi har inte kunnat se några tydliga systematiska skillnader i materialet, dvs att ex vissa vårdcentraler alltid ligger högt och andra lågt när vi jämför utfall i olika indikatorer. Men oavsett om skillnaderna går att härröra till olikheter i förutsättningar, olika professionella bedömningar, tillgång till kompetens eller andra faktorer så måste en slutsats ändå vara att en önskvärd utveckling är att gapet mellan lägsta och högsta värde ska bli mindre.

5.6 Förutsättningar

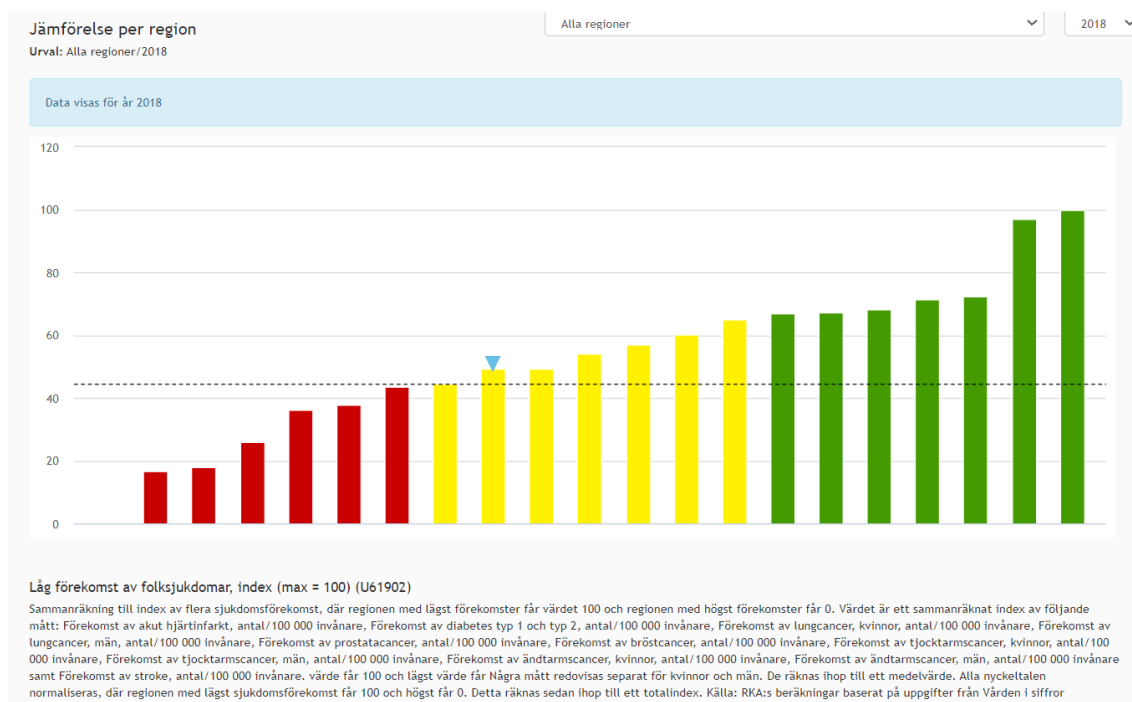
5.6.1 Demografiska förutsättningar

När det gäller befolkningens hälsa så är det inte bara ett utfall utan utgör också en förutsättning för vården. Nedan redovisas tre index baserade på befolkningsundersökningen Liv och Hälsa, statistik från Vården i siffror samt uppgifter från SCB och Försäkringskassan, som kan säga något om befolkningens behov av primärvård i regionen. Sammantaget ger dessa index en fingervisning om att behoven kan vara något högre i Region Västmanland jämfört med riket i stort. Index för socioekonomiska förutsättningar och förekomst av folksjukdomar ligger lägre än rikssnittet och index för levnadsvanor placerar Region Västmanland näst lägst i landet. Vi redovisar även två resultat avseende självskattad hälsa baserat på undersökningen Liv och Hälsa. Självskattat hälsotillstånd generellt ligger nära rikssnittet men däremot när det gäller specifikt psykiskt välbefinnande så är andelen som fått utfallet gott eller mycket gott näst lägst i landet.

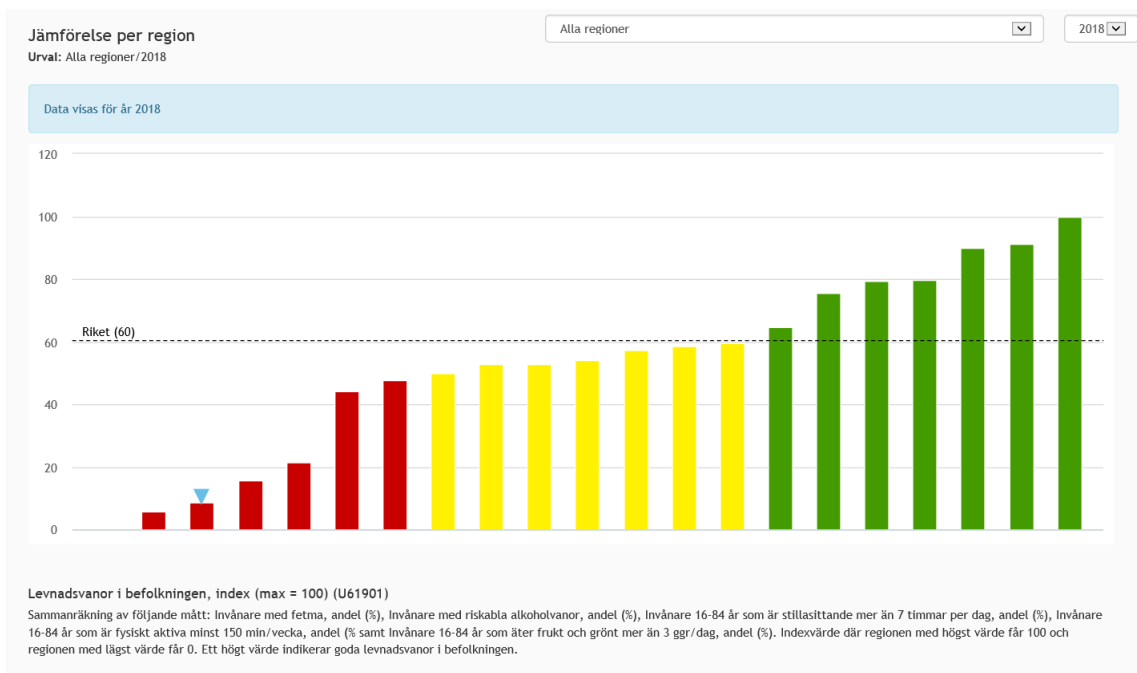
Socioekonomiska förutsättningar



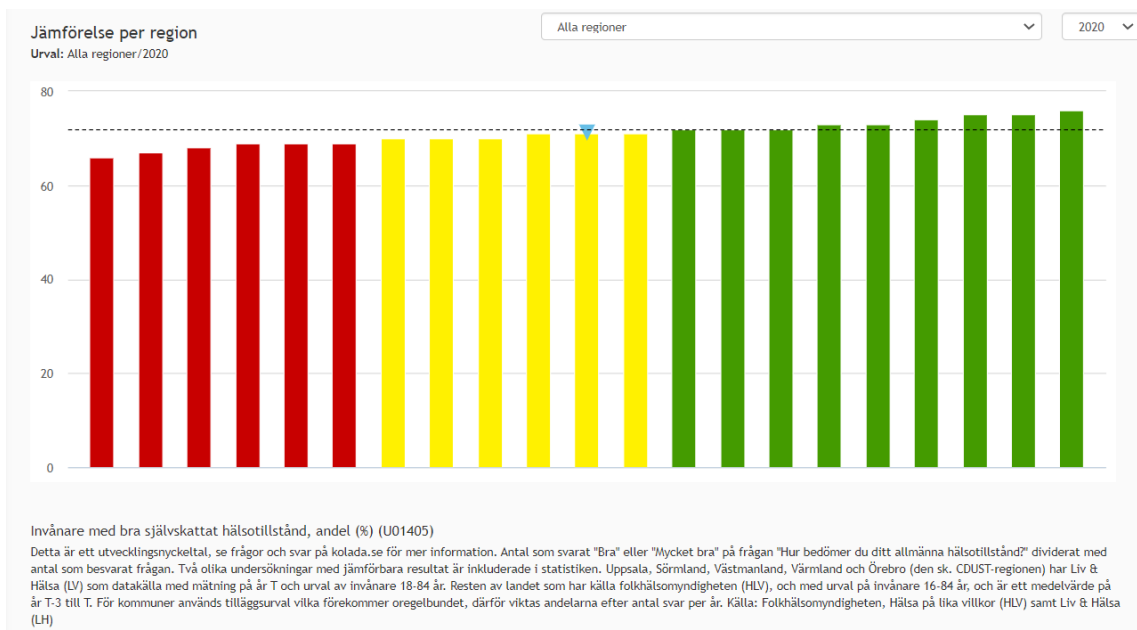
Förekomst av folksjukdomar



Levnadsvanor i befolkningen



Självskattat hälsotillstånd

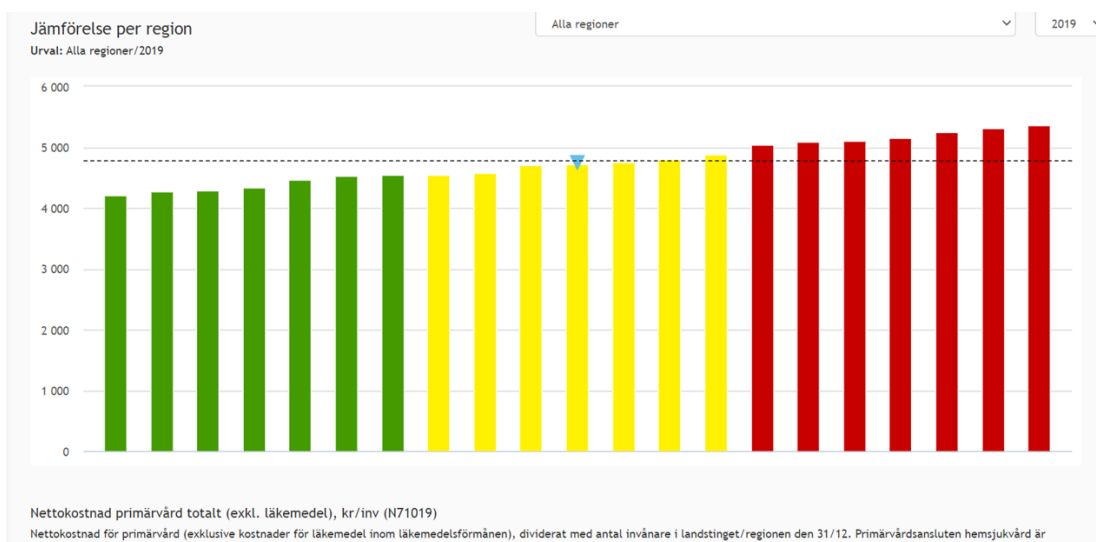


Psyiskt välbefinnande

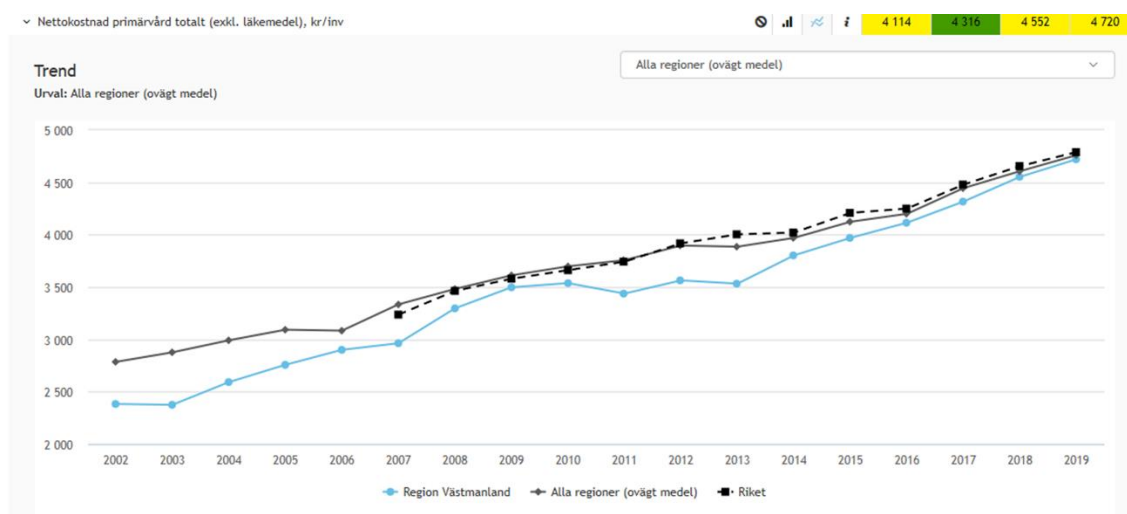


5.6.2 Ekonomiska förutsättningar

För att få en bild av hur Region Västmanlands resurser för primärvård ser ut kan vi använda det nationella måttet nettokostnad per invånare. Här ligger regionen mitt i fältet i jämförelse med andra regioner.



Kostnaden per invånare ökar över tid men i relation till övriga hälso- och sjukvården ser man en minskning av primärvårdens resurser

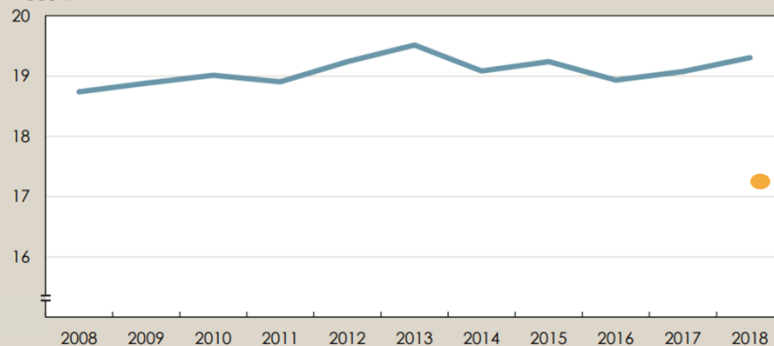


Primärvårdens andel av regionens totala kostnader för hälso- och sjukvård ligger under snittet för riket och under det mål som regionen fastställt i regionplanen.

2.1. Kostnadsandel regionernas primärvård

Primärvårdens kostnader som andel av de totala kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård (exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård, läkemedel inom förmånen och tandvård)

Procent



Källa: Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån.

FRÅN RV Årsredovisning 2020
Primärvårdens kostnadsandel av
samtlig hälso- och sjukvård
Mål: 18%
Utfall: 17,1 % (2019)

6 Erfarenheter från dagens system

Utifrån en samlad analys av hur dagens system fungerar med utgångspunkt i den faktainsamling som gjorts, med tyngdpunkt på genomförda intervjuer med vårdcentralernas verksamhetschefer och fokusgrupper med professionerna, beskriver vi här några områden där det finns behov av förändringar i styrning och uppföljning av primärvårdens arbete.

6.1.1 Skilda förutsättningar - men samma uppdrag

Förutsättningarna för länets 28 vårdcentraler skiljer sig åt i en rad aspekter; antal listade patienter, avstånd till sjukhusvård, möjligheter att rekrytera personal osv. Många av vårdcentralerna uppskattar det breda uppdraget och sätter en ära i att utgöra första linjens vård för hela kedjan från "vaggan till graven". Däremot anser man att det är alldeles för detaljstyrt idag *hur* uppdragen ska utföras. Man efterfrågar istället tydliga uppdrag med större frihetsgrader att utforma verksamheten utifrån lokala förutsättningar.

Det är tydligt att de stora skillnaderna i förutsättningar inom länet i praktiken gör det omöjligt för alla att kunna erbjuda sina listade patienter samma typ av tillgänglighet, kompetens och kontinuitet. Sårbarheten blir stor och svårigheter att vid varje tillfälle tillhandahålla rätt kompetens påverkar möjligheten att de facto erbjuda invånarna en jämlik vård.

Att leva upp till kraven på de specifika kompetenser och resurser som programmet kräver bedöms i realiteten vara omöjligt, både ur ett praktiskt och ekonomiskt perspektiv. Det medför både att primärvårdsprogrammet faktiskt inte styr på det sätt som intentionen är och att verksamhetschefer upplever sig tvingade till att göra egna prioriteringar, vilket ibland upplevs som ett moraliskt dilemma.

Extra utmanande blir de uppdrag som har en hög grad av nationell styrning inbyggda, som ex. Barnmorskemottagningarna och Barnavårdscentralerna. För dessa verksamheterna finns också en horisontell styrning/ledning genom de särskilda MHV- och BHV-team som har i uppdrag att utveckla, stödja och följa upp dessa verksamheter. Här upplever verksamhetscheferna i många fall att handlingsutrymmet är ytterst begränsat och vissa menar därför att det kan finnas skäl att flytta ut uppdraget ex för BMM. Man upplever bland annat det som problematiskt ur ett lednings- och arbetsmiljöperspektiv där det är så skilda förutsättningarna i resursstyrning, ex mellan barnmorskor och distriktssköterskorna på mottagningen. Åter andra menar att detta skulle ta bort ett viktigt värde från vårdcentralerna.

Även om utmaningarna i det breda uppdraget alltså är många är det få delar som vårdgivarna själva anser bör lyftas bort från vårdcentralerna. Det område där det dock finns en relativt stor samsyn bland vårdgivarna är uppdraget med Hälsosamtal för 50-åringar. De flesta anser att insatsen i sig har ett värde och att det bidrar till att identifiera individer som med stöd till livsstilsförändringar kan undvika att utveckla ohälsa. Däremot anser många att det tar för stort utrymme på bekostnad av andra uppdrag och att denna verksamhet skulle bättre passa in på Hälsocenter som man anser har mer rätt typ av kompetens och verktyg när det gäller primärprevention. I utfallen kan vi också konstatera att det varierar i vilken utsträckning hälsosamtalen utförs, vilket delvis har ett samband

med hur hälsosamtalen prioriteras på vårdcentralen. Under 2020 har variationen mellan vårdcentralerna varit extra stor till följd av särskilda utmaningar pga pandemin. Vissa vårdcentraler låg helt i fas vid årets slut medan andra knappt hade börjat bjuda in 2020 års 50-åringar. Det verkar alltså som om det hälsofrämjande arbetet får stå tillbaka för andra typer av insatser och arbetsuppgifter, i olika hög grad på olika vårdcentraler.

En ytterligare aspekt av omfattningen på vårdcentralernas uppdrag är den uppgiftsförskjutning som man upplever har skett från den slutna vården, oftast utan att motsvarande resursförstärkning har gjorts. Att eftersträva mindre sjukhusinläggningar och att vård som kan bedrivas på primärvårdsnivå ska göra det upplever det flesta som rimliga målsättningar. Däremot kan det faktiskt innebära att både specialistsjukvården och primärvården upplever att arbetsbördan ökar eftersom det blir en förskjutning som innebär att patienterna på båda dessa nivåer blir relativt sett sjukare. I primärvården finns dock den extra svårigheten att det i många fall inte finns en lägre vårdnivå att hänvisa till förutom egenvård. Patienten kan alltid söka vårdcentralen igen och igen, och om hen inte blir nöjd vända sig till nätläkare.

6.1.2 Utrymme för utveckling och innovation

I takt med den demografiska, medicinska och tekniska utvecklingen behöver också hälso- och sjukvårdens arbetsformer och kompetens utvecklas. I dagens system finns en samstämmig bild av att förutsättningarna för att lokalt kunna avsätta nödvändig tid för kvalitetsarbete och nya lösningar på patienternas behov är små. Det breda och detaljstyrda uppdraget i kombination med krav på hög tillgänglighet och produktion för att få ekonomin att gå ihop minimerar utrymmet för ett systematiskt utvecklingsarbete.

Många av de förändringar som kommer att krävas framåt för att svara mot nya behov är också av en sådan dignitet att de inte kan hanteras av varje enskild vårdcentral eller vårdgivare, utan kräver ett utvecklingsarbete på regionnivå. Tydliga exempel här är vidareutveckling av digitala tjänster för att stödja patienternas egenvård och utveckling av samordning genom patientkontrakt, för att nämna några.

6.1.3 Ledarskap, prioritering och arbetsmiljö

Primärvårdens medarbetare är under hårt tryck i dagens system. Många beskriver arbetsbelastningen som enorm i kombination med detaljerad styrning av hur uppdraget ska utföras och med ökade krav från patienterna på såväl tillgänglighet som specifika insatser. Andelen medarbetare som arbetar deltid ökar, särskilt tydligt menar man att detta är i gruppen ST-läkare. Även nationella undersökningar visar på att personal inom primärvården har hög sjukfrånvaro, ofta relaterat till psykisk ohälsa, att många arbetar deltid för att klara ett pressat arbete och att flera bland dem funderar på att lämna yrket.

En aspekt som många lyfter fram är det faktum att primärvårdsprogrammet på timme när kravställer hur många olika funktioner och specialistkompetenser ska dimensioneras, medan när det gäller kärnan i vårdcentralernas allmänmedicinska kompetens, specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor/sjuksköterskor, så finns det ingen som helst styrning, ex i form av antal listade/läkare. Detta menar man innebär svårigheter i att leda och fördela arbetet och påverkar arbetsmiljön negativt. Bemanningskraven tar heller inte hänsyn till att formell kompetens inte alltid är detsamma som reell kompetens och att behovet av tid för uppdraget i praktiken kan

variera mellan vårdcentralerna beroende på lokala förutsättningar. Det lokala ledarskapets funktion upplevs på många håll som ytterst begränsat, i det att så mycket redan är styrt från både nationellt håll (ex tillgänglighet) och genom primärvårdsprogrammet.

Det fokus på produktion som tillgänglighetskrav och patientbehov medför men som även enligt vissa påverkas av besöksersättningen, uppges också som något som kan ge negativa arbetsmiljöaspekter.

6.1.4 Samverkan och helhetsperspektiv på patienten – Nära vård

Vårdcentralerna har framförallt två viktiga aktörer att samverka med, det gäller dels slutenvården och dels den kommunala vården och omsorgen.

Här skiljer sig upplevelserna till viss del åt beroende på om man samverkar med få aktörer, som på landsbygden, eller om man är en del i ett komplext system av utförare som i Västerås. Generellt upplevs både samverkan med sjukhusen och kommunerna som enklare och mer konstruktiv och nära ute i länet.

När det gäller samverkan med övrig hälso- och sjukvård inom regionen är det framförallt inom området psykisk ohälsa som problemen upplevs som störst. Det finns ett upplevt gap mellan det uppdrag som primärvården har resurser och kompetens för och det uppdrag som psykiatri anser sig ha.

Inom övriga specialiteter anser man i huvudsak att de samverkansavtal som finns mellan respektive klinik och primärvården fungerar väl. Dock upplever man att samverkansdokumenten ibland följs på ett lite väl stelbent sett som inte alltid gagnar patienten. I linje med det resonemanget uppger flera verksamhetschefer också att de personliga relationerna, och kunskapen hos respektive part om den andra vårdgivarens förutsättningar och uppdrag ofta har större betydelse för hur samverkan fungerar i praktiken.

6.1.5 Hälsoinriktat arbete

När det gäller vårdcentralernas uppdrag inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet så finns det lite olika bilder. Många verksamhetschefer lyfter oftast detta som ett självklart ansvar för primärvården och ser det som en integrerad del i en stor del av olika professioners dagliga arbete, t ex att livsstilsråd utgör en naturlig del i besök med kroniskt sjuka.

Det mer primärpreventiva arbetet, dvs att nå de som inte söker vårdcentralen men behöver som mest insatser och stöd för jämlik hälsa ses dock inte i samma utsträckning som en av vårdcentralens prioriterade uppgifter. Ser man det utifrån hälsokoordinatorernas perspektiv uppger majoriteten att de inte får tid för att samordna vårdcentralens hälsofrämjande arbete. Man upplever att det hälsoinriktade arbetet är det som oftast nedprioriteras. Många gånger är det hälsoinriktade arbetet utöver det basala något som drivs av eldsjälar på vårdcentralen.

Här lyfts också att samverkan med annan hälso- och sjukvård, socialtjänst och kommun kan förbättras och ge positiva effekter för det hälsoinriktade arbetet.

6.1.6 Äldre och multisjuka

En stor del av vårdcentralerna lyfter fram målgruppen multisjuka äldre som oerhört viktig, men upplever samtidigt att dagens system inte tillräckligt återspeglar behoven i denna grupp. Mer än själva primärvårdsprogrammet är det här strukturen och formerna för samverkan med kommunerna kring de mest sjuka äldre som försvårar arbetet.

Det handlar bland annat om sviterna efter hemsjukvårdsväxlingen 2012, där många pekar på hur teamarbetet mellan läkare och sjuksköterskor bröts upp. Särskilt problematiskt att få till detta är det inom Västerås stad där ett stort antal utförare på båda sidor försvårar samverkan. Även det avtal som reglerar läkarmedverkan på kommunernas särskilda boenden lyfts upp som ett hinder. Här blir det också tydligt att den formulering angående dimensionering av läkartid (6 min/vecka och boende) upplevs vara direkt kopplad till vilken ersättning man får för detta uppdrag och är något som många ser sig begränsade av.

En viktig anledning till att man inte upplever det möjligt att prioritera multisjuka och äldre så som man önskar är också kraven på tillgänglighet. Den förstärkta vårdgarantin som innebär medicinsk bedömning inom tre dagar för patienter som söker för nya sjukdomstillstånd innebär i praktiken att kroniska sjukdomstillstånd nedprioriteras.

Att denna patientgrupp och samverkan med kommunerna behöver stå i fokus för ett gemensamt utvecklingsarbete står klart också utifrån de brister och utmaningar som den pågående pandemin har lyft fram, med stora konsekvenser som följd.

Företrädare för kommunens vård och omsorg lyfter fram flera delar som man önskar mer stöd från primärvården i. Det handlar i många fall om en ökad tillgänglighet – en väg in – för kommunens sköterskor när behov av läkarkonsultation uppstår. Att kunna få råd och stöd i nära samband med förändringar i de äldres hälsotillstånd, utan att hamna i telefonkö och riskera att prioriteras ned av mottagaren på vårdcentralen. Man önskar också ett mer teambaserat arbetssätt som även bidrar till att höja kunskap och kompetens i kommunens personalgrupper.

För vårdcentralerna försvåras ett sådant arbetssätt av kraven på hög besöksproduktion eftersom det sällan är särskilda läkare avsatta för insatser just mot den kommunala verksamheten.

6.1.7 Psykisk ohälsa

Flera verksamhetschefer lyfter fram området Psykisk ohälsa som relativt svagt inom Region Västmanland. Samtidigt som ex ångest, depression och stressrelaterad ohälsa är en dominerande orsak till sjukskrivning, och att flera refererar till att ca 70 % av patienterna i väntrummen har någon form av upplevd psykisk ohälsa så menar man att det finns brister i primärvårdens förmåga att effektivt hantera denna problematik. Det kan handla både om bristande fokus, tillgänglighet och tillgång till rätt kompetens och arbetsmetoder.

Många upplever också att det finns ett glapp mellan psykiatrins och primärvårdens vårdnivå där patienter riskerar att komma i kläm. Eftersom psykiatrin både har väntetid och kan neka remisser innebär det att vårdcentralen ibland hamnar i en svår sits där man känner att man egentligen inte har vare sig uppdraget eller rätt kompetens för att ta hand om patienten, men samtidigt kan man inte lämna patienten helt därhän.

När det gäller ansvaret för även den lättare psykiska ohälsan går meningarna lite isär om vårdcentralernas möjlighet att axla detta, eller om det ens är önskvärt. Här menar en del att det finns andra resurser i samhället och civilsamhället som är bättre skickade att hantera behoven.

Några menar också att den växande men lindriga psykiska ohälsan utgör en betydande del av vissa vårdcentralers vårdtyngd utan att det reflekteras i dagens ersättningsmodeller, eftersom den typiskt sätt inte är relaterad vare sig till specifika åldersgrupper eller till vårdtyngd i form av diagnoser.

6.1.8 Ny- och ometablering av vårdcentraler

När LOV infördes i Region Västmanland skedde en rad etableringar av privata vårdgivare under de senaste åren har dock inga nyetableringar av vårdcentraler skett. Ett par försök har gjorts av vårdcentraler att försöka etablera sig, men dessa har inte förmått skapa underlag för att fortsätta bedriva sin verksamhet. Till stor del upplevs det bero på att de patienter som aktivt väljer att lista om sig också ofta är de med stora behov, vilket innebär att ersättningssystemet inte initialt motsvarar kostnaderna för att erbjuda vård.

Eftersom det inte finns några möjligheter till vårdcentralerna att sätta upp listningstak för sina verksamheter så innebär det också att vårdcentraler kan komma att behöva byta lokaler för att kunna tillgodose behoven från en växande befolkning eller ny lista.

6.1.9 Former för uppföljning och samverkan

Det är framförallt genom årliga verksamhetsdialoger som vårdcentralernas uppdrag följs upp. Vid möten mellan företrädare för vårdcentralen och Vårdval primärvård går ett urval indikatorer igenom och resulterar ofta i att vårdcentralen får i uppdrag att ta fram handlingsplaner för att förbättra områden där man ligger sämre till.

Vårdcentralerna är överens om att denna form av möten med vårdval är viktig och flera har föreslaget att dessa kunde ske oftare än en gång per år. Däremot önskar många att det skulle läggas upp mer som dialog där verksamheten själv får möjlighet att lyfta egna frågor och utvecklingsområden. Benchmarking mellan vårdcentraler i och utanför regionen lyfts fram som något positivt som kan driva kvalitet och utveckling.

När det gäller Vårdvalsrådets roll så varierar bilden bland verksamhetscheferna, både av hur Vårdvalsrådet fungerar idag och vad man anser att dess roll borde vara. Här finns också ganska stora skillnader i representation eftersom varje vårdgivare är representerad oavsett antal vårdcentraler. De större vårdgivarna, Intraprenaden med 12 vårdcentraler och PTJ med 6 vårdcentraler, har två representanter men alla övriga har en representant oavsett antal vårdcentraler och storlek.

Det har framkommit att det finns en viss otydlighet i vilka frågor som Vårdvalsrådet har rätt att besluta om och i vilka frågor det är ett rådgivande organ. En del anser också att för många beslut är tagna redan innan de kommer till Vårdvalsrådet och det blir för mycket fokus på att delge information snarare än den dialog inför beslut som man önskar. Flera av de som sitter i Vårdvalsrådet upplever också att det är för lite fokus på långsiktiga utvecklingsfrågor. Av de 28 verksamhetscheferna är det 10 som också sitter i Vårdvalsrådet och av representanterna i rådet är 10 av 11 verksamhetschefer. Det kan bidra till att operativa frågor ibland kommer högt på agendan vid Vårdvalsrådets möten.

6.1.10 Ersättningsmodellen

Det finns en stor samsyn hos vårdgivarna kring att en högre andel fast ersättning skulle gynna vårdcentralernas möjlighet att anpassa verksamheterna utifrån sina förutsättningar och skapa en ökad långsiktighet.

CNI

Studier i andra regioner har visat att 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 ($< 1,0$). Det verkar alltså vara en riskjustering som fungerar för att möjliggöra nyetableringar även i socialt mer utsatta områden. Däremot har en analys av CNI-ersättningens betydelse för BVC-mottagningar och vårdcentraler i region Skåne också visat en samvariation mellan CNI-ersättningen och ekonomiska marginaler eller överskott hos vårdgivarna. Dessa resultat antyder att de extra finansiella resurserna som ställs till vårdcentralers förfogande genom CNI-ersättningen inte fullt ut omsätts i ökade reala resurser.

Vår inledande granskning har inte kunnat belägga huruvida detta samband kan ses även i Västmanland, men vi anser det intressant att fortsätta undersöka i vilken utsträckning det går att fastställa att de insatser som man vill att ersättningen ska generera också förekommer på vårdcentraler med högt CNI. Troligen krävs då också att detta förtydligas i uppdraget till dessa vårdcentraler och tydligare följs upp.

Ett annan grund för att bedöma huruvida det höga CNI-värdet och den därmed förhöjda ersättningen kommer den listade befolkningen till nytta är att titta på de indikatorer som vi idag mäter avseende hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. En inledande analys visar där inget tydligt samband mellan att de vårdcentraler som har högst CNI också är de som utför dessa tjänster i någon högre utsträckning.

En annan aspekt av CNI som också kommit fram i våra intervjuer med vårdcentralerna är att chefer för vårdcentraler med lågt CNI beskriver krav på verksamheten som delvis liknar kraven på vårdcentraler med högt CNI. De beskriver att patienterna har höga förväntningar på tillgänglighet, att få träffa en doktor och att få remiss till annan specialistläkare. Patienter på vårdcentraler med lågt CNI 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. En del menar därför 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, ex nätläkare, som vårdcentralen delvis får kostnadsansvar för.

ACG

En stor majoritet av verksamhetscheferna uttrycker en låg tilltro till att systemet verkligen återspeglar verklig vårdtyngd. Många beskriver det som att införandet lett till en diagnosjakt som inte främjar patienterna. Man ifrågasätter alltså om höga poäng är ett resultat av en hög andel patienter med vårdkrävande sjukdomar eller om det i högre grad är ett resultat av systematisk diagnosregistrering. Just upplevelsen av att systemet möjliggör manipulation och samtidigt är icke-transparent, eftersom det är en tjänst som

köps av ett amerikanskt företag och de exakta grunderna för beräkningarna inte är kända, lyfts av många.

Vi kan också konstatera att förändringarna i ACG-poäng sedan det infördes i Västmanland har förändrats i relativt stor utsträckning. En handfull vårdcentraler har ökat sin ACG-poäng med mellan 40 och 50 %, snittet har ökat med ca 15 %. Fokus på att sätta rätt diagnoser på patienter är självklart viktigt, men kopplingen till ersättningssystemet kan leda till en överregistrering.

När vi tittat på sambanden mellan höga ACG-poäng och kostnader för läkemedels-förskrivningar, provtagning, röntgen eller andel äldre på listan, kan vi inte se några generella kopplingar. Inte heller när vi tagit fram uppgifter om andel aktiva listade (dvs andel av listade individer som under senaste 15 månaderna besökt vårdcentralen) kan vi se att det samvarierar med ett högt ACG-värde. Generellt sett verkar det alltså inte vara så att ett högt ACG-värde automatiskt innebär högre kostnader för vårdcentralen. Detta styrks av studier som gjorts både nationellt och i andra regioner. I bl a Västra Götaland, Jönköping och Sörmland har man gjort egna utvärderingar av användandet av ACG vilka bl a visat en stadig ökning av diagnosregistreringar som man inte kunnat fastställa någon relation till andra faktorer som förskrivningar, provtagning eller ålder.

Riksrevisionens rapport (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? rir 2014:22) visar på hur ex diagnoser för psykisk ohälsa kraftigt har ökat i samband med införandet av ACG som grund för ersättning. De mätte antalet psykiska diagnoser och syndrom samt beteendestörningar före och efter att vårdvalet infördes – 2007 respektive 2011. I Skåne och Västra Götaland, som båda använder ACG, ökade antalet psykiska diagnoser med 60 respektive 84 procent. I Stockholm, som inte använder ACG, ökade de psykiska diagnoserna under samma period med 34 procent. Man lyfter också problemet med att om ersättningssystemen påverkar antalet satta diagnoser så innebär det också att diagnoser blivit ett sämre mått på sjuklighet. Det betyder att journalernas värde som informationsbärare till framtida vårdgivare minskar och kan få negativa konsekvenser för den enskilda patienten.

Ett av problemen anses vara att ersättningen bygger på en relativ ACG-viktning, vilket innebär att den genomsnittliga ACG-vikten i regionen alltid sätts till 1,00. Detta medför att en vårdcentral som inte ökar sina diagnosregistreringar riskerar en sjunkande ACG-vikt och därmed minskad ekonomisk ersättning.

Ett annat argument som verksamhetschefer i vår region tar upp är att utvecklingen av ökad psykisk ohälsa och förväntningarna på att vårdcentralerna i högre grad ska hjälpa till att hantera även lättare psykisk ohälsa som är ett utbrett problem, rimmar illa med kopplingen mellan många och tunga diagnoser och förväntad resursåtgång och -tilldelning.

6.1.11 Utmaningar framåt

I våra intervjuer med samtliga verksamhetschefer för vårdcentralerna har vi bett dem beskriva vad de bedömer som primärvårdens största utmaningar under kommande år. Det finns några teman som de flesta lyfter upp.

- **Fortsatt uppdragsförskjutning utan ökad resurstilldelning** – det finns en farhåga hos vårdgivarna att den förflyttning som gradvis skett i arbetsuppgifter och ansvar från slutenvård till primärvården ska fortsätta och förväntas utföras utan motsvarande tillskott av resurser eller kompetens.
- **Kompetensförsörjningen** – oro för arbetsbelastning hos medarbetarna, hög sjukfrånvaro, svårigheter att rekrytera och behålla personal osv bedöms som en oerhört angelägen fråga. Beroendet av ST-läkare för att klara uppdraget, svårigheten att attrahera utanför Västerås
- **Digitaliseringen** – tas upp av många både som en stor möjlighet för att framöver klara uppdraget och som ett område där man ser att utvecklingen går långsamt inom regionen. Nätläkarnas framfart ses som en stor risk för hela vårdsystemet som förändrar förutsättningarna för vårdcentralernas uppdrag och även, med dagens finansieringsprincip, begränsar det egna ekonomiska utrymmet för att utveckla sina tjänster.
- **En mer patientdriven utveckling** – en del pekar på behovet av att bättre fånga in patienternas behov och synpunkter och använda dessa som utgångspunkt för förbättringsarbete. Primärvården behöver förstå vad invånarnas behov och förväntningar är för att kunna möta och anpassa sig till nya förutsättningar.
- **Delaktighet i Nära vård-utvecklingen** – som det tänkta navet måste primärvården vara en aktiv del i arbetet med att utforma nya arbetssätt och samverkansformer och många uttrycker en frustration i att man står lite vid sidan om. Osäkerheten om vad detta är tänkt att leda till lyfts också fram av många.

6.1.12 Specifika områden som berörts i motioner

Utifrån motioner i Region Västmanland som rör primärvårdsprogrammet belyser vi här några områden särskilt:

Möjligheter till mer flexibla öppettider

Redan idag finns möjlighet för vårdcentralerna att utöka öppettiderna från de krav som finns på 8-17. Genom att istället krävställa att man ska ha mottagningen öppen motsvarande antal timmar, dvs 45 h/vecka, men utan att specificera när skulle förenkla för vårdcentraler som kan se att detta skulle vara positivt för just deras listade invånare.

Detta kan vara en möjlighet för vårdcentralerna att möta behoven av tillgänglighet till primärvården, vid sidan av utvecklingen av digitala lösningar. De digitala arbetssätt kan vara särskilt lämpliga för att öka tillgängligheten i glest befolkade och socioekonomiskt utsatta områden.

Detta förslag tas upp i kapitel 8.

Översyn av ersättningssystem

I denna rapport redovisas en genomgång av dagens ersättningssystem och de erfarenheter av systemet som finns bland vårdgivarna. I analysen inkluderas också forskningsresultat som har bäring på utformning av ersättningssystem samt nationella analyser och

rekommendationer kring dessa frågor. Detta har utgjort grund för de förslag till förändringar som tas upp i kapitel 8.

Äldrevårdsmottagningar

Att tillskapa särskilda äldrevårdsmottagningar är ett förslag för att stärka omhändertagandet av den äldsta patientgruppen. Som en del i de senaste tio årens satsningar på äldrevård i regionen har bl a separata äldrevårdsmottagningar införts inom delar av intraprenaden, utifrån vårdcentralernas egna förutsättningar. I dag finns det någon form av äldrevårdsmottagningar vid några få vårdcentraler. Fördelen med detta arbetssätt är bland annat ökad tillgänglighet för kommunens personal och därmed en god samverkan.

I Primärvårdsprogrammet ställs krav på funktionen vårdsamordnare på varje enskild vårdcentral. Vårdsamordnare är en särskild funktion som ska säkerställa att samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård följer intentionerna i lagstiftningen. Här finns fortfarande mycket för vårdcentralerna att göra för att uppnå målsättningarna.

Hur stödet till de äldsta och mest sjuka kan utvecklas och hur samverkan med kommunerna kring dessa individer kan utvecklas är centrala delar i utvecklingen av den nära vården inom region Västmanland. Till hösten 2021 kommer projektarbeten att inledas för att tillsammans med den kommunala vård- och omsorgen.

Vi anser därför att det är för tidigt att göra större förändringar i primärvårdsprogrammet till 2022 när det gäller äldrevårdsuppdraget. Fokus just nu bör vara att prioritera att tydliggöra fokus på dessa frågor i uppdragsbeskrivningen och att genom förändringar i ersättningssystemet skapa bättre förutsättningar för att avsätta resurser för detta arbete.

7 Nationella erfarenheter

7.1 Utvecklingen i andra regioner

Det finns stora geografiska skillnader beträffande hur primärvårdens uppdrag formulerats, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går. Skillnaderna i kontrakts- och styrformer i primärvården är också stora. När SKR 2019 gjorde en genomgång av samtliga regionernas ersättningssystem kunde de konstatera att det fanns 21 olika varianter.

Nedanstående bild visar en grafisk illustration av olika regioners fördelning mellan olika typer av ersättningsprinciper, från 2016:

Figur 4. Ersättningsprinciper i landstingens primärvård 2016.



Not: Uppgifterna baseras på en enkät där SKL bad landstingen att uppskatta hur ersättningen procentuellt fördelas enligt olika principer. Hur ersättningen fördelas i praktiken kan således avvika från denna sammanställning.

Källa: SKL 2016.

Även om utgångspunkterna alltså är olika så finns det ändå några generella tendenser i de förändringar av primärvårdsprogram och ersättningssystem som gjorts i flera regioner under de senaste åren.

- Kapiteringen ökar medan rörliga och målbaserade ersättningar minskar
- Besöksersättningens andel minskar
- Åldersviktning ökar och ACG och CNI utgör en mindre andel av riskjusteringen i kapiteringen.
- Prioritering av äldre görs på olika sätt (ex höjd kapitering, tilläggsersättning vid besök, ökad inskrivningsersättning SÄBO)
- Prioritering av psykisk ohälsa
- Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser

7.2 Nationella rekommendationer

I rapporten "Digifysisk vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet SOU 2019:42"14", som är den del av utredningen "Styrning för en mer jämlik vård"

rekommenderar utredaren Göran Stiernstedt regionerna att ta fram gemensamma ersättningsprinciper som ska kännetecknas av;

- Långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande
- Årlig uppräknings av ersättningen och generellt påslag för omställningsprocessen
- Fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning
- Riskjustering i kapiteringen för att styra mot individer med störst behov
- Minskad detaljstyrning men ökad styrning mot kontinuitet och tillgänglighet
- Medicinsk service och läkemedel i ökad utsträckning en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården
- Ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform.
- Man är tveksam till att inkludera ACG i kapitering
Nackdelarna anses vara att man genom att basera ersättningen på diagnosättning riskerar att patienten överdiagnostiseras. I bl.a. *Effektiv vård* (SOU 2016:2) uppmärksammas riskerna med att sammanblanda data som kan användas för kvalitetsutveckling med rapportering i syfte att få ersättning och att data därmed kan komma att korrumpas av ekonomiska motiv. Fast ersättning i form av kapitering ger vårdcentralerna ett tydligare ansvar för de listades eller befolkningens hälsa, eftersom mottagningen får ersättning per listad patient. Det kan i sin tur skapa incitament till förebyggande åtgärder och ett tydligare koordineringsansvar (Greß m.fl. 2006).

Detta är ett av flera uttryck för att man från statligt håll önskar en större likriktning i hur regionerna styr och utformar hälso- och sjukvården, som också kan förväntas få genomslag under kommande år.

8 Förslag till förändringar

8.1 Slutsatser från översynen

Vi kan konstatera att det finns en relativt stor samsyn mellan vad forskningen visar, den nationella utvecklingen av vårdvalssystem samt de erfarenheter som vårdgivare och profession inom Region Västmanland lyft fram i vår översyn.

Strävan, och utmaningen, är att styrning, villkor och uppföljning från regionen som uppdragsgivaren ska skapa fokus på verksamhetens egentliga kvalitet och patienternas upplevelse, snarare än att uppnå enskilda nyckeltal, ökad besöksvolym eller fler diagnosregistreringar. För att stödja och motivera det patientnära arbete liksom utvecklingsarbetet är det centralt att de krav och villkor som primärvårdsprogrammet innehåller också uppfattas som rimliga och relevanta av berörda professioner.

Målsättningen för Region Västmanland bör därför vara att utforma ett antal principer för styrning och uppföljning som stärker dessa perspektiv, och att därmed skapa en delvis ny

utgångspunkt för framtida utveckling av primärvårdsprogrammet. En mer tillitsbaserad styrmodell bör eftersträvas, som lägger mindre vikt vid att genom ekonomiska incitament försöka skapa ett önskvärt beteende eller genom att i detalj kravställa hur uppdrag och arbetsuppgifter ska utföras. Denna styrmodell ska i större utsträckning fokusera på att ge förutsägbara och långsiktiga förutsättningar för att utforma den vård som patienterna har behov av, utifrån professionens kunskap och en aktiv uppföljning med ett tydligt lärande- och utvecklingsperspektiv. Vi vill kort sagt undvika fokus på vilka patienter och beteenden som är lönsamma och istället fokusera på att tydliggöra förväntningar på resultat och effekter.

När det gäller uppdraget för vårdcentralerna så har vi kunnat konstatera stora utmaningar i det både breda och specialiserade uppdraget. När det gäller bredden i uppdraget så ser vi skäl för att fortsätta utreda om delar av basuppdraget för vårdcentralerna idag istället bör förändras till ex tilläggsuppdrag istället för att vara obligatoriska. Det är framförallt förmågan att erbjuda jämlik vård som utmanas av dagens system, som bland annat visar sig i stor spridning mellan olika kvalitetsmått i verksamheterna, men också förutsättningarna för den långsiktiga kunskaps- och kompetensutvecklingen. De villkor som vårdvalssystemet ställer bör i möjligaste mån förmå balansera så att skillnaderna i förutsättningar inte påverkar tillgången till god och jämlik vård för invånarna. Här finns en del utmaningar för regionen.

När det gäller detaljeringsgraden på de krav som ställs ex på dimensionering av tjänster osv så ser vi att vi kan påverka vårdcentralernas möjligheter att utföra uppdragen positivt genom att minska styrningen. Genom ökad flexibilitet stödjer vi principen att skapa förutsättningar för jämlik vård genom att ha möjlighet att göra olika.

8.2 Mål för primärvårdsprogrammet

För att säkerställa att primärvården framöver kan ta sin roll som navet i den nära vården är det viktigt att primärvårdsprogrammet skapar så goda förutsättningar som möjligt för vårdcentralerna, både i att utföra sitt befintliga uppdrag och i att vara aktiva aktörer i utvecklingen av den nya nära vården.

Målsättningen är att programmet ska bidra till att:

- öka möjligheterna för vårdcentralerna att anpassa verksamhetens bemanning och upplägg utifrån sin listade befolkning och de lokala förutsättningar som finns ex i form av tillgång till kompetens, förutsatt att patienterna ändå kan få en god och jämlik vård
- uppmuntra innovation och utveckling utifrån professionens drivkrafter och befolkningens behov
- balansera mellan krav på tillgänglighet med behov av kontinuitet och mer insatser till de mest sjuka och behövande
- säkerställa att programmets krav och villkor fokuserar på resultat och kvalitet som uppfattas som rimliga och relevanta av vårdgivare och profession

- skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö för primärvårdens medarbetare, vilket i sig är en förutsättning för att möjliggöra primärvårdens roll som navet i framtidens hälso- och sjukvård

Med dessa övergripande målsättningar läggs en plattform på vilken även framtida behov av förändringar i primärvårdens uppdrag och styrning ska kunna vila på.

8.2.1 Grundläggande principer

Styrning och ersättning av primärvård är ett komplext område, som påverkas av en lång rad olika faktorer. Det är därför inte möjligt att identifiera en bästa modell utan avgörande för utformningen bör istället vara några grundläggande principer som kommande förändringar och utvecklingsförslag kan vägas emot.

I Lag om valfrihetssystem § 2 Principerna för valfrihetssystem anges:

“Den upphandlande myndigheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Den upphandlande myndigheten ska iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet när den tillämpar valfrihetssystem.”

Utifrån slutsatser från de olika delarna i vår översyn anser vi att utöver ovan nämnda principer definierade i lagen bör även följande grundläggande principer följas:

- **Tydlig koppling till vision, uppdrag och övergripande mål för primärvården** i de krav som ställs. Riktningen mot den nära vården måste över tid återspeglas i primärvårdsprogrammet och utgöra en tydlig gemensam värdegrund för regionen och utförarna.
- **Enkelt och transparent ersättningssystem** – med en så hög grad av komplexitet är det omöjligt att försöka att rättvisande återspegla alla olika dimensioner som påverkar varje vårdcentrals resursåtgång. Viktigare blir det att eftersträva enkelhet och låta ersättningssystemet utgöra en hygienfaktor, snarare än en motivationsfaktor.
- **Undvika målbaserade ersättningar** – både forskning och våra egna erfarenheter visar att detta sällan leder till önskad effekt. Istället behöver mer fokus läggas på uppföljningsmått och -metoder som gynnar utvecklingen av värde och kvalitet för patienterna.
- **Låg administrativ börda** måste eftersträvas både för vårdgivare och beställare. Resurserna behövs för att utveckla det patientnära arbetet och förutsättningarna för vårdcentralerna. Att skapa arenor och möjligheter för lokalt utvecklingsarbete bör prioriteras framför att kravställa registrering och uppföljning på detaljnivå.
- Sträva efter **långsiktighet och förutsägbarhet** i krav och villkor. Då kan resurserna i systemet användas mer effektivt för att förstärka kompetens och möjliggöra andra investeringar som kommer patienterna till del.
- **I mindre grad styra hur uppdrag ska utföras** och därmed möjliggöra anpassningar till olika patienters och patientgruppers behov.

8.2.2 Stegvis genomförande

Vi ser primärvårdsprogrammet 2022 som ett första steg i en långsiktig anpassning av vårdcentralernas uppdrag. Det finns flera skäl till att förändringarna bör genomföras stegvis:

- För att möjliggöra utvärdering av förändringar bör inte alltför mycket genomföras samtidigt
- För att förändringarna måste gå i takt med utvecklingen av Nära vård och andra förändringar i primärvårdens övergripande uppdrag
- För att ge vårdcentralerna en rimlig planeringshorisont
- För att vissa delar som berörts i översynen, ex de olika delarna i vårdcentralernas uppdrag, kräver ytterligare analyser för att kunna utmyнна i välgrundade förändringsförslag

8.2.3 Förändringsförslag och beslut av olika karaktär

De förändringsförslag som redovisas nedan är på olika nivå av konkretisering. I viss utsträckning är förslagen av den karaktär att ett principbeslut krävs innan kompletta förslag till ändrade skrivningar och villkor i primärvårdsprogrammet med bilagor kan konkretiseras. Liksom tidigare år kan också förslag till mindre justeringar och ändrade formuleringar i hela primärvårdsprogrammet komma upp för beslut senare under hösten.

Vissa av förändringsförslagen, framförallt de delar som rör ersättningssystemet, är sådana att politiska beslut krävs för att 6 månader före förändringarna kunna aviseras till vårdgivare. Andra förslag, ex de som rör hur Vårdval primärvård som beställare ska följa upp och stödja vårdcentralernas utveckling, behöver efter beslut vidareutvecklas och konkretiseras under hösten för att sedan börja implementeras under 2022.

8.3 Förändringar i uppdraget

Här beskriver vi förändringar i inriktning och omfattning av vårdcentralernas grunduppdrag.

8.3.1 Tydliggör riktningen mot nära vård i primärvårdsprogrammet

Den målbild och värdegrund som uttrycks inom ramen för God och nära vård behöver återspeglas i primärvårdsprogrammet och konkretiseras för att fungera som styrande och vägledande för utförarna. Detta i komplement till och i samklang med den övergripande vision som gäller för Region Västmanland. Exempel på områden som behöver tydliggöras är riktningen mot en ökad personcentrering i vården och vårdcentralernas samordnande roll där ex målsättningen med patientkontrakt behöver konkretiseras, liksom kravet på att medverka i utvecklingen av en stärkt samverkan med den kommunala primärvården.

8.3.2 Flytta uppdraget för förvaltning och genomförande av hälsosamtal till Hälsocenter

Bredden i vårdcentralsuppdraget riskerar att det primärpreventiva arbete, där hälsosamtal för 50-åringar är det tydligaste exemplet, drabbas av undanträngning. Det kan också konstateras att spridningen mellan utfallet avseende hur stor andel av befolkningen

som tar del av erbjudandet på detta område är stort. Genom att flytta ansvaret både för förvaltningen och utförandet av hälsosamtalen till Hälsocenter, vars hela verksamhet är preventiv, bedömer vi att förutsättningarna för ett ökat fokus och större jämlikhet i det hälsofrämjande arbetet ökar.

Samtidigt behöver samarbetet kring hälsofrämjande insatser mellan vårdcentralerna och Hälsocenter vidareutvecklas, så att flödet av invånare och patienter som är i behov av bådas insatser blir självklar och välfungerande. Vårdcentralernas uppdrag i det hälsofrämjande arbetet som en integrerad del i vårdcentralsuppdraget ska samtidigt tydliggöras i primärvårdsprogrammets beskrivning.

Vårdcentralerna ersätts i dag med 1000 kr per hälsosamtal och den ersättningen ska utöver tiden för själva samtalet också täcka vårdcentralens tid och kostnader för kallelser och andra förberedelser samt provtagning. Vid en flytt av hela uppdraget bör denna budget på 2,2 milj kr följa med till Hälsocenter, som kommer behöva rekrytera nya medarbetare för att kunna genomföra uppdraget. Därtill kommer även budgeterade kostnader för förvaltning och systemstöd på ca 450 tkr att flyttas över från Vårdval.

8.3.3 Ta bort kravet på x antal timmar/1000 listade för olika typer av specialist-funktioner och kompetenser.

Detaljstyrningen i dagens program tar inte hänsyn till skillnader i förutsättningar och behov hos olika vårdcentraler. De uppdrag som primärvårdsprogrammet ger till vårdcentralerna avseende specifika funktioner/kompetenser ska kvarstå men kravet på ett specifikt antal timmar tas bort när det gäller uppdraget som hälsokoordinator, astma/KOL-sköterska och vårdsamordnare. Vårdcentralerna ska ges ökat utrymme att uppfylla kraven på olika sätt, t ex genom ökad samverkan, vilket ska uppmuntras och stödjas. Relevanta indikatorer för uppföljning behöver tas fram för att säkerställa att respektive uppdrag utförs.

8.3.4 Förtydliga uppdrag, utvecklingsarbete och uppföljning av patientgruppen äldre och multisjuka

Öka fokus i uppdragsbeskrivningen på multisjuka äldre. Det behöver förtydligas att det är patienternas behov som ska styra prioriteringar på lika villkor mellan alla vårdcentralens patienter, så att patientens boendeform inte påverkar vilken vård patienten får.

De krav som ställs i överenskommelsen om God och nära vård 2021 måste också föras in i programmet samt följas upp. Kraven är att andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent senast vid utgången av 2022. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i regionen. För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

Inom detta område är det dock i stor utsträckning andra åtgärder än förändringar i primärvårdsprogram och ersättningssystem som behöver förändras. Avtalen kring läkarmedverkan i kommunen och uppföljningen av detsamma behöver revideras. En aktiv

medverkan från vårdcentralerna i utvecklingsarbetet tillsammans med kommunerna inom ramen för Nära vård-utvecklingen krävs för att möjliggöra ytterligare förändringar framåt.

Lämpliga indikatorer för att följa utvecklingen behöver identifieras och inkluderas i uppföljningen av vårdcentralernas uppdrag som Vårdval primärvård gör.

8.3.5 Förtydliga uppdrag, utvecklingsarbete och uppföljning av patientgruppen med psykisk ohälsa

Öka fokus i uppdragsbeskrivningen på insatser, bland annat digitala, och kompetens inom området psykisk ohälsa och säkerställa aktivt utvecklingsarbete inom ramen för Nära vård-utvecklingen för att möjliggöra ytterligare förändringar framåt.

Syftet är att skapa en stegvis vård med lägsta effektiva omhändertagande nivå och som effektivt hjälper patienten till rätt insatser så fort som möjligt samt underlätta samverkan på alla nivåer som erbjuder ökad tillgänglighet, jämlik vård, vård på rätt vårdnivå och förbättra samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri

Lämpliga indikatorer för att följa utvecklingen behöver identifieras.

8.3.6 Möjliggör större flexibilitet i öppettider

Kravställ att mottagningen ska vara öppen under 45 h/vecka, istället för att specificera hur dessa timmar ska fördelas. Nuvarande krav på telefontillgänglighet ska kvarstå.

8.3.7 Uppdatera uppdraget kopplat till patientsäkerhet

Utfraån nya nationella riktlinjer tas nu också en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet fram. De nya riktlinjerna har en betydligt bredare ansats än tidigare vilken utgår från fyra grundläggande förutsättningar för säker vård: Engagerad ledning och tydlig styrning, En god säkerhetskultur, Adekvat kunskap och kompetens samt Patienten som medskapare. Handlingsplanen fokuserar inte bara på risker utan också på framgångsfaktorer för en säker vård. Dessa förändringar behöver synliggöras även i primärvårdsprogrammet.

Vi vill också komplettera med krav på att samtliga vårdgivare ska tillåta Vårdval primärvård att ta del av avvikelser som rapporteras i systemet Synergi.

8.3.8 Framtida förändringar i uppdrag

Vårdcentralernas uppdrag och organisering av det behöver fortsatt utredas på några områden där vi idag kan identifiera problem men där underlaget behöver kompletteras och alternativ undersökas. Det gäller exempelvis:

- Utvärdera organisering av barnmorskemottagningarna. Här pågår en större samlad analys med stöd av medel från statliga bidrag inom området Kvinnors hälsa. Viktiga komponenter i översynen är utvärdering av den samverkansmodell som sattes 2018 samt den input som Graviditetsenkäten kommer att ge från länets kvinnor.
- Se över uppdraget för BVC och familjecentraler
- Se över uppdraget för fysioterapi, särskilt med hänsyn till ev. kommande förändringar av den s.k. nationella taxan och lagen om ersättning för fysioterapi.

Fysioterapi på primärvårdsnivå bedrivs i dag dels som vårdcentralsuppdrag, dels på avtal med regionen enligt nationella taxan.

- Se över kompetensförsörjning, ex ST-organisation och resurser. Det behöver exempelvis undersökas hur vi kan möjliggöra en större tillgång till ST-läkare i hela länet genom andra arbets- och ersättningsformer. Även tillgången till distriktssköterskor är en viktig del i primärvårdens kompetensförsörjning som behöver stärkas.
- Utvärdera organisering av mindre yrkesgrupper/funktioner ex rehabkoordinatorer, vårdsamordnare för att säkerställa kompetensförsörjning och kunskapsutveckling
- Se över filialstrukturen inom länet för att säkerställa att den svarar mot dagens behov hos invånarna och innebär en effektiv resursfördelning
- Se över krav och erbjudande för att öka den digitala tillgängligheten till vårdgivarna

8.4 Förändringar i ersättningsmodell

Här beskrivs föreslagna förändringar översiktligt, i bilaga 1 ges en mer utförlig bild av konsekvenser av förslagen, för regionen och enskilda vårdcentraler.

Förändringarna tillsammans syftar till att skapa ett enklare ersättningsystem som skapar bättre förutsägbarhet och minskad detaljstyrning och därmed ökad långsiktighet och möjligheter för ett helhetsperspektiv på invånarnas behov utifrån professionens omdöme och kunskap.

8.4.1 Ta bort ersättning kopplad till vissa kvalitetsmål enligt indikatorförteckning och lägg in i kapiteringen (ca 9 mkr omfördelad kostnad) samt använd resterande målrelaterade ersättning för att stödja utvecklingen mot Nära vård.

Översynen har visat att dessa ersättningar inte på något tydligt sätt har bidragit till ökad kvalitet. Tvärtom finns en stor samsyn kring att detta bidrar till osäkra ekonomiska förutsättningar, ökar administrationen och ger fel fokus i det lokala utvecklingsarbetet.

Både vår egen utvärdering och andra studier visar att denna typ av ersättning i många fall skapar negativa sidoeffekter när det gäller medarbetarnas möjligheter att göra egna bedömningar utifrån patientens behov, tiden för kärnverksamheten och för möjligheterna till samverkan, innovation och verksamhetsutveckling. Det är därför viktigt att använda denna typ av ekonomisk styrning sparsamt och med väl utvalda mål, som är tydligt kopplade till målbilden för primärvårdens utveckling och tillräckligt breda för att inte leda till undanträngning.

Vi föreslå att följande ersättningar tas bort:

- Handlingsplan och resultatrapport för hälsoinriktat förbättringsarbete (totalt 5 mkr)
- Antal patienter som genomgår minnesutredning och uppföljning (totalt 3 mkr)

- Antal hälsoundersökningar för personer med intellektuell funktionsnedsättning (totalt 1,2 mkr)
- Förbättringsarbete inom diabetesvården (totalt 1,26 mkr)

Av dagens ersatta kvalitetsmål föreslår vi att följande finns kvar men målet och grunden för utbetalning ändras i enlighet med Socialstyrelsens förslag på indikatorer, med de målnivåer som anges i överenskommelsen om en God och Nära vård mellan SKR och regeringen för 2022.

- Kontinuitetsindex vid kronisk sjukdom eller samsjuklighet för läkare ökat med minst 20 % (Totalt 1,5 mkr)
- Kontinuitetsindex vid kronisk sjukdom eller samsjuklighet för, Sjuksköterska ökat med minst 20 % (Totalt 1,5 mkr)

Vi föreslår i tillägg till detta att 2 mkr avsätts för att stödja måluppfyllelsen av:

- Andel patienter med fast läkarkontakt överstiger 55 % (i enlighet med Socialstyrelsens förslag på indikatorer för att mäta omställningen till en mer nära vård)

8.4.2 Plocka bort ersättning för mottagningsbesök avseende läkare och sjuksköterskor och lägg in i kapiteringen. (ca 64 mkr omfördelad kostnad)

Besöksersättningens styrning mot många, snabba besök står i kontrast till de behov som patientgrupper med ex kroniska sjukdomar och multisjuka äldre har av en helhetssyn på sina tillstånd och en ökad kontinuitet i vårdkontaktarna. Det framkommer tydligt både i våra kontakter med verksamheterna och i patienternas upplevelser som de uttrycks i patientenkätarnas svar och kommentarer.

Kraven på tillgänglighet genom ex den nationella vårdgarantin, som också genererar ersättning enligt den sk kömiljarden, bedömer vi vara tillräckligt för att undvika att minskad besöksersättning negativt ska påverka tillgängligheten till läkare och sköterskor.

Denna förändring bedömer vi få stor påverkan på vårdcentralernas möjlighet att anpassa sina arbetssätt för olika patientgrupper och mer effektivt använda sin tid. Det gör också att valet av kontaktmetod blir neutral, det finns inte längre något ekonomiskt incitament för att boka in besök när andra kontaktvägar kan fylla syftet minst lika bra.

För andra yrkeskategorier föreslår vi att besöksersättningen ligger kvar. Dels för att ex behovet av incitament för tillgänglighet inom ex de psykosociala kompetenserna bedöms som större och dels för att möjliggöra en utvärdering av en mer begränsad förändring. Det är också viktigt att det inte upplevs som alltför ekonomiskt ofördelaktigt att genomföra hembesök både i särskilda och ordinära boenden hos dem som behöver detta, vilket också underlättar samverkan med den kommunala vård- och omsorgen.

Förändringen förväntas leda till ökat utrymme för en personcentrerad vård, underlätta vårdcentralens samordnande roll och samverkan med kommun och andra aktörer kring prioriterade grupper såsom multisjuka äldre och patienter med psykisk ohälsa. Samtidigt ger förslaget ökade incitament till att utveckla digitala lösningar för ex egenmonitorering

för kroniker eller för ökad tillgänglighet i glesbygd, som idag delvis motverkas av ersättningssystemet.

Ungefär 1/3 av landets regioner saknar helt besöksersättning. Vi föreslår att Region Västmanland tillsvidare har kvar besöksersättning för övriga professioner samt för de hembesök som läkare och sjuksköterskor utför. Förslaget innebär att ca 35 % av dagens besöksersättning finns kvar, där bl a ersättning för besök hos fysioterapeut, kurator, psykolog, arbetsterapeut, dietist samt psykoterapeut ingår.

Effekterna av att ta bort besöksersättningen kommer noga att följas, vad gäller framförallt tillgänglighet och andra kvalitetsmått. Förslaget innebär att i en begränsad omfattning, för vissa typer av besök, pröva om ett ersättningssystem utan besöksersättning kan underlätta för utvecklingen av nya arbetssätt med mindre jakt efter antal besök och därigenom en bättre vård för patienten och en bättre arbetsmiljö på vårdcentralen.

8.4.3 Genomför uppräknig av samtliga ersättningar till vårdcentralerna (ca 350 tkr ökad kostnad)

För att inte försvåra primärvårdens möjligheter att ta ett större ansvar i utvecklingen av den nära vården i Västmanland bör en indexuppräknig av samtliga relevanta ersättningar säkerställas. Detta följer också de rekommendationer som den statliga utredningen Digfysiskt vårdval ger (här anser man också att ett generellt påslag för omställningsprocessen ska läggas till).

I förslaget ingår då också att uppräkningsutrymmet inte till delar ska tas i anspråk för att bidra till regionens Ekonomi i balans såsom nu är fallet.

De poster som det bör införas uppräknig på är:

- Tilläggsuppdrag kris- och katastrofberedskap
- Fast ersättningen per plats vid korttidsboende
- Digital KBT-behandling
- Avståndsansättning

8.4.4 Öka avståndsansättningen med 40 % (4,5 mkr ökad kostnad)

Den påverkan som avstånd till tätort och slutenvård har på VC verksamhet återspeglas inte tillräckligt i dagens system. Kostnaderna för att erbjuda den vård som den listade befolkningen har behov av påverkas av flera faktorer. Uppdraget förändras då invånarna i högre utsträckning söker sig till vårdcentralen istället för till akutmottagning eller annan sjukhusvård. Möjligheterna, och kostnaderna för att rekrytera fast personal påverkas också. Svårighet att ha fast anställda specialister i allmänmedicin påverkar även möjligheten till ST-läkare vilket får stor påverkan både på bemanning och kostnader.

Vi föreslår att dagens avståndsansättning ökad med totalt 40 %, för att i högre utsträckning kompensera för de skilda förutsättningarna.

8.4.5 Tydliggör prioritering av äldre genom höjd viktning i vårdpengen samt höjd ersättning för korttidsboende (ca 21 mkr i omfördelad kostnad, ca 400 tkr i ökad kostnad)

För att skapa bättre förutsättningar för vårdcentralerna att verkligen lägga mer tid på de äldre och multisjuka och i detta samverka med den kommunala vård- och omsorgen så bör dagens viktning av olika åldersgrupper i vårdpengen justeras upp till förmån för den äldsta åldersgruppen, > 75 år.

Förslaget innebär att ersättningen 75 + ökar med 14 %, eller totalt ca 21 mkr och minskar i motsvarande grad för gruppen 6-74 år.

Det motiverar till att utveckla mer kostnadseffektiva lösningar för yngre och medelålders patienter och motiverar till ett mer omfattande omhändertagande av gruppen äldre.

Ersättningen för korttidsboende påverkas inte av förändringar i vårdpengen eftersom de boende oftast inte är listade hos ansvarig vårdcentral. Behoven av läkarinsatser hos denna målgrupp är ofta stora. Vi föreslår därför att ersättningen som varit 5000 kr sedan 2018 höjs till 7 000 kr.

8.4.6 Tydliggör prioritering av psykisk ohälsa genom att ge ersättning till fler digitala KBT-behandlingar samt höja ersättningen (ca 80-200 tkr i ökad kostnad)

Idag ges ersättning bara för avslutade program för depression, ångest (2000 kr) sömn och stress (500 kr) men ingen ersättning för program för smärta och självkänsla.

Licenskostnaden för att starta upp ett program är 590 kr, vilket gör att 4 av 6 program utgör en ren förlust för verksamheterna, och förklarar varför dessa används i ytterst liten omfattning.

Genom att ge ersättning för alla startade program med 590 kr, kan dessa program användas när det bedöms lämpligt utan att vårdcentralen riskerar att straffas ekonomiskt om patienten inte fullföljer programmet. Avslutade program ersätts med 1500 kr för ångest och depression (störst behov och bäst evidens) och 500 kr för alla övriga avslutade program.

8.4.7 Förändra kostnadsersättningen för röntgen och klinisk fysiologi från schablon till andelsfördelning av faktiska kostnader

Beräkna ersättningen till vårdcentralernas kostnader för röntgen och klinfys fördelas enligt schablon, baserat på faktiska kostnader för röntgen och klinfys istället för åldersbaserad schablon. Detta för att mildra effekter av högre "vårdtyngd" dvs att man har listade patienter med större behov vilket av många upplevs vara ett problem idag.

Vårdval betalar vårdcentralerna en ersättning, som är fast och räknas upp med LPIK varje år, för röntgen och klinfys. Idag utgår fördelningen av ersättningen efter en schablon som bygger på antalet listade på vårdcentralen, med åldersviktning (dvs äldre listade ger mer pengar genom högre vikt). Detta kan innebära att en vårdcentral som har mindre behov av att skicka patienter på röntgen erhåller en för hög ersättning, går "med vinst" medan en vårdcentral som har större behov av röntgen eller andra undersökningar istället går back. Särskilt för mindre enheter kan skillnaderna mellan faktiska kostnader och erhållen bli ganska stora.

Förslaget innebär ingen skillnad i den totala budgeten för dessa ersättningar utan ändrar enbart grunden för fördelning av den fasta ersättning som vårdval betalar ut till att fördelas efter hur mycket en vårdcentral utnyttjar dessa tjänster i förhållande till andra vårdcentraler.

Detta minskar också till viss del administrationen både för vårdgivarna och vårdval, samt skapar en enkel och transparent konstruktion.

8.4.8 Likställ fakturor för röntgen som utförts utanför länet på samma sätt som inom regionen (ca 350 tkr ökade kostnader för regionen)

Likställ fakturor för röntgen som utförts utanför länet, på initiativ av patienter (egenvårdsremisser) med inomlänsfakturor, dvs att kostnadsfördelningen mellan vårdval och vårdcentralerna är 50-50, istället för att vårdcentralerna idag står för hela kostnaden.

8.4.9 Ta bort vårdcentralernas betalningsansvar för nätläkarbesök (ca 4 mkr ökade kostnader för regionen)

Vårdcentralerna står idag för 20 % av de besök som deras listade patienter gör hos olika nätläkare. Kostnaderna just nu ökar i en takt som innebär en fördubbling varje år. Detta är en utveckling som ingen vårdcentral enskilt kan påverka utan strategier för att hantera utveckling behöver tas på regional och nationell nivå. Att vårdcentralerna inte kan påverka kostnaderna förstärks av att vi inte kan se några mönster som kopplar den listade befolkningens utnyttjande av nätläkare till den enskilda vårdcentralens digitala utbud. Därför bör vårdcentralernas andel av nätläkarkostnaderna bäras centralt av regionen.

8.4.10 Summering ekonomiska konsekvenser

Huvuddelen av de förändringar som föreslås påverkar inte den totala kostnaden för primärvårdsprogrammet, utan innebär omfördelningar inom nuvarande ram. Det tillkommer dock kostnader för att genomföra några av förändringarna i ersättningssystemet, totalt uppgår detta till uppskattningsvis 10 mkr år 2022.

8.4.11 Framtida förändringar i ersättningsmodell

Utöver ovan beskrivna förändringar till 2022 finns några områden som behöver fortsatt utvärderas.

- **Fortsätt utvärdera ACG och CNI som grund för riskjustering av vårdpengen.**
Det finns flera skäl till att ACG inte bedöms vara en lämplig grund för fördelning av vårdpeng mellan vårdcentraler. Sammanfattningsvis kan vi se att:
 - ✓ det finns en utbredd misstro mot ACG och dess förmåga att spegla verklig vårdtyngd, såväl inom regionen som nationellt. En majoritet av verksamhetscheferna på vårdcentralerna uttrycker en låg tilltro till systemet och många beskriver det som att införandet lett till en diagnosjakt som inte främjar patienterna.
 - ✓ det finns ett svagt stöd för att ett högt ACG-värde också motsvarar en ökad kostnad för att erbjuda individen vård. Man har inte kunnat fastställa någon systematisk relation till andra faktorer som förskrivningar, provtagningar, patienternas ålder eller andelen aktiva listade.

- ✓ användandet riskerar att leda till överdiagnosticering och därmed manipulera viktiga medicinska data, vilket kan innebära att informationsvärdet i patienternas journaler försämras och försvåra framtida medicinska beslut.
- ✓ för professionen är risken att fokus hamnar mer på att registrera diagnoser än på att ge en adekvat vård baserad på en helhetssyn på patienten
- ✓ genom att ersättningen bygger på en relativ ACG-viktning, riskerar en vårdcentral som inte ökar sina diagnosregistreringar en sjunkande ACG-vikt och därmed minskad ekonomisk ersättning.
- ✓ upplevelsen är att systemet är icke-transparent, eftersom det är en tjänst som köps av ett amerikanskt företag och de exakta grunderna för beräkningarna inte är kända.
- ✓ ACG inte tillräckligt speglar befolkningens ökade psykiska ohälsa, vilken vi i högre grad vill att primärvården ska kunna hantera, eftersom ACG framförallt bygger på många och tunga diagnoser. Det blir därmed en sämre matchning mellan resursbehov och -tillgång.

Genom att istället fördela ersättning utifrån den åldersrelaterade viktningen undviks nackdelarna, och det blir en ökad förutsägbarhet i resurstilldelningen för vårdcentralerna, som förenklar beslut om ex anställningar och andra investeringar.

Delvis samma argument som vänds mot ACG som grund för högre ersättning kan användas gentemot CNI-viktning som justering av ersättning, dvs att det inte alltid finns en tydlig koppling till högre kostnader för vårdgivaren. Viktiga skillnader är dock att CNI-värdet inte är påverkbart utan speglar faktiska förutsättningar och kanske framförallt att det har betydelse för att möjliggöra nyetableringar i hela länet. Ev kan uppdraget för vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden också behöva tydliggöras för att den högre ersättningen verkligen ska omsättas i mer förebyggande och uppsökande insatser.

- Utred om **täckningsgrad** i någon form kan införas för att bättre spegla skilda förutsättningar hos vårdcentralerna beroende på de listade individernas andel av besök på den egna enheten.
- Se över särskild **ersättning för fysioterapeuter och psykosociala kompetenser**.
- Överväg ytterligare förändringar i **besöksersättning**.
- Utveckla **ersättningsnivåer och -modeller för de mest prioriterade patientgrupperna** utifrån den successiva utvecklingen av arbetsformer och insatser för multisjuka äldre samt patienter med psykisk ohälsa.

8.5 Förändringar i uppföljningen

Med en mer tillitsbaserad riktning på styrningen av vårdcentralerna som denna översyn föreslår blir också formerna för uppföljning en än viktigare del i systemet. En del av den tid som frigörs, både från beställare och utförare, utifrån mindre detaljstyrning möjliggör också ett större fokus på en djupare uppföljning och gemensam analys av resultat och

utfall av verksamheternas insatser. Kvalitetsuppföljningen behöver utvecklas till ett centralt verktyg för att säkerställa att invånarna i länet får del av en god och jämlik vård.

Vi föreslår därför en rad förändringar för att förtydliga Vårdval primärvårds roll som beställare och uppföljningens roll som medel för både kontroll och utveckling.

8.5.1 Se över kvalitetsindikatorer och utbilda

Dagens kvalitetsindikatorer behöver se över avseende både definitioner och relevans för vårdcentralernas uppdrag. Måtten ska helst inte vare sig vara manipulerbara eller kräva så mycket administration. I möjligaste mån bör indikatorerna därför hämtas från nationella register, ex från Primärvårdskvalitet (ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården som samordnas av SKR och har som främsta syfte att bidra till att stödja förbättringsarbete hos anslutna vårdgivare och huvudmän), från andra nationella kvalitetsregister via Vården i siffror samt Socialstyrelsens indikatorer för att följa utvecklingen av en god och nära vård.

Indikatorerna bör hållas så konstanta som möjligt över tid istället för att bytas ut regelbundet och, som tidigare föreslagits, frikopplas från ersättning.

Fokus bör också läggas på utbildningsinsatser i valda indikatorer för att skapa förståelse hos professionen av konstruktion och nytta, säkerställa korrekt registrering, samt bidra till att indikatorerna används i förbättringsarbete på vårdcentralen.

8.5.2 Utveckla och komplettera former för uppföljning av vårdcentralerna

Dagens verksamhetsdialog mellan Vårdval primärvård och vårdcentralerna ska utvecklas till form och upplägg.

Nya arenor för benchmarking och lärande mellan vårdcentralerna ska utvecklas för att stimulera lärande och innovation utifrån verksamheternas utgångspunkter. Där kan utrymme också skapas för en dialog om de vägval och strategiska osäkerheter som kommer att uppstå i förändringsarbetet med den nära vården.

8.5.3 Ställ krav på att nationella och/eller lokala patientmätningar används som underlag för utvecklingsarbete

Den medicinska och ekonomiska uppföljningen måste breddas med patientupplevd kvalitet som en central parameter. Krav ska ställas på att nationell patientenkät ska användas liksom den nya Graviditetsenkäten.

Samtidigt ska regionen och vårdgivarna samarbeta för att öka svarsfrekvens genom ex tekniklösningar och kommunikationsinsatser.

8.5.4 Minska antalet instruktioner kopplade till programmet

Idag finns ett stort antal instruktioner i ledningssystemet som är kopplade till primärvårdsprogrammet och beskriver *hur* vården ska utföras. Här behöver innehållet gås igenom och i möjligaste mån istället kopplas till NKK och kunskapsstyrningsorganisationen.

8.5.5 Inför systematiska uppföljningar inom olika områden

Löpande uppföljning av medicinska indikatorer, tillgänglighet, kontinuitet och patientupplevelser bör också kompletteras med regelbundna uppföljningar där vissa

områden fördjupas inom alla/flera vårdcentraler. Det kan ex handla om särskild uppföljning kring telefontillgänglighet (de som inte kommer fram) genomförda brytpunktssamtal eller andra aktuella områden. Detta ska beskrivas i primärvårdsprogrammet och utformas med stöd av SKRs underlag för uppföljning inom vårdvalssystem.

8.5.6 Inför fördjupade uppföljningar

Vårdval primärvård inför och beskriver kriterier och former för fördjupade uppföljningar där uppföljning av kvalitetsmål kompletteras med journalgranskningar, bemanning/kompetensöversyn, avvikelsegranskning, granskning av ekonomisk redovisning etc där det kommit signaler om brister i utförandet av uppdraget. Detta ska beskrivas i primärvårdsprogrammet och utformas med stöd av SKRs underlag för uppföljning inom vårdvalssystem.

8.5.7 Tydliggör förutsättningar vid nyetablering av vårdcentral

För att lagens intentioner ska uppnås så bör vårdvalssystemet ge förutsättningar för nyetableringar. Detta kan åstadkommas genom tydliga villkor för hur regionen ersätter vid nyetablering av vårdcentral och filial samt hur processen går till.

8.5.8 Reglera förutsättningar vid eventuell flytt av vårdcentral

Det saknas i dagens program en beskrivning av vad som gäller om en vårdcentral vill/behöver flytta sin verksamhet.

Processen behöver förtydligas med:

- Aviseringstid på minst 6 månader till uppdragsgivaren inför flytt och vilka kontakter inom regionen som behöver tas för att förbereda flytt (ex IT)
- Klargörande bör göras att vårdgivaren ansvarar för alla kostnader som är förknippade med flytten.
- Stängning i samband med flytt tillåts enbart om man överenskommit med annan vårdcentral om att patienterna kan hänvisas dit.

9 Fortsatt arbete

Arbetet med att se över och förändra primärvårdsprogrammet och ersättningssystemet kommer att fortsätta under kommande år. Dels kommer de områden som redan identifierats att fördjupas för att resultera i eventuella förändringsförslag och dels handlar det om en löpande anpassning till de stora utvecklingsområden som hälso- och sjukvården står inför. Några områden som särskilt tydligt behöver kopplas till primärvårdens uppdrag berörs nedan:

9.1 Fortsatt utvärdering av vårdcentralernas uppdrag

Som vi berört i denna översyn så utgör bredden i vårdcentralernas uppdrag en utmaning där vi anser att en fortsatt värdering av hur olika grundläggande principer bör styra hur olika delar av primärvårdens uppdrag organiseras. Det handlar om värderingen av geografisk närhet, tidsmässig tillgänglighet, kunskapsutveckling och kompetens, digitala eller fysiska tjänster, jämlikhet osv. Här måste professionens och verksamheternas perspektiv vägas in, men framförallt behöver patienternas behov återspeglas i lösningarna framåt.

Några tänkbara utvecklingsvägar är:

- Mer formaliserad samverkan mellan olika vårdcentraler
- Differentiering mellan basuppdrag (lika för alla) samt valbara tilläggsuppdrag för vissa verksamheter
- Centralisering till regionen av vissa funktioner, ex små kompetensgrupper, jämför dagens Paramedicinska verksamhet
- Förstärkning av vissa funktioner på nod-nivå

9.2 Utvecklingen av Nära vård

Som tidigare berörts är detta en av de mest genomgripande förändringar som svensk sjukvård stått inför. Att denna utveckling behöver gå hand i hand med en förändring av vårdcentralernas uppdrag är given. Här inkluderas även den riktning mot en mer gemensam, nationell definition av primärvård som pågår och konsekvenserna för styrning och uppföljning av vårdcentralernas verksamhet som kan bli följden av detta.

Hur uppdragsfördelningen mellan primärvården och slutenvården kommer att utvecklas framåt är en central fråga och här kommer att krävas ett gemensamt utvecklingsarbete och dialog mellan verksamheterna inom ramen för utvecklingen av nära vård i Västmanland. Förändringar i gränssnitt och samverkan behöver avspeglas såväl i primärvårdsprogrammet som i de samverkansavtal som finns mellan primärvården och olika kliniker.

Det påbörjade utvecklingsarbetet inom regionen av en utökad *mobilitet* kommer förmodligen att kräva förändringar i vårdcentralernas uppdrag och arbetsmodeller.

Satsningarna på *hälsofrämjande arbete* och *psykisk ohälsa* är andra områden som med största sannolikhet kommer att påverka vårdcentralernas verksamhet.

Främst är det kanske samverkan med den *kommunala primärvården* som kommer att få stora konsekvenser för vårdcentralerna framtida ansvar och samordning

Primärvårdens samordnande roll som den tydliggörs bland annat i utvecklingen av *patientkontrakt* förväntas också få konsekvenser för hur vårdcentralerna ska utforma sina processer och vilken kompetens som kommer att krävas.

I samband med utvecklingen av Nära vård förändras också behovet av uppföljningsmetoder och indikatorer på ett sätt som framledes också bör influera den uppföljning som görs inom ramen för primärvårdsprogrammet.

9.3 Kunskapsstyrning

För fem år sedan tog landets landsting och regioner beslut om att gemensamt långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Sedan dess har Sveriges landsting och regioner med stöd av SKR etablerat en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning utifrån den gemensamma visionen: *Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.*

Kunskapsstyrningssystemet bygger på en organisationsmodell med tre nivåer som samspelar med varandra; mikronivån (vårdteamet kring patienten), mesonivån (regionens stöd till vårdgivare) och makronivån (den nationella nivån genom SKR). Inom kunskapsstyrningsorganisationen har det byggts upp 26 Nationella programområden (NPO) med experter inom sjukdomsspecifika och organisatoriska fält. För primärvården finns ett Nationellt primärvårdsråd och inom tvärgående områden så som uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc har Nationella samverkansgrupper (NSG) med experter bildats.

Kunskapsstyrningen omfattar kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Målet är en kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet genom att den bästa kunskapen finns tillgänglig och används i varje patientmöte. Eftersom kunskapsläget är i ständig utveckling krävs flexibilitet och följsamhet i Primärvårdsprogrammet både vad gäller uppdraget och uppföljningen, för att verksamheten ska kunna efterleva kunskapsstyrningens mål och för att uppföljningen ska vara relevant. Det finns också ett behov av att tydliggöra roller och ansvar för att sprida kunskap och implementera t ex de vårdförlopp som börjat tas fram inom kunskapsstyrningsorganisationen. Det är inte självklart vilken roll Vårdval Primärvård ska spela i detta arbete.

9.4 Kompetensförsörjning

Redan idag är kompetensförsörjningen inom primärvården en utmaning, bland annat avseende tillgången på allmänläkarspecialister och distriktssköterskor. För att dessutom möta de ökade behoven som förflyttningen mot Nära vård kräver så blir strategier för att säkerställa tillgången till rätt kompetens i hela länet en nyckelfråga framåt. Det i sig kräver också ett medvetet arbete för att förbättra arbetsmiljön och arbetsvillkoren för vårdens medarbetare.

Exempelvis är dimensioneringen av ST-läkare inom allmänmedicin en sådan fråga där även primärvårdsprogram och ersättningssystem förmodligen bör anpassas framåt.

9.5 Stärka forskningen i primärvården

Traditionellt har det förekommit mycket lite forskning inom primärvårdens område. Utmaningarna är bland annat att vården bedrivs på många små enheter till skillnad från slutenvården och att individdata att utgå från i forskningsarbete till stor del saknats. Nära vård-utredningen, bland andra, lyfter behovet av att stärka forskningen inom primärvård. Det behövs forskning som inte bara är fokuserad på behandling av specifika tillstånd, utan där man ser till komplexa sjukdomstillstånd och multisjuklighet som är vanliga inslag i primärvårdens uppdrag. Även behovet av forskning vad gäller arbetssätt och metoder, utifrån bland annat en ökad digitalisering lyfts fram. Inte minst själva omställningen till den nära vården, när mer vård förläggs utanför sjukhuset och i förlängningen också i större utsträckning till hemmet, bör vara föremål för forskning.

Förutom själva kunskapsutvecklingen är möjligheterna till forskning också en viktig faktor för att öka motivationen för primärvårdens medarbetare. Möjligheten för en enskild medarbetare att bidra både kliniskt och till forskning under sitt yrkesliv ökar attraktiviteten för många. I praktiken är det dock svårt att få till detta i dagens system.

Denna ambitionshöjning och förtydligandet av primärvårdens roll inom forskningen behöver också återspeglas i styrning och ersättningssystem för vårdcentralerna framåt. Vi behöver säkerställa att det inom systemet går att avsätta tillräckligt med tid och resurser för att kunna bedriva forskning i primärvården.

9.6 Digitaliseringen

Digitalisering måste i ökad utsträckning vara en del av omställningen av hälso- och sjukvården. För primärvårdens del handlar det både om tillgänglighetsfrågor och om verktyg för att stärka patienternas egenvård och därmed åstadkomma såväl ökade möjligheter till personcentrerad vård och frigöra resurser från vårdens medarbetare, som är och kommer att vara en trång sektor.

Utvecklingen av nätläkare behöver bemötas med strategier för att anpassa/utveckla regionens tillgänglighet.

Det nationella utredningsarbetet pekar också på att annan specialistkompetens än allmänmedicin bör kunna involveras genom konsultation via primärvården både med och utan patienten i rummet, genom distanslösningar.

9.7 Uppföljning och utvärdering av vårt eget förändringsarbete

Inom ramen för det forskningsprojekt som kopplats till översynen kommer också förändringsarbetet att löpande utvärderas gentemot de syften och mål som satts upp.