

Översyn av Krav- och kvalitetsboken

Översyn av Krav- och kvalitetsboken

Sammanfattning

Regionstyrelsen har gett regiondirektören i uppdrag att göra en översyn av Krav- och kvalitetsboken för vårdval hälsoval. Denna rapport är en redovisning av uppdraget. I enlighet med direktivet för översynen har arbetet i stor utsträckning varit inriktat på att jämföra Region Örebro läns Krav- och kvalitetsbok med andra regioners system. Dessutom har översynen försökt fånga in hur berörda intressenter uppfattar den nuvarande Krav- och kvalitetsboken.

Mot bakgrund av det resultat som framkommit i omvärldsbevakning och dialogmöten lämnar översynen följande förslag:

- Förändra det grundläggande beslutet

För att förbättra vårdcentralernas möjligheter att följa med i en föränderlig omvärld behöver flexibiliteten i hälsovalssystemet öka. Det grundläggande beslutet från 2009 behöver därför förändras.

- Ändra modellen för ekonomisk ersättning till vårdcentralerna

För att i större utsträckning uppnå en tillsbaserad styrning behöver den fasta ersättningen öka och den prestationsbaserade minska. I den nuvarande modellen når inte alla avsatta medel ut till vårdcentralerna, eftersom en större del av vården sker utan direkta besök.

- Förstärk den ekonomiska ersättningen för sjuka äldre

Äldre på särskilt boende (SÄBO) har större vårdbehov än sina jämnåriga. Den nuvarande ekonomiska ersättningen som grundar sig i patientens ålder är därför inte tillräcklig.

- Förtydliga regelverket kring samverkan mellan vårdcentraler

Att låta vårdcentraler samverka om delar av uppdraget gör det lättare att säkerställa den kompetens som krävs för uppdraget. Det nuvarande regelverket kring samverkan är mycket kortfattat, och dessutom inte tillräckligt känt hos vårdcentralerna.

- Inför startbidrag vid nyetablering av vårdcentral

Om regionen vill öka andelen privata utförare så kan ett tidsbegränsat startbidrag införas, eftersom andra regioner använt det verktyget. Startbidraget bör motsvara fast ersättning för cirka 2000 listade patienter.

- Involvera fler intressenter i uppföljningen

Patienter och den kommunala hälso- och sjukvården bör i större utsträckning involveras i uppföljningen, och helst även andra "vårdgrannar". Översynens bedömning är att detta är ett lämpligt sätt att stödja omställningen till nära vård.

- Förbättra informationen till invånarna om vårdcentralernas resultat

För att öka effekten av uppföljningen är det önskvärt att göra resultatet mer känt. Den uppföljning som presenteras på intranätet och Hälsovals årsrapport borde enligt översynens bedömning kunna göras tillgänglig för allmänheten med rimliga resurser.

Innehåll

1.	Inledning.....	7
1.1	Direktiv för översynens arbete	7
1.2	Översynens organisation	7
2.	Bakgrund.....	8
2.1	Vårdvalet inom primärvården.....	8
2.2	Region Örebro läns vårdval för primärvård.....	8
2.2.1	Grundläggande beslut.....	8
2.2.2	Vårdcentralernas uppdrag	9
2.2.3	Ekonomisk ersättning till vårdcentralerna	9
2.2.4	Uppföljning av vårdcentralerna	10
2.2.5	Vårdcentralernas följsamhet till Krav- och kvalitetsboken	11
2.2.6	Ekonomiskt resultat för Hälsovalsenheten och vårdcentralerna	11
2.3	Omställning till nära vård	11
3.	Översynens arbete	12
3.1	Omvärldsbevakning	13
3.2	Dialogmöten.....	13
4.	Fokusområden och frågeställningar.....	14
4.1	Tillgänglig, jämlik och patientsäker primärvård i hela länet	14
4.1.1	Tillgänglig primärvård.....	14
4.1.2	Jämlik primärvård.....	14
4.1.3	Patientsäker primärvård.....	15
4.2	Nära vård	15
4.3	Digitalisering	16
4.4	Kompetensförsörjning	17
4.5	Ny lagstiftning, kunskapsstöd och överenskommelser	18
4.6	Varierat utbud av vårdgivare.....	19
4.7	Omfattning och innehåll	21
4.8	Ersättningsmodell, verksamhetsmål och listning	21

4.8.1	Ersättningsmodell	21
4.8.2	Verksamhetsmål	22
4.8.3	Listning.....	22
5.	Utredningens förslag	22
5.1	Förändra det grundläggande beslutet.....	23
5.2	Ändra ersättningsmodellen	24
5.2.1	Minska besöksersättningen	24
5.2.2	Minska målrelaterad ersättning.....	25
5.2.3	Höj kapiteringsersättningens andel.....	25
5.3	Förstärk den ekonomiska ersättningen för sjuka äldre 25	
5.4	Förtydliga regelverket kring samverkan mellan vårdcentraler	26
5.5	Inför startbidrag vid nyetablering av vårdcentral	27
5.6	Involvera fler intressenter i uppföljningen	27
5.7	Förbättra informationen till invånarna om vårdcentralernas resultat	29

Bilagor

1. Krav- och kvalitetsbok Region Örebro län
2. Ekonomisk ersättning till vårdcentralerna
3. Uppföljning av vårdcentralerna
4. Utbetalad fast ersättning 2022 per vårdcentral
5. Utbetalad rörlig ersättning 2022 per vårdcentral
6. Årsrapport Hälsoval 2022
7. Gemensam målbild för nära vård (Region Örebro län och länets kommuner)
8. Exempel från regelverk i övriga landet
9. Inspel från dialogmöten med intressenter
10. PrimärvårdsUppföljning – metodstöd för dialogbaserad verksamhetsuppföljning (SKR)
11. Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner (Socialstyrelsen)
12. Ersättningsmodeller i primärvården – Delrapport 1, en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021 (SKR)

13. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om listningstjänst för vårdval och vårdval på annat sätt (införs 2024)
14. Uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård (Region Sörmland)

1. Inledning

I Regionstyrelsens verksamhetsplan för 2023 fick regiondirektören i uppdrag att göra en översyn av Krav- och kvalitetsboken för vårdval hälsoval. Denna rapport är en redovisning av uppdraget.

1.1 Direktiv för översynens arbete

Hur översynen skulle genomföras beslutades av regionstyrelsens arbetsutskott den 16 maj. Enligt uppdragsdirektivet ska översynen belysa hur Krav- och kvalitetsboken kan utvecklas för att stödja utveckling och genomförande av:

- Tillgänglig, jämlik och patientsäker primärvård i hela länet
- Nära vård
- Digitalisering
- Kompetensförsörjning
- Ny lagstiftning, kunskapsstöd och överenskommelser
- Varierat utbud av vårdgivare

Översynen ska belysa hur Krav- och kvalitetsboken kan utvecklas i syfte att stödja ovan med avseende på:

- Omfattning och innehåll
- Ersättningsmodell, verksamhetsmål och listning

Översynen ska bedrivas i ett jämförande perspektiv där andra regioners system ska användas som referenser. Översynen ska lämna konsekvensbeskrivningar av förslag innehållande, men inte uteslutande, genomförandebeskrivning, tidsplan och process.

1.2 Översynens organisation

I enlighet med uppdragsdirektivet har Regionstyrelsens arbetsutskott, RSAU, svarat för den politiska styrningen av översynen. RSAU har informerats om det pågående arbetet i augusti, oktober och december.

Regiondirektör Rickard Simonsson har varit uppdragsgivare för översynen och chef för regionkansliets hälso och sjukvårdsstab, Karolina Stridh, har lett arbetet. Utredare har varit Per-Magnus Henriksson, controller Region Sörmland, och Gabriel Stenström, utredare vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Region Örebro län. Till stöd för arbetet har funnits en styrgrupp och en referensgrupp med fackliga representanter. Flera andra intressenter har dessutom deltagit i arbetet (se vidare avsnitt 3).

2. Bakgrund

2.1 Vårdvalet inom primärvården

2009 beslutade riksdagen att införa ett obligatoriskt vårdval för primärvård. Lagen om valfrihetssystem, LOV, (2008:962) reglerar frågan för regionerna. Med lagen som utgångspunkt är det varje region som reglerar krav och ersättning till vårdgivarna inom vårdvalssystemet.

I korthet innebär lagstiftningen att det inom primärvården i varje region ska finnas ett vårdvalssystem som ger patienter rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som regionen ställt upp får etablera sig och driva primärvård med offentlig ersättning. Ersättningen till vårdcentralerna ska följa med den enskildes val av utförare.

En av grundtankarna med valfrihetssystem inom välfärden är att invånarnas val mellan utförare ska stimulera kvalitet och utveckling. För att invånarna ska kunna göra aktiva och medvetna val krävs information om utförarnas resultat.

2.2 Region Örebro läns vårdval för primärvård

Dåvarande Örebro läns landsting införde vårdvalet 2010. Det fick namnet Hälsoval i Örebro län. Landstingsstyrelsen och senare regionstyrelsen har sedan dess tagit årliga beslut om den Krav- och kvalitetsbok som vårdcentralerna ska följa. Varje år har inneburit anpassningar med utgångspunkt från politiska viljeinriktningar, ändrade lagar och andra omvärldsförändringar. 2019-2020 genomfördes en större genomlysning av Krav- och kvalitetsboken.

Region Örebro län har få privata vårdcentraler. Länet har landets lägsta andel som är listade på privat vårdcentral med cirka 15%. I nästan alla av länets kommuner finns det bara en vårdcentral. I Karlskoga och Lindesberg finns det flera, men alla där drivs av samma aktör (Region Örebro län). Det är för närvarande bara i Örebro kommun som det finns fler än en aktör som driver vårdcentral. Dessutom finns ett antal allmänläkare på olika platser i länet som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning.

2.2.1 Grundläggande beslut

I Region Örebro län beslutade dåvarande Landstingsfullmäktige i november 2009 om de övergripande principerna för vårdvalssystemet. För den här översynen är följande principer av särskilt intresse:

- Uppdraget ska vara att erbjuda ett brett utbud av bassjukvård på primärvårdsnivån. Vårdcentralen ska vara öppen minst 45 timmar per vecka, och då ska det alltid finnas allmänmedicinsk specialistkompetens tillgänglig.
- Ersättningsmodellen ska bestå av en fast och en rörlig del. Den fasta delen ska vara 85 procent av ersättningen till vårdcentralerna och betalas utifrån hur många patienter som listat sig vid den enskilda vårdcentralen. Den rörliga delen ska dels bestå av besöksersättning (10%), dels av ersättning utifrån redovisad målpuffyllelse (5%).
- För vårdcentraler med hög socioekonomisk faktor enligt CNI (Care need index) ska det finnas ett ekonomiskt tillägg.
- Till vårdcentraler med långt geografiskt avstånd till sjukhus ska det betalas ett avståndstillägg.
- Ett antal specificerade delar av primärvården ska inte ingå i Hälsovalets uppdrag. De delarna ska istället tillgodoses av och bedrivs i regionens egen regi. Detta gäller till exempel central barnhälsovårdsenhet, central mödrahälsovårdsenhet, neuro- och hemrehabsjukgymnaster, sjukvårdsrådgivningen 1177, ungdomsmottagningar, forskningsenhet och studierektorsfunktioner.
- Det ska finnas en uppföljningsplan, och resultatet för respektive vårdcentral ska presenteras för befolkningen på landstingets webbplats.

2.2.2 Vårdcentralernas uppdrag

I enlighet med det grundläggande fullmäktigebeslutet är uppdraget för vårdcentralerna brett. Det omfattar planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering samt uppföljning. Det kräver en rad olika verksamheter och kompetenser som till exempel distriktsläkarmottagning, diabetesjuksköterska, laboratorieverksamhet, barnhälsovård och vårdsamordnare. Uppdraget är på flera sätt utformat för att särskilt stödja vård av äldre.

En del av kostnaderna belastar inte den enskilda vårdcentralen, utan finansieras utanför Hälsovalssystemet. Detta gäller bland annat kostnader för läkemedel, vissa medicinska undersökningar, läkare under specialistutbildning (ST-läkare), tolk, utomlänsvård och journalsystem.

2.2.3 Ekonomisk ersättning till vårdcentralerna

I enlighet med det grundläggande fullmäktigebeslutet är 85% av den ekonomiska ersättningen fast och beror på antalet listande. Utöver detta finns en rörlig prestationsbaserad ersättning som är maximalt 10% i besöksersättning och 5% i målrelaterad ersättning. Regelverket beskrivs i Krav- och kvalitetsbokens åttonde kapitel och i bilaga 2 till denna rapport. Utfallet för vårdcentralerna under 2022 beskrivs i

bilagorna 4 och 5.

Den fasta ersättningen (kapiteringsersättning) är till största delen baserad på den listades ålder och är högre för de äldsta och yngsta. En mindre del av kapiteringsersättningen baseras på CNI (Care Need Index) som är en bedömning av hur mycket vård den listade kommer att behöva. Detta ger vårdcentralerna högre ersättning om den listade till exempel är arbetslös.

Besöksersättning betalas ut för varje besök som vårdcentralen genomför med en patient. Ersättningen är betydligt högre för besök som sker i patientens bostad.

Den målrelaterade ersättningen beror på vårdcentralens prestation inom följande områden:

- Telefontillgänglighet
- Hembesök från barnvårdscentralen
- Läkemedelsgenomgångar
- Fysisk aktivitet på recept
- Kvalificerat rökslutarstöd

2.2.4 Uppföljning av vårdcentralerna

Vårdcentralerna följs regelbundet upp av Hälsovalsensheten. I en bilaga till Krav- och kvalitetsboken beskrivs hur vårdcentralerna ska följas upp. (Bilaga 3 till denna rapport)

Uppföljning genomförs varje år genom besök på vårdcentralen eller vid dialogmöten länsdelsvis. Data för uppföljning hämtas från kvalitetsregister, Region Örebro läns uppföljningsportal och nationella IT-stöd som Medrave och PrimärvårdsKvalitet. De medicinska målen utgår så långt som möjligt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Enligt uppföljningsbilagan ska vårdcentralen varje år i en skriftlig rapport beskriva bland annat sitt arbete med kvalitet, patientsäkerhet och hälsofrämjande arbete. I praktiken sker detta muntligt vid uppföljningsbesöket. De vårdcentraler som får särskilda medel för socioekonomi ska varje år lämna en rapport över genomförda aktiviteter och utveckling av verksamheten med stöd av dessa medel

Resultatet av Hälsovalsenshetens uppföljning presenteras på intranätet och i en årsrapport. Rapportering sker till regionstyrelsens arbetsutskott, och årsrapporten godkänns av regionstyrelsen.

2.2.5 Vårdcentralernas följsamhet till Krav- och kvalitetsboken

I Hälsovals årsrapport för 2022 framgår bland annat att medicinska resultat inom området diabetes typ 2 håller en hög kvalitet.

Telefontillgängligheten försämrades jämfört med året innan, och antalet besvarade telefonsamtal minskade något. Telefontillgängligheten för primärvården som helhet var 78 procent under 2022. Det innebar att 78 procent av de som ringde till vårdcentralerna fick en uppringningstid samma dag. 2021 var resultatet 81 procent. Variationen av tillgängligheten för helår per vårdcentral var mellan 46 procent och 98 procent under 2022. 10 vårdcentraler hade minst 90 procents tillgänglighet på telefon för hela året.

Under 2022 skärptes kraven på vårdcentraler inom Hälsoval Region Örebro län att erbjuda fast läkarkontakt, med anledning av en förändring i hälso- och sjukvårdslagen. Antal listade som har fått tillgång till en fast läkarkontakt följs via statistik från listningssystemet månadsvis. Den totala andelen vid slutet av 2022 var 46 procent av patienterna.

2.2.6 Ekonomiskt resultat för Hälsovalsenheten och vårdcentralerna

Det ekonomiska resultatet för Hälsovalsenheten under 2022 visar ett överskott på 68 miljoner kronor. Den största förklaringen till det var att vårdcentralerna inte uppfyllde kraven för att få maximal ersättning.

Av den budgeterade ersättningen för besök betalade Hälsovalsenheten ut 104 av 122 miljoner kronor. Av den budgeterade målrelaterade ersättningen betalade Hälsovalsenheten ut 22 av 42,7 miljoner kronor. Sammanlagt hade vårdcentralerna alltså kunnat få 38 miljoner kronor mer i ersättning.

Den övriga delen av Hälsovalsenhetens överskott beror framför allt på att antalet listade inte ökade så mycket som beräknats i budgeten, samt på ökat statsbidrag för asylsökande på grund av fler asylsökande i länet med anledning av kriget i Ukraina.

Under 2022 gjorde en majoritet av de regiondrivna vårdcentralerna ett underskott, enligt Hälsovals uppföljning. För de privatdrivna finns inga uppgifter i Hälsovals årsrapport.

2.3 Omställning till nära vård

Omställningen till nära vård syftar till att ge patienten en god, nära och samordnad vård som främjar hälsan. Primärvården ska vara basen och navet i vården. Region Örebro län och länets kommuner har antagit en gemensam målbild för omställning till nära vård. I överenskommelsen ”God och nära vård 2023” mellan regeringen och

SKR (Sveriges kommuner och regioner) framgår att regioner och kommuner ska kunna redogöra för hur samverkan och samarbete har utvecklats och hur det ska utvecklas under kommande år, inklusive gällande gemensam planering för primärvården.

Omställningen innebär enligt SKR:s presentationsmaterial ett förändrat förhållningssätt där det sker en förflyttning i sättet att arbeta:

- Från fokus på organisation – till fokus på person och relation
- Från isolerade vårdinsatser - till samordning utifrån personens fokus
- Från reaktiv – till proaktiv och hälsofrämjande
- Från invånare och patienter som passiva mottagare – till aktiv medskapare

Framgångsfaktorer i omställningen är

- Samverkan mellan kommuner och regioner
- Användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten
- Satsning på utveckling av egenvård, inte minst för kroniskt sjuka patienter och för att förhindra att fler drabbas av kronisk sjukdom

En länsövergripande målbild för Örebro län arbetades fram under 2021. Våren 2022 antogs målbilden av regionen och länets samtliga kommuner. I målbilden lyfts flera punkter som ska guida i omställningsarbetet. Det handlar dels om hur det kommer att påverka invånarens och medarbetarens upplevelse men också en målbild för hur de involverade huvudmännen ska samarbeta.

Målbilden togs fram av en länsövergripande gruppering bestående av förtroendevalda, chefstjänstepersoner och nyckelfunktioner. Även medarbetare, chefer och invånare lämnade in synpunkter via digitala paneler.

Målet med omställningen är enligt beslutet att invånaren får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att individen är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt och långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

3. Översynens arbete

I enlighet med direktivet för översynen har arbetet i stor utsträckning varit inriktat på att jämföra Region Örebro läns Krav- och kvalitetsbok med andra regioners system. Dessutom har arbetet i första hand varit inriktat på att försöka fånga in hur berörda intressenter uppfattar det nuvarande systemet. Ett urval av de iakttagelser som gjorts under översynens arbete sammanfattas löpande i kapitel 4 och 5. Ett större urval finns i bilagorna 7 och 8.

3.1 Omvärldsbevakning

Utredarna har tagit del av Krav- och kvalitetsböcker och motsvarande dokument från samtliga regioner i landet. De har även tagit del av promemorian ”Effektiv och behovsbaserad digital vård”. Dessutom har utredarna tagit del av ett antal nationella rapporter. Särskilt bör följande rapporter nämnas:

- PrimärvårdsUppföljning – metodstöd för dialogbaserad verksamhetsuppföljning (SKR)
- Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 – Utvecklingen i regioner och kommuner (Socialstyrelsen)
- Ersättningsmodeller i primärvården – Delrapport 1, en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021 (SKR)

Som en del i översynen har utredarna även tagit del av Socialstyrelsens föreskrift om regler för val av utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården, som kommer att införas 2024

3.2 Dialogmöten

För att ge berörda intressenter möjlighet att lämna inspel till översynen har sju dialogmöten genomförts med följande intressenter:

- Chefer för privata vårdcentraler i Örebro län
- Verksamhetschefer och chefer för vårdcentraler som drivs av Region Örebro län
- Representanter för Område Psykiatri inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering i länets kommuner (MAS/MAR-nätverket)
- Facklig referensgrupp
- Representanter för sjukhusverksamheter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Region Örebro Läns pensionärsråd

På dialogmötena har deltagarna fått jämföra Krav- och kvalitetsboken med den gemensamma målbild för nära vård som länets kommuner och Region Örebro län har antagit. Utifrån jämförelsen har deltagarna sedan fått ange fördelar och nackdelar med den nuvarande Krav- och kvalitetsboken, och lämna konkreta förbättringsförslag.

Utöver dessa dialogmöten har utredarna vid ett tillfälle träffat verksamhetschefer för de vårdcentraler som drivs av Region Örebro län, och dessutom haft ett uppföljande möte med den fackliga referensgruppen.

Mot bakgrund av att Region Örebro län har en förhållandevis låg andel privatdrivna

vårdcentraler har utredarna dessutom träffat företrädare för en av landets större aktörer som inte driver vårdcentral i Örebro län.

4. Fokusområden och frågeställningar

Översynen har haft i uppdrag att belysa hur Krav- och kvalitetsboken skulle kunna utvecklas för att kunna stödja utveckling och genomförande inom ett antal områden. I detta kapitel sammanfattas översynens iakttagelser och slutsatser kring de fokusområden och frågeställningar som nämns i översynens direktiv.

4.1 Tillgänglig, jämlik och patientsäker primärvård i hela länet

4.1.1 Tillgänglig primärvård

Hälso- och sjukvårdslagen ger hela länets befolkning rätt till en tillgänglig primärvård. Det ska vara det medicinska behovet som styr möjligheten att få vård, inte var i länet man bor.

Den digitala utvecklingen har förändrat hur invånarna kan få kontakt med vården. Nya kontaktvägar har tillkommit, men hur det påverkat tillgängligheten finns det ingen tillgänglig statistik för. Flera inspel från dialogmötena har handlat om att det ökade antalet kontaktvägar gör det svårt för vårdcentralerna att upprätthålla en god tillgänglighet. Det upplevs orättvist att tillgänglighet mäts på enbart en av de vägar till vårdcentralen som ska erbjudas patienterna (telefon), och att det även finns målrelaterad ersättning kopplad till enbart denna.

Med utgångspunkt från statistiken om telefontillgänglighet förefaller det som att länets vårdcentraler för närvarande har stora utmaningar när det gäller att leva upp till den tillgänglighet som länets invånare har rätt till. Enligt översynens bedömning vore det önskvärt om tillgänglighetsmätningarna täckte in fler av de kontaktvägar som vårdcentralerna enligt Krav- och kvalitetsboken ska erbjuda invånarna. Ett arbete kring detta pågår på Hälsovalsenheten.

4.1.2 Jämlik primärvård

Att vården ska vara jämlik betyder inte att den ska vara lika för alla. Istället behöver den anpassas till individens behov. På dialogmötena har det framkommit att det finns en målkonflikt mellan kravet på tillgänglighet och kravet på att följa Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf att de med störst behov ska ges företräde till vården. Vårdcentralernas företrädare efterlyser vägledning kring hur denna målkonflikt ska hanteras.

Översynen har här särskilt studerat den förändring som Region Kalmar nyligen gjort av sin motsvarighet till Krav- och kvalitetsboken. En viktig del i förändringen har varit att stödja vårdcentralerna att i större utsträckning prioritera patienter med störst vårdbehov. Därför får vårdcentralerna där nu del av förteckningar över patienter som förväntas ha ett stort behov av hälso- och sjukvårdens resurser, och av vårdcentralernas uppdrag framgår att dessa patienter ska prioriteras när det gäller till exempel kontinuitet.

Översynen har övervägt att föreslå ett systemstöd för att mäta förväntat vårdbehov. Sådana systemstöd, till exempel ACG, kan dock kräva investeringsutgifter. Med tanke på det nya journalsystem som införs under 2024 avstår översynen från att lägga några konkreta förslag här. Istället uppmanas Hälsovalsenheten att utforska vilka möjligheter som det nya journalsystemet har, för att i större utsträckning ge underlag för vårdcentralerna att prioritera bland sina patienter.

4.1.3 Patientsäker primärvård

Krav- och kvalitetsboken föreskriver att vårdcentralerna ska följa de vårdriktlinjer som finns inom regionen. De ska också ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Enligt uppföljningsmodellen ska vårdcentralerna årligen leverera material till en patientsäkerhetsberättelse. Dialogmötena har inte indikerat att det för närvarande finns några särskilda utmaningar kring patientsäkerheten, utöver de som nämns på andra ställen i rapporten.

4.2 Nära vård

I landets regioner pågår ett intensivt arbete med omställningen till nära vård och många regioner har omfattande skrivningar i de regelverk som beskriver beställarens krav på vårdcentralerna. Det kan till exempel handla om att kunna erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, krav på samordningsfunktion för patienter med stora vårdbehov, krav på rutiner för vårdplanering vid utskrivning från sjukhus samt krav på att erbjuda patienter förebyggande och behandlande insatser för hälsosamma levnadsvanor. Översynen har här hämtat in fördjupad information kring Region Kalmars arbete med att ”nära vård-anpassa” sitt regelverk.

Socialstyrelsen följer omställningen och konstaterar i sin senaste uppföljningsrapport (bilaga 10) följande:

- Styrningen av omställningsarbetet har utvecklats men behöver konkretiseras
- Styrningen behöver ta nya former
- Vissa tecken på att samverkan blivit bättre
- Samverkansformerna behöver utvecklas
- Fast läkarkontakt är prioriterat men regionerna gör på olika sätt

- Stora variationer i arbetet med patientkontrakt
- Stor variation i det hälsofrämjande arbetet

I jämförelse med andra regioners regelverk är det noterbart att omställningen som begrepp inte nämns i Region Örebro läns Krav- och kvalitetsbok. Rimligt borde vara att i krav- och kvalitetsboken även hänvisa till den gemensamma målbild som regionen och länets kommuner antagit för omställningen. Det bör dock framhållas att många av de krav som finns i krav- och kvalitetsboken har en tydlig koppling till omställningen, till exempel kravet på vårdsamordnare.

De dialogmöten som ingått i översynen har pekat på nödvändigheten av samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Krav- och kvalitetsboken har dock en begränsad funktion när det gäller samverkan eftersom den bara krävställer den ena parten i samverkan, nämligen vårdcentralen. På dialogmötena har det konstaterats att det är andra överenskommelser och dokument som säkerställer att samverkan sker såväl på systemnivå som kring enskild patient. Ett exempel på ett sådant dokument är överenskommelsen mellan region och kommuner om sjukvård i hemmet, där översyn just nu pågår.

Översynens slutsats är att på grund av ovanstående så har krav- och kvalitetsboken små möjligheter att vara drivande i nära vård-omställningen. Däremot är det viktigt att uppföljningen av verksamheterna är kopplad till målbilden för omställningen.

4.3 Digitalisering

När det gäller digitalisering har översynen visat att det finns åtminstone två olika områden där det pågår en digitalisering. Dels gäller det tjänster för invånare (boka tid, läsa journal med mera), dels gäller det digitala behandlingsmetoder (till exempel egenmonitorering). Översynen har i första hand fokuserat på digitala tjänster för invånare.

Omvärldsbevakningen, både den egna och den som redovisas i promemorian ”Effektiv och behovsbaserad digital vård”, visar att det är mycket vanligt med krav på att vårdcentralerna ska erbjuda digitala tjänster för invånare. Vårdcentralerna ska i de flesta fall följa det utbud och de riktlinjer som regionen beslutat om. Det framgår dock ofta att utbudet beslutas på annat sätt, och att innehållet i Krav- och kvalitetsboken bara är en spegling av sådana beslut.

Några regioner, som till exempel Jönköping, öppnar för att vårdcentralerna får använda andra tjänster än de som regionen beslutat om, om de är likvärdiga. Det här var också något som framkom vid mötet med den privata aktören, eftersom det företaget har egna e-tjänster som de vill få möjlighet att använda. Företaget

välkomnade dock krav på säker och enkel överlämning av uppgifter mellan olika digitala plattformar, för att patientärenden ska kunna överföras mellan olika vårdgivare.

I svaren från de dialogmöten som genomförts har det som tidigare nämnts framkommit att det bland vårdcentralspersonal finns en frustration över att det är “för många vägar in”. Vårdcentralerna har svårt att bemanna alla vägarna (rådgivnings-telefon, digitala kanaler, dropin-besök och andra obokade besök). Detta leder till kritik mot inte minst de digitala kontaktvägarna.

Utvecklingen inom digitaliseringen är hög, och på den nationella nivån har en statlig utredning under hösten presenterats omfattande förslag kring e-tjänster. Omvärldsbevakningen ger intryck av att regionerna har svårt att hinna med att uppdatera sina Krav- och kvalitetsböcker. Region Stockholm använder här ett intressant förhållningssätt när de ger beställaren (regionen) stor frihet att förändra kraven genom följande skrivning: ”Beställaren äger rätt att under avtalsperioden ändra, lägga till eller ta bort digitala system/tjänster, beskriven funktionalitet, informationsanvändning eller rapportering som ingår i respektive digital förmåga.”

Mot bakgrund av att en statlig utredning nyligen presenterat förslag för att underlätta den fortsatta digitaliseringen av vården, lämnar översynen inga särskilda förslag kring digitalisering.

4.4 Kompetensförsörjning

Krav- och kvalitetsboken beskriver vilka kompetenser som ska finnas på en vårdcentral, vad som ingår i vårdcentralernas utbildningsuppdrag samt hur vårdcentralerna ersätts ekonomiskt för såväl utbildningsuppdrag som forsknings- och utvecklingsuppdrag. Kraven är i stor utsträckning likvärdiga med de som finns i övriga regioner. I både Region Örebro län och andra regioner är kraven framför allt inriktade på läkare, men krav- och kvalitetsboken kräver att vårdcentralerna erbjuder verksamhetsförlagd utbildning för flera legitimerade professioner.

I årsrapport Hälsoval 2022 framkommer att kompetensförsörjningen fortsatt är ett stort problem vid de flesta vårdcentralerna. Problemet är allra störst i norra, västra och södra länsdelarna. För att klara uppdraget har många vårdcentraler anlitat hyrläkare. De inhyrda läkarna är inte alltid specialister i allmänmedicin utan kan ha andra specialiteter istället. På sex vårdcentraler saknades under 2022 astma/KOL-sjuksköterska och på två vårdcentraler saknades diabetessköterska. Svårigheten med att rekrytera sjuksköterskor och distriktsköterskor, i kombination med sjukfrånvaro eller frånvaro vid vård av barn, bedöms som viktiga faktorer när det gäller resultatet av telefontillgängligheten.

Under 2022 blev 14 läkare färdiga med sin specialistutbildning i allmänmedicin (ST) varav 11 stannade kvar i regionen. Antal ST-läkare som påbörjat sin utbildning under 2022 var 12 och vid årets slut fanns 79 ST-läkare i allmänmedicin. Det kan till exempel jämföras med 105 i Region Sörmland. Enligt nationell statistik från SKR hade Region Örebro län 2021 den lägsta andelen ST-läkare i förhållande till befolkningens storlek. Hälsovalsenheten arbetar aktivt tillsammans med Område nära vård för att öka antalet ST-läkare på de regiondrivna vårdcentralerna och flera rekryteringar har gjorts inför 2024.

Det är svårt att bemanna vårdcentralerna i den utsträckning som behövs för att klara uppdraget. I arbetet med översynen har detta problem tagits upp. Nedan listas några förslag på åtgärder som lyfts i olika dialogmöten. Det ska dock tydliggöras att vissa av förslagen som lyfts på dialogmötena skulle kräva ökad resurstilldelning till vårdcentralerna och ligger således utanför översynens mandat:

- Enligt den privata aktören är andel ST-läkare en viktig parameter vid etableringsbeslut och en hög andel gör det attraktivt för företaget att etablera sig i en region.
- Vid dialogmötena har framförts åsikten att vårdcentralerna skulle behöva resurstillskott för att kunna klara uppdraget och att svårigheterna att bemanna vårdcentralerna i grunden handlar om just detta.
- Vid dialogmöten har det också framförts önskemål om att förtydliga skrivningarna om hur det är tillåtet för vårdcentralerna att samverka i bemanningsfrågor, eftersom samverkan ökar möjligheterna att bemanna alla utbudspunkter.

Översynens slutsats är att antalet ST-läkare behöva öka i Region Örebro län för att säkra kompetensförsörjning och öka vårdcentralernas attraktivitet. Detta är dock inget som regleras i Krav- och kvalitetsboken, och översynen presenterar därför inget konkret förslag kring detta. Det ska även framhållas att en förbättrad kompetensförsörjning är angelägen inom fler yrkesgrupper, och att det kan behövas en högre specialiseringsgrad när det gäller fler yrkesgrupper som är representerade på vårdcentralerna.

4.5 Ny lagstiftning, kunskapsstöd och överenskommelser

Av direktivet för översynen framgår att förutsättningarna för vårdcentralerna på flera sätt har förändrats under det dryga decennium som har passerat sedan det

obligatoriska vårdvalet infördes. Som exempel nämns bland annat ny nationell styrning, ändrade befolkningsmässiga förutsättningar och ändrade ekonomiska förutsättningar.

Översynen hittar inga tecken på att den utvecklingen kommer avta. Det finns däremot flera skäl som talar för en fortsatt hög förändringstakt:

- Den nationella nivån är fortsatt aktiv. Exempel på det är de nya föreskrifterna för listningssystemet som ska införas nästa år, och höstens förslag om utökade krav på tillgång av digitala vårdtjänster.
- Den tekniska utvecklingen skapar nya möjligheter. Införandet av 1177 direkt är ett exempel på det.
- Allt fler kunskapsstöd innebär nya och förändrade krav för den medicinska praxisen på vårdcentralerna.
- De ekonomiska förutsättningarna ändras snabbt i en orolig samtid. Den snabba inflationsökning som just nu pressar de regionala ekonomierna är ett uttryck för det.
- Regeringen fortsätter att sluta överenskommelser med landets regioner via SKR om till exempel omställningen till nära vård.

Detta talar för att styrsystemet behöver vara utformat för att snabbt kunna svara på förändrade förutsättningar. Samtidigt är det för utförarna självklart en fördel med ett system som är stabilt över tid. Det grundläggande beslutet är i det nuvarande systemet en garant för det.

Men stabilitet kan också begränsa flexibilitet och förändringsförmåga. Översynens bedömning är att det sammantaget förefaller som mycket angeläget att fortsätta med årliga översyner av Krav- och kvalitetsboken. För att i så hög grad som möjligt kunna styra verksamheten under nya förutsättningar är det också önskvärt att det översynsarbetet har möjlighet att vara så omfattande som de aktuella förändringarna i omvärlden ger anledning till.

4.6 Varierat utbud av vårdgivare

När lagen om valfrihet infördes inom primärvården var ett av syftena att konkurrensutsätta vårdcentralerna och därigenom bana väg för innovation och kvalitetsutveckling. Privata och regiondrivna vårdcentraler verkar på en "marknad" där invånarna väljer var de vill lista sig. Alla regioner har en relativt hög andel kapiteringsersättning och därigenom styrs de ekonomiska resurserna till de vårdcentraler som bäst lever upp till invånarnas krav.

När vårdvalssystemen infördes 2010 fördelades alla invånare utifrån principen att alla godkända vårdcentraler tilldelades en lista utifrån geografiskt område. I Sverige

tillkom då flera privata vårdgivare i utbudet av vårdcentraler. Efter 2010 har inga nya privata vårdcentraler etablerats i Örebro län. En bidragande orsak är den ekonomiska osäkerhet som höga initiala kostnader och osäkra intäkter innebär.

I dialogmötet med den privata aktören lyftes två hinder som kan finnas för en etablering: låg resurstilldelning inom vårdvalssystemet och brist på specialistutbildade allmänläkare. När det gäller resurstilldelningen inom Region Örebro län gör företaget bedömningen att den ungefär följer det nationella genomsnittet eller möjligen ligger strax under. Kring tillgången på läkare betonade företrädarna att detta låga antal ST-läkare hämmar möjligheten till nyetablering.

Företrädarna bedömde att huvuddragen i Region Örebro läns krav- och kvalitetsbok, inklusive ersättningsmodell, ser ut som i övriga landet. Företrädarna betonade att det inte finns någon optimal ersättningsmodell, och att mängden resurser i systemet är viktigare än ersättningsmodellen. Region Örebro läns regelverk fick även beröm för att vårdcentralerna inte själva behöver ta kostnader för utomlänsvård, läkemedel och tolk.

Den privata aktören bedömer att det av medicinska skäl är bra med ett brett uppdrag för vårdcentralerna. Denna uppfattning framkommer också vid dialogmötet med de befintliga privata vårdcentralerna. Av flera skäl kan det dock vara önskvärt att vårdcentraler kan samverka om delar av basuppdraget eller kring tilläggsuppdrag. Detta gör att enskilda professioner kan arbeta tillsammans med en större patientgrupp. Om vårdcentralerna inte får samarbeta måste varje vårdcentral vara bemannad av en enskild anställd, som får arbeta ensam, och kanske inte kan få möjlighet till en heltidsanställning.

Att samverka om uppdrag gör det enligt företagets bedömning också lättare vid nyetablering. Allra enklast ur ett nyetableringsperspektiv är att basuppdraget till en början inte är så omfattande eftersom ett brett uppdrag innebär en hög startkostnad. Företrädarna hade dock inga exempel på att någon region erbjuder utförare möjlighet att på detta vis bygga upp verksamheten stegvis.

Omvärldsbevakning visar att det finns ganska få exempel på regioner med hjälp av vårdvalets regelverk försöker stimulera nyetablering av vårdcentraler. Några regioner (Sörmland, Dalarna och Stockholm) har någon form av ersättning vid start av ny vårdcentral. Det förmånligaste regelverket finns i Sörmland som betalar ut startbidrag på 300 000 kr per månad i maximalt 12 månader.

Sörmlands andel patienter som är listade på privat vårdcentral är högre än i Region Örebro län. I Sörmland är det cirka 30 %. En annan grannregion Västmanland har

rikets högsta andel med 58 % av invånarna. Där finns dock inga särskilda regler för att uppmuntra nyetablering. Istället förefaller den höga andelen bero på att antalet privata vårdcentraler var hög redan innan vårdvalssystemet infördes.

En annan regel som kan underlätta för privata vårdcentraler är momskompensation som ska kompensera för det faktum att privata vårdcentraler, till skillnad från regiondrivna, inte får dra av moms på inköp. Region Örebro län har dock redan den nivå av momskompensation som enligt Skatteverket motsvarar den faktiska merkostnaden för privata vårdcentraler (6%).

4.7 Omfattning och innehåll

Omvärldsbevakningen visar att de allra flesta regioner i Sverige har valt att ge vårdcentralerna ett brett uppdrag, på samma sätt som i Region Örebro län. Det tydligaste undantaget är Region Stockholm där uppdraget omfattar ”husläkarverksamhet med basal hemsjukvård”.

Många regioner har avgränsade delar som finns utanför vårdvalsuppdraget, men det finns en mycket stor spännvidd på vilka delar som är utanför. Det är relativt få regioner som delat upp primärvården genom att LOV-sätta separata delar av primärvårdsuppdraget, till exempel rehabilitering eller barnhälsovård.

Omvärldsbevakning, dialogmöten samt övrig informationsinhämtning har landat i slutsatsen att rekommendera fortsatt sammanhållet uppdrag för vårdcentralerna.

4.8 Ersättningsmodell, verksamhetsmål och listning

4.8.1 Ersättningsmodell

Sveriges kommuner och regioner (SKR) redovisade i en rapport 2021 en beskrivning av ersättningsmodeller i den svenska primärvården. Där konstateras bland annat att “Primärvården är i delar statligt styrd genom lagstiftning om ett gemensamt primärvårdsuppdrag och organisering i vårdvalssystem. Demokrati, kommunalt självstyre samt olika geografiska och demografiska förutsättningar har emellertid påverkat den finansiella styrningen att i delar utvecklas åt olika håll. Flera statliga utredningar har framfört en uppfattning att skillnaderna är omotiverade och utgör hinder för målet om en likvärdig och behovsbaserad vård. Som konsekvens har lämnade betänkanden innehållit förslag på en ökad statlig finansiell styrning av primärvården”

Rapporten är delvis ett svar på dessa synpunkter och konstaterar: “I många fall finns goda grunder för valet av ersättningsprincip och det finns väl dokumenterat att den valda principen också fått avsedd effekt och bidragit till måluppfyllelse. Här kan

nämnas exempel som att ökat inslag av besöksersättning bidragit till ökad produktivitet och förbättrad tillgänglighet, socioekonomisk ersättning bidragit till ett större vårdutbud i socioekonomiskt svaga områden, att glesbygdsersättning gett fler etableringar i geografiska områden med lägre befolkningsunderlag och större avstånd till sjukhus samt att resultatbaserad ersättning bidragit till fokus och högre kvalitet på utpekade områden. I analysen över förändring över tid, noteras en viss grad av harmonisering av regionernas ersättningsmodeller inom primärvården samt utvecklingstendenser som går mot lägre grad av komplexitet och mindre detaljstyrning. Utvecklingen sammanfaller väl mot vad som i utredningar framförts som önskvärd.”

4.8.2 Verksamhetsmål

Översynen har inte identifierat behov av förändring vad gäller verksamhetsmål eller inriktning av vårdcentralernas arbete förutom att det som har beskrivits kring omställningen till nära vård torde vara vägledande för vårdcentralerna framöver.

4.8.3 Listning

Socialstyrelsens skärpta regler kring vad som ska ingå i regionernas listningstjänster (se bilaga 12) kommer att bli en stor utmaning för alla regioner. Reglerna är förhållandevis detaljerade och för närvarande saknas systemstöd för att följa föreskriften. Detta riskerar att innebära en kraftigt ökad administration.

Under översynen har inga synpunkter framförts som ger skäl att föreslå förändringar kring listningen, förutom vad som nämns nedan om listning på särskilda boenden (se 5.4).

5. Utredningens förslag

Översynen har i uppdrag att lämna förslag som åtminstone ska innehålla konsekvensbeskrivningar med genomförandebeskrivning, tidsplan och process. Dessa förslag redovisas nedan.

Utgångspunkten för översynens förslag är att det finns tre sätt för Krav- och kvalitetsboken att stödja vården utveckling. Det första är genom krav, det andra är genom ekonomisk ersättning, det tredje är genom uppföljning.

I de dialogmöten som genomförts under översynen har en frågeställning belyst vilka nackdelar som finns med nuvarande Krav- och kvalitetsbok. Svaren indikerar att det inte är regelverket som är problemet, utan snarare att regelverket inte helt och hållet följs av vårdcentralerna.

Med tanke på att alla vårdcentraler inte lever upp till den nuvarande Krav- och kvalitetsboken och att det finns stora variationer mellan vårdcentralerna, så är det önskvärt att översynens förslag stärker styrningen av vårdcentralerna.

5.1 Förändra det grundläggande beslutet

Översynen visar att flexibiliteten i hälsovalssystemet behöver öka för att ge vårdcentralerna goda förutsättningar att bedriva vård nu och framåt. Att det gått mer än ett decennium sedan det grundläggande beslut togs gör att förutsättningarna inte kan anses som aktuella. Översynen rekommenderar därför att det grundläggande beslutet från 2009 förändras. Detta bör kunna ske under våren 2024.

Ett exempel på att det grundläggande beslutet inte är samtidsanpassat är att när det togs var ambitionen att den fasta ersättningen skulle vara så hög som möjligt. De 85 procent som anges i det grundläggande beslutet var ett uttryck för det. Nu visar omvärldsbevakningen att flera regioner har en högre fast ersättning, och att det finns exempel på regioner som enbart ger fast ersättning.

Översynen ser inga övertygande fördelar med att försöka formulera ett nytt grundläggande beslut med ambitionen att det ska vara lika långsiktigt som det nuvarande. Det finns dock fördelar för leverantörerna med ett grundläggande beslut, eftersom det ökar långsiktigheten i förutsättningarna. Det är därför önskvärt att leverantörerna har insyn i vilka förändringar som övervägs. För det krävs etablerade mötesformer, till exempel Vårdvalsråd som finns i Region Västmanland.

Tidpunkten för det årliga beslutet är också viktig för leverantörerna, och något som betonades under dialogmötet med de privata vårdcentralerna. Det är önskvärt att det kommer så långt från införande som möjligt. Eftersom Hälsovalsenheten får sin budget i fullmäktigebeslutet i juni så bör det inför kommande år kunna tas i början av hösten, som var fallet inför 2023.

Ett annat sätt att ge leverantörerna inflytande är att de får möjlighet att i efterhand ta ställning till de förändringar av Krav- och kvalitetsboken som har beslutats. Så är det till exempel i Västra Götalandsregionen. Där informeras verksamhetscheferna via mejl om det fastställda förfrågningsunderlaget. Om de nya villkoren inte accepteras behöver leverantören skriftligen återkomma inom 90 dagar.

Om ett nytt grundläggande beslut ska tas kan det antingen vara inriktat på att beskriva grunderna kring uppdrag och ersättningsmodell. Det skulle också kunna vara inriktat på att beskriva en målbild för vårdcentralerna, vilket är fallet i Region Sörmland. I ett grundläggande beslut skulle också regionens ambitioner för vårdcentralerna kunna framgå, till exempel om det anses önskvärt att ha en vårdcentral i varje kommun.

5.2 Ändra ersättningsmodellen

I kapitel 5.1 konstateras att det fullmäktigebeslut som definierar den fasta delen av ersättningsmodellen hindrar en utveckling av hälsovalsmodellen. Översynen har identifierat ett behov av att öka andelen fast ersättning. Det förslaget svarar både på ambitioner om tillitsbaserad styrning och uppföljning, och önskemålet om minskad administration i samband med framtagning av underlag för utbetalning.

Att den fasta delen av ersättningsmodellen ökas bör inte hindra möjligheten att vikta om den delen eller att göra riktade satsningar. Det kan gälla socioekonomisk ersättning, geografiersättning eller främjandet av Nära Vård-omställning till exempel införandet av teknik för egenmonitorering.

I översynsarbetet har gjorts simuleringar på vårdcentralsnivå av vilka effekterna skulle bli om all prestations- och målrelaterad ersättning skulle tas bort och omvandlas till fast kapiteringsersättning. Resultatet visar stora förändringar för enskilda vårdcentraler. Av den anledningen förordas en gradvis förändring.

5.2.1 Minska besöksersättningen

I kapitel 2.2.6 konstateras att cirka 18 miljoner kronor av Hälsovalsenhetens budgeterade ram för besöksersättning inte betalades ut på grund av lägre besöksproduktion än budgeterat. Samtidigt redovisar en majoritet av de regiondrivna vårdcentralerna ett underskott under 2022.

En förklaring till att antalet besök är under budgeten är att vårdcentralerna under pandemin utvecklade arbetssätt för att följa patienternas hälsa utan fysiska besök. Istället sköts kontakter i större utsträckning med skriftliga meddelanden via 1177 eller telefonsamtal vid behov.

Översynens slutsats är att det sammantaget är angeläget att minska besöksersättningens andel, så att mer resurser når vårdcentralerna. Översynen har resonerat om hur en minskning skulle kunna göras. Ett alternativ är att minska eller helt ta bort ersättningen per besök. Ett annat alternativ är att minska antalet besökstyper som genererar ersättning. Minskningen kan också göras genom en kombination av båda alternativen.

Omvärldsbevakning visar att många regioner helt tagit bort besöksersättning för listade patienter. Med en tillitsbaserad styrning och uppföljning minskar fokus på att vårdcentralerna måste sträva efter traditionella besök och istället själva får välja på vilket sätt man vill ha kontakt med patienterna. Detta bör gynna både patienterna och vårdcentralerna.

Översynens bedömning är dock att åtminstone hembesök fortfarande behöver ge en extra ersättning, och att den behöver vara förhållandevis hög. Dessa besök framstår som högt medicinskt motiverade och kompenserar vårdcentralen för den extra tid som ett hembesök tar.

Under nästa år kommer regionen att införa ett nytt vårdinformationssystem. Det är viktigt att besöksersättningarna harmonierar med de tekniska förutsättningarna i det kommande systemet.

5.2.2 Minska målrelaterad ersättning

Enligt SKR-rapporten "Ersättningsmodeller i primärvården" (bilaga 11) har Region Örebro län landets högsta andel målrelaterad ersättning. Åsikterna från dialogmötena pekar samstämmigt på att åtminstone reducera antalet mål som ger målrelaterad ersättning. Argumenten för att reducera målen är att dagens ersättningar riskerar att driva vårdcentralerna att prioritera aktiviteter som inte har högsta medicinska prioritet för den enskilda patienten. Samtidigt har idéer framförts om andra mål som ur ett medicinskt perspektiv vore mer angelägna att uppmuntra, till exempel följsamhet till rekommenderade läkemedel samt läkarkontinuitet.

5.2.3 Hög kapiteringsersättningens andel

En höjning av andelen fast ersättning från dagens 85 procent skulle spegla den utveckling som skett i övriga Sverige. Det skulle även rimma med tankarna kring tillitsbaserad styrning och uppföljning. Det skulle ge vårdcentralerna en större frihet att själva hitta effektiva arbetssätt, istället för att maximera det ekonomiska utfallet i varje enskild åtgärd.

I olika dialogmöten har tanken testats att enbart betala ut kapiteringsersättning och helt slopa de prestationsbaserade delarna. En sådan förändring verkar dock inga av de tillfrågade intressenterna eftersträva.

5.3 Förstärk den ekonomiska ersättningen för sjuka äldre

Vårdcentralen har ansvar för läkarinsatser i kommunens särskilda boenden i området samt för hemsjukvård i ordinärt boende i enlighet med "Ramavtal om läkarmedverkan, samverkansavtal mellan Region Örebro län och länets kommuner om läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården". Boende på särskilda boenden ska ha en fast läkarkontakt vid en vårdcentral. Normtal för läkarinsatser är 1 läkartimme/10 boenden i särskilt boende (SÄBO) per vecka. För hemsjukvård finns inget normtal.

Uppdraget att bemanna den kommunala sjukvården med läkarinsatser är inte uttryckligen prissatt. Istället är tanken att den åldersviktade kapiteringsersättningen och ersättningen för hembesök ska kompensera för detta. En 80-åring ger till exempel nästan fyra gånger högre kapiteringsersättning jämfört med en person i åldern 5-64 år. Ett hembesök ger drygt 800 kronor i besöksersättning.

Omvärldsbevakning och dialogmöten har indikerat att det vore rimligt att prissätta åtminstone SÄBO-uppdraget specifikt. Motivet till det är att de som bor på SÄBO har ett större vårdbehov än andra jämnåriga.

Ett sätt att förstärka den ekonomiska ersättningen för de svårast sjuka äldre skulle kunna vara att separera listade på SÄBO från övriga listade och använda normtalet i samverkansavtalet vid beräkning av ersättning för dessa individer. Alla invånare skulle i så fall fortfarande vara listade, men på olika listor och med olika logik för beräkning av ersättning. Denna modell används med gott resultat i Region Sörmland. Modellen ger också möjligheter att förtydliga vad det särskilda vårduppdraget på SÄBO innebär. Om det införs en hög listningsersättning för SÄBO så bör rimligen inte hembesöksersättning betalas ut för besök hos listade på SÄBO. Region Sörmland och Region Örebro län har i grunden samma tekniska listningssystem, men funktionerna varierar och det är därför inte helt klarlagt om det är tekniskt möjligt för Region Örebro län att arbeta på samma sätt som Region Sörmland.

Det som beskrivs ovan gäller inte listning/ersättning för personer på korttidsboende respektive i hemsjukvård. Även här finns dock patienter med stora vårdbehov. Det är möjligt att för dessa grupper behålla nuvarande åldersviktning i kapiteringsersättningen och låta den spegla resursåtgången för läkarinsatserna. Ett alternativ är att prissätta korttidsplatser enligt samma logik som för SÄBO-platser, men med annan formel. Detta förutsätter att uppdraget att läkarbemanna korttidsplatser tydliggörs, både vad gäller innehåll och hur uppdraget fördelas mellan vårdcentralerna.

5.4 Förtydliga regelverket kring samverkan mellan vårdcentraler

Eftersom många vårdcentraler har svårt att rekrytera den omfattande kompetens som det breda uppdraget kräver, har översynen övervägt möjligheterna för vårdcentralerna att samverka. En samverkan kan till exempel innebära att en barnmorska kan ta hand om patienter från flera vårdcentraler.

Samverkan är idag tillåtet enligt Krav- och kvalitetsboken, men regelverket är mycket knapphändigt. I kapitel 2.6 står det att ”Uppdraget kan utföras i samverkan med andra vårdgivare”.

Möjlighet till samverkan efterfrågades i dialogmötet med det privata företag som inte driver vårdcentral i Örebro län. Där beskrevs det som ett sätt att underlätta ny-etablering.

En samverkan mellan leverantörer är dock problematisk i ett valfrihetssystem, eftersom det riskerar att begränsa individens möjlighet att välja mellan fristående aktörer. Det är därför förväntat att få regioner har skrivningar om samverkan i sina krav- och kvalitetsböcker.

Några regioner har dock tydliga skrivningar som öppnar för samverkan. I regelverket för valfrihetssystemet i Dalarna står det så här: "Vårdcentraler kan samarbeta om uppdrag i syfte att förbättra kvalitet. Samarbetet ska utformas på ett sätt som tillgodoser god tillgänglighet för patienterna. Vårdcentralen ska skriftligen anmäla all samverkan till Vårdvalsenheten, Vårdval Primärvård." Översynen rekommenderar att en liknande skrivning införs i Krav- och kvalitetsboken för Region Örebro län.

Ett upplägg som också kan vara av intresse beskrivs hos Region Gävleborg. Där är alla vårdcentraler som finns inom ett geografiskt samarbetsområde skyldiga att reglera delar av sina åtaganden i en gemensam samverkansplan. Delar som ska ingå är till exempel jour- och beredskapsorganisation, familjecentral och samverkan vid utskrivning från slutenvård under helger. Hälsovalskontoret i Region Gävleborg hjälper till att ta fram sådan här planer.

5.5 Inför startbidrag vid nyetablering av vårdcentral

Översynen rekommenderar att ett startbidrag införs vid nyetablering av vårdcentral. Om regionen vill öka andelen privata utförare så är detta det verktyg som omvärldsbevakningen visar. Startbidraget bör motsvara kapiteringsersättningen för cirka 2000 listade patienter, för att en vårdcentral ska vara möjlig att driva.

I Sörmland, där startbidraget är 300 000 kronor i månaden (se 4.6), infördes bidraget 2016 och har utnyttjats vid tre vårdcentralsetableringar. Till vilken grad detta har påverkat etableringsbesluten är osäkert, men att det påverkar investeringskalkylen vid beslut om etablering bekräftas i dialogmötet med den privata aktören. Företaget hade kännedom om det startbidrag som nystartade utförare erbjuds i Sörmland, och var positiva till den konstruktionen. Företrädarna lyfte dock en farhåga om att det skulle kunna utnyttjas av oseriösa aktörer.

5.6 Involvera fler intressenter i uppföljningen

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har utarbetat ett metodstöd för dialogbaserad verksamhetsuppföljning. Region Örebro län har deltagit i det arbetet.

Metoden baserar sig på grundprinciperna för tillitsbaserad ledning och styrning (se bilaga 9). Tanken med tillitsbaserad styrning är mindre detaljerad styrning av utförarnas agerande, samtidigt som beställaren genom dialog fokuserar på hur väl utföraren når resultat som är centrala.

Region Örebro län arbetar redan i stor utsträckning dialog- och tillitsbaserat med uppföljning av vårdcentralerna. Ett exempel är att de vårdcentraler som får extra ersättning på grund av de listades socioekonomiska status, men att de i efterhand ska rapportera hur ersättningen har använts.

Översynens omvärldsbevakning och genomförda dialogmöten har dock identifierat att det kan finnas vinster med att involvera fler intressenter i uppföljningen. Framför allt gäller det den kommunala hälso- och sjukvården och patienter, men även andra ”vårdgrannar” skulle kunna involveras. Översynens bedömning är att detta är ett lämpligt sätt att stödja omställningen till nära vård.

I de flesta län finns ett samverkansavtal mellan regionen och kommunerna som reglerar ansvar mellan parterna. För att säkerställa att regionen uppfyller sin del av avtalet är det viktigt att uppföljningen sker på lokal nivå, och att båda parterna är involverade i uppföljningen.

I Sörmland sker detta genom att Medicinskt ansvarig sjuksköterska tillsammans med aktuell vårdcentral fyller i en uppföljningsblankett som redovisas till Hälsovals-enheten (bilaga 13). Där utvärderas olika kvalitetsområden och parterna ger kommentarer och förbättringsförslag där så är nödvändigt. Liknande uppföljning av samverkansavtalet har införts i Region Kalmar i samband med det nya regelverket för hälsovalet.

Region Kalmar planerar även att börja inhämta synpunkter från patienter. Detta sker i hela landet genom Nationell patientenkät som för vårdcentralerna genomförs vartannat år. Enkäterna har dock förhållandevis låg svarsfrekvens.

Översynen har i omvärldsbevakningen inte hittat några andra exempel på brukarmedverkan i uppföljningen. I flera av de dialogmöten som genomförts i översynen har det dock framförts synpunkter om att det vore önskvärt. I Region Örebro län använder vårdcentralernas vårdsamordnare Vård- och omsorgskollen för att följa upp patienter som skrivs ut från sjukhusvård. De synpunkter som patienterna framförs bör kunna användas systematiskt i uppföljning och förbättringsarbeten.

5.7 Förbättra informationen till invånarna om vårdcentralernas resultat

Det är rimligt att anta att resultatet av uppföljningen får en större effekt på utföraren ju mer känt resultatet är. I det grundläggande beslutet framgår det att resultatet av uppföljningen ska ”presenteras för befolkningen på landstingets webbplats”.

I den nuvarande Krav- och kvalitetsboken har dock detta tonats ner. Där står det istället att ”Uppgifter om vårdcentraler samt utvalda uppföljningsparametrar ska av Region Örebro län göras tillgängliga för medborgaren via till exempel Väntetider i vården och Vården i siffror. Region Örebro län ska kunna ge muntlig information samt i övrigt bistå medborgarna med information.”

I den föreskrift om listningstjänst som träder i kraft under nästa år finns också krav på information till invånarna. Hälsovalsenheten arbetar för att det ska bli möjligt att publicera information på 1177 för att underlätta för invånarna att jämföra vårdcentralerna.

Med tanke på att möjligheten att välja mellan olika vårdcentraler inom en kommun i de flesta fall är obefintlig, så är det väldigt lite som talar för att en utökad information till invånarna skulle öka deras aktiv val av vårdcentral. Det kan dock finnas skäl att förbättra informationen till invånarna om det ökar vårdcentralernas förbättringsarbete.

För närvarande verkar det vara ganska ovanligt i landet med information till invånarna om vårdcentralernas resultat. Ett undantag är Region Sörmland som presenterar rapporter om varje vårdcentral på sin hemsida.

Socialstyrelsens nya föreskrift om regionernas listningstjänst som börjar gälla 2024 innehåller krav på att regionerna både visar vårdcentralernas följsamhet till vårdgarantin, och resultat från eventuella patientenkäter. Vårdcentralernas följsamhet till vårdgarantin visas redan offentligt av Region Örebro län, men på SKR:s webbplats Väntetider i vården.

Översynen rekommenderar att informationen till invånarna utökas. Arbetsinsatsen bör självklart vara rimlig i förhållande till invånarnas intresse. Den uppföljningsredovisning som presenteras på intranätet och Hälsovals årsrapport borde dock kunna göras tillgänglig för allmänheten, utan att det skulle kräva särskilt stora resurser.