

Tjänsteställe, handläggare
Regionkansliet, Karolina Stridh, Tommy Larserö

Datum
2020-04-08 V8

Beteckning
Tjänsteanteckning

Stimulera till ökad digital kontakt och kontinuitet i primärvården

Bakgrund

Region Örebro län införde vårdval "Hälsoval" inom primärvården 1 januari 2010. För vårdgivarna innebär vårdvalet i Hälsoval att det finns en för region Örebro län fastställd ersättningsmodell som beskriver hur en verksamhet får betalt för att utföra sitt uppdrag och vilka krav som ställs på en sådan verksamhet.

I Regionfullmäktiges beslut om "Verksamhetsplan och budget 2019" fanns ett utredningsuppdrag som löd: "Regionstyrelsen får i uppdrag att arbeta fram en revidering av "Krav- och kvalitetsboken" i syfte att ge utrymme för fler alternativa utförare".

Utredningsarbetet kring revideringen av Krav- och kvalitetsboken fokuserades på att se vilka förändringar som kan göras för att få fler alternativa utförare i Hälsoval primärvård. Utredningen redovisade för Regionstyrelsen ett antal olika förslag som skulle kunna skapa förutsättningar i att attrahera fler alternativa utförare till att ansöka om att ingå i Hälsoval, primärvård.

Regionstyrelsens beslutade den 17 december 2019 om nedanstående:

att ge Regiondirektören i uppdrag att ytterligare utreda följande förslag:

- Läkaransvar för särskilda boendeformer (SÄBO) läggs utanför grunduppdragen i Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval primärvård.
- Barnmorskemottagningar/mödrahälsovård (MHV) läggs utanför grunduppdragen i Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval primärvård.
- Barnhälsovården (BHV) läggs utanför grunduppdragen i Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval primärvård.
- Ta fram förslag på ersättningsmodell som kan stimulera till ökad digital kontakt/tillgänglighet.
- Utreda och ta fram förslag som stimulerar och främjar ökad kontinuitet för patienterna, samt

att uppdraget ska återrapporteras till Regionstyrelsen senast under april.

Arbetsmodell

Utredningsuppdraget från Regionstyrelsen har delats upp i 3 olika utredningar;

1. Utredning om att Barnmorskemottagningar/mödrahälsovård (MHV) och

Postadress
Region Örebro län
Regionkansliet
Box 1613, 701 16 Örebro
E-post: regionen@regionorebrolan.se

Besöksadress
Eklundavägen 2, Örebro
Tel: 019-602 70 00
Fax: 019-602 70 08

Barnhälsovården (BHV) läggs utanför grunduppgifterna i Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval primärvård.

2. Utredning om att Läkaransvar för särskilda boendeformer (SÄBO) läggs utanför grunduppgifterna i Krav- och kvalitetsboken för Hälsoval primärvård.

3. Utredning om att ta fram förslag på ersättningsmodell som kan stimulera till ökad digital kontakt/tillgänglighet samt förslag som stimulerar och främjar ökad kontinuitet för patienterna.

Processägare för ovanstående utredningsuppdrag är Karolina Stridh och processledare är Tommy Larserö.

Utredningsgruppen har inhämtat kunskap kring de tre olika verksamhetsområdena men också lyssnat av, haft dialoger, bildat olika arbetsgrupper med representanter från verksamhetschefer både från regionen och privata utförare, fackliga företrädare, sakkunniga på lokal, regional och nationell nivå samt intervjuat personal som arbetar i den direkta verksamheten. Möten har även genomförts med kommunala verksamhetsansvariga.

Utifrån detta arbete har utredningsgruppen utrett de tre olika utredningsområdena. Flera sakkunniga har anlitats i skrivarbetet för att kvalitetssäkra dokumentets saklighet.

Detta dokument omfattar utredningsuppdraget nummer 3 - ta fram förslag som stimulerar till ökad digital kontakt och främjar ökad kontinuitet för patienterna.

Arbetet med att utreda hur ersättningsmodellen kan förändras för att stimulera ökad digital kontakt har varit koncentrerad på – sammanställning av nu pågående IT-projekt på vårdcentralerna, vilken teknik/infrastruktur som finns och vad vårdcentralerna själva kan ta initiativ till samt vilka styrningsmekanismer som på ett bra sätt kan stimulera chefer och personal till att utveckla den digitala tekniken för att öka tillgängligheten samt vilka möjligheter som ersättningsmodellen kan bidra med.

Arbetet med kontinuitetsfrågan har delats upp i två delar. Dels studera vad betyder kontinuitet och dels hur kan man mäta och följa upp kontinuitet i primärvården. I detta arbete har även frågan om hur man kan förbättra kontinuiteten för patienterna diskuterats men utredningsgruppen har bedömt att denna fråga ska hanteras av respektive vårdgivare/vårdcentral.

Ersättningen och e-hälsan – rapport från Studieförbundet Näringsliv och samhälle, 2019.

Studieförbundet Näringsliv och samhälle har under 2019 tagit fram en rapport kring olika ersättningssystem och hur de påverkar styrningen av organisationen, produktivitet och innovationskraft.

Nedan sammanfattas olika delar från rapporten.

E-hälsolösningar lyfts ofta fram som ett sätt att öka effektiviteten och möta de utmaningar vården står inför. Hur vårdgivare ersätts har betydelse för i vilken utsträckning nya lösningar och innovationer implementeras. I rapporten kartlägger Peter Lindgren, vd för Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) och adjungerad professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet, vilka ersättningsmodeller som används i Sveriges regioner i dag.

Det finns fem grundtyper av ersättningsmodeller som används för att ersätta vårdgivare, ofta i kombination:

1. Vid anslagsfinansiering anslås ett fixt belopp som ska täcka en specifik verksamhet.
2. Kapitationsersättning innebär att vårdgivaren ersätts baserat på hur många patienter denne ansvarar för.
3. Vid produktgruppsbaserad ersättning får vårdgivaren ett i förväg bestämt belopp för en grupp aktiviteter, till exempel en vårdkedja (vårdepisodersättning) eller alla insatser under en sjukhusinläggning (diagnosrelaterade grupper, DRG).
4. Med åtgärdsbaserad ersättning får vårdgivaren betalt i efterhand för varje enskild åtgärd som utförts.
5. Ersättningen kan kompletteras med målrelaterad ersättning där vårdgivaren får bonus eller viten utifrån i förväg uppsatta indikatorer.

Mindre styrande modeller öppnar för nya lösningar. Ersättningsformer som ersätter ett paket av åtgärder, antingen en vårdkedja eller under en tidsperiod, ger generellt bättre förutsättningar för innovationer eftersom de inte detaljstyr vårdgivaren till specifika aktiviteter. De ger också incitament att bedriva vården så resurseffektivt som möjligt. Som exempel är kapitation i primärvården förmodligen bra för att främja digitala besök medan besöksersättning kräver noggrann konstruktion för att inte skapa oönskade undanträngningseffekter. Det är i det senare fallet viktigt att bedöma vårdcentralernas marginalkostnad per besök; om ersättningen för alternativa kontaktvägar är låg jämfört med den för fysiska besök, riskerar man från vårdgivarens sida att föredra fysiska besök.

En av slutsatserna i den tidigare rapporten från 2014 var att det inte finns några neutrala ersättningsmodeller. De har alltid effekter, avsiktliga eller oavsiktliga. Om vi har som mål att möjliggöra, alternativt stimulera, införandet av digitala lösningar i mötet mellan vårdgivare och patient, vilken modell är då att föredra? Den analys som gjorts här ger vid handen att de ersättningsformer som ersätter ett paket av åtgärder, antingen en vårdkedja eller under en tidsperiod, ger bättre förutsättningar för användandet av nya lösningar generellt sett eftersom de inte detaljstyr vårdgivaren till vissa aktiviteter. De har dessutom fördelen att de ger incitament att bedriva vården så resurseffektivt som möjligt. Som exempel är kapitation i primärvården förmodligen bra för att främja möjlighet till digitala besök medan besöksersättning kräver en noggrann konstruktion för att inte skapa oönskade undanträngningseffekter. Detta resonemang är egentligen inte unikt för lösningar just inom e-hälsa utan kan appliceras på innovationer inom sjukvården generellt.

Hur kan ersättningsmodellen stimulera till ökad digital kontakt?

Grundläggande för ersättningsystemet är att det är uppbyggt på ett sätt som inte motverkar en ökad digitalisering (tex genom att ha en hög andel besöksersättning för fysiska besök, som man då missar om man hjälper patienten via chatt funktion eller ett digitalt besök). Regions Örebro läns ersättningsmodell för Hälsoval bedöms som bra ur denna aspekt eftersom den har en hög andel (85-90%) kapitationsersättning som ger vårdcentralerna stort utrymme till digitala arbetssätt som både är attraktiva för patienterna och samtidigt blir effektiva i verksamheten.

Från 1 januari 2020 gjordes ett tillägg i vår ersättningsmodell genom att ett digitalt besök via video ersätts med samma belopp som ett fysiskt besök om det digitala besöket ersätter ett fysiskt besök.

Vår bedömning är att den ersättningsmodell som vi har i nuläget är bra, rättvis och enkel vilket också är viktigt för att möjliggöra för vårdcentralerna att digitaliseras utan att de förlorar ekonomiskt på detta

Om man önskar ytterligare stimulera ekonomiskt finns det möjlighet att göra det via ersättningsmodellen

Nedan redovisas två olika ersättningsmöjligheter som kan stimulera till ökad digital kontakt/tillgänglighet;

1. Det enklaste sättet att stimulera är att ge projektbidrag för att utarbeta nya rutiner och arbetssätt. Projektbidraget kan beräknas på t ex antal listade på vårdcentralen. Medlen ska vara tidsbegränsade och leda till att vårdcentralen genomför de åtgärder som man kommer överens om i projektet. Medlen betalas ut efter överenskommelse mellan vårdcentralen och hälsovalsenheten.
2. Ett annat sätt är att ge någon form av målrelaterad ersättning. Då får ett måttal tas fram för att mäta om vårdcentralen uppfyller målet.

Vad är det för digital teknik som är möjlig för vårdcentralen att använda?

Utvecklingen av digital teknik går fort och är under utveckling. De möjligheter och förutsättningar som är aktuella att användas av vårdcentraler i dagsläget är:

- Olika e-tjänster via 1177 e-hälsotjänster t.ex. förnya recept, boka tid, av/omboka tid (webtidbok)
- Distansbesök, besök via video

Digitalt språng med Corona.

COVID 19 Corona viruset har bidraget till att efterfrågan av digitala kontaktsätt snabbt förändrats sista två månaderna. Patienterna vill nu få mer kontakt och stöd med vårdcentralen på annat sätt än via fysiskt besök. Detta har inneburit att olika IT-projekt har ”skalats upp” för att kunna tillgodose den förändrade efterfrågan.

Nedan beskrivs några exempel på IT-projekt som Digitaliseringsstaben tillsammans med vårdcentralverksamheten testat;

Vårdcentralernas digitala mottagning – pilotprojekt.

Här erbjuds invånare digitala vårdmöten för utvalda besöksområden inom första linjens sjukvård. Syftet är att möta invånarens behov av en snabb och enkel kontakt med primärvården. Här kan man möta bl.a sjuksköterskor, psykologer och läkare. Den digitala mottagningen får fina betyg i utvärderingar från både patient och vårdgivare. Tekniken fungerar väl, och de resurser som jobbar i digitala mottagningen är nöjda och vill fortsätta med sitt uppdrag.

Uppfattningen från läkarna är att de till stor del kunnat hjälpa patientens med dennes besvär genom det digitala besöket.

Tjänsten ger en ökad tillgänglighet, och upplevs som smidig och enkel av invånarna. Tjänsten skapar insikter och erfarenheter av digitala vårdmöten i vården, minskar smittorisken i väntrummen (t ex besöksorsak sjukintyg) samt ger nya rekryteringsmöjligheter utifrån möjligheten till distansarbete.

Med anledning av coronaviruset förbereder nu Region Örebro län för att kunna erbjuda ännu fler tider och därmed kunna ta emot fler patienter digitalt.

Videomöte med patienten.

Invånare erbjuds att möta vårdpersonal via video. Ett projekt syftar bl.a till att ersätta fysiska återbesök ett annat projekt att ersätta fysiska nybesök på den vårdcentral man är listad.

Sussa samverkan – Framtidens vårdinformationsstöd, FVIS.

Inom ramen för Sussa samverkan utformas ett nytt gemensamt vårdinformationsstöd (FVIS). FVIS samlar dokumentation kring patienten på ett ställe och ska göra det enklare för personal att få en helhetsbild av patienten. Samtidigt blir det lättare för patienterna att följa och medverka i sin vård.

Första linjens digitala vård.

Första linjens vård i form av digitala självservicejänster och nya digitala kanaler för att nå olika vårdkompetenser bedöms kunna ha en ännu mer central roll för att vägleda breda patientströmmar rätt från början, både för att nå högre patientsäkerhet och resurseffektivitet. Den första kontakten med vården, som kan vara per telefon eller på webben, ska leda till egenvårdsråd eller vägledning till rätt vårdnivå.

Information ska följa invånaren genom hela vårdförloppet, oavsett verksamhet och vilket vårdssystem som används. Automatisering och artificiell intelligens kan komma att spela en viktig roll

Självincheckning.

Det här projektet är riktat mot de enheter som använder journalsystemet NCS Cross (primärvård/habilitering) och som är i behov av en eller flera självincheckningsterminaler på sina mottagningar. En pilot genomförs sedan i oktober förra året på Freja VC, Varberga VC och Lindesbergs VC. Nu planeras ett breddinförande. Syftet är att förbättra flödena på mottagningarna, minska köer i receptionerna och inte minst avlasta personalen och frigöra tid till andra arbetsuppgifter. Kort sagt så har de patienter som har en bokad tid möjligheten att checka in istället för att anmäla sin ankomst i receptionen.

Stöd och behandlingsplattform.

Internetbehandling och utbildningsprogram i olika former.

T.ex. internetbehandling för depression har funnits länge. Föräldrautbildning startade 2020. Tobaksavvänjning, planerad hösten 2020 och flera andra diagnoser planeras kunna få stöd via internet t.ex. övervikt, astma, artros, smärta.

Förslag

Det är många drivkrafter som just nu finns för att främja och förbättra medborgares möjligheter till kontakt/tillgänglighet med vårdcentralen med hjälp av digital teknik.

Ersättningsmodellen:

Regions Örebro läns ersättningsmodell för Hälsoval bedöms som bra ur denna aspekt eftersom den har en hög andel (85-90%) kapitationsersättning som ger vårdcentralerna stort utrymme till digitala arbetssätt som både är attraktiva för patienterna och samtidigt blir effektiva i verksamheten. Det är en hög andel av ersättningen som inte är öronmärkt vilket bidrar och främjar kreativitet och utvecklingsinriktning hos vårdgivaren.

Många planerade projekt:

Digitaliseringsstaben tillsammans med vårdcentralerna har en rad olika projekt där ny teknik testas för att förbättra patienters möjlighet till kontakt med vårdcentralen.

Corona pandemi:

Covid 19 viruset och alla dess konsekvenser har medfört att medborgare på ett helt annat sätt än tidigare vill använda digital teknik istället för fysiska besök för att få kontakt och stöd från hälso- och sjukvården. Denna tydliga ökade efterfrågan kommer ställa krav på vårdgivaren att förändra sitt arbetssätt.

Utifrån ovanstående bedömer utredningsgruppen att ovanstående kommer innebära att många olika aktiviteter kommer genomföras för att öka och förbättra digitala kontakter och att inga ytterligare förslag på aktiviteter är relevanta att föreslå i nuläget.

Kontinuitet i vården.

Göran Stiernstedts utredning ”Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet”, SOU 2019:42 lyfter fram att person/relationskontinuitet är den faktor som patienterna tycker är viktigaste vad gäller av att ha förtroende för primärvård.

Utdrag från SOU 2019:42. ”Samordning och kontinuitet är en av den svenska hälso- och sjukvårdens verkliga akilleshälar i en internationell jämförelse (SOU 2016:2). Med kontinuitet avses här i första hand relationell kontinuitet, dvs. att patienten får träffa samma person. Det är också utgångspunkten i lagstiftningen, som bl.a. anger att patienten ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. En uppföljning av effekterna av patient lagen visar att andelen med fast läkarkontakt i primärvården minskade från 42 procent 2014 till 39 procent 2016. Det råder också mycket stora skillnader mellan regionerna när det gäller tillgången till kontinuitet, vilket bekräftas av både patienter och primärvårdsläkare

Det finns socioekonomiska skillnader när det gäller förekomsten av en fast läkarkontakt. För patienter med vissa kända vårdbehov är det vanligare att höginkomsttagare har en fast läkarkontakt än patienter med lägre inkomst. För övriga patienter är det mindre vanligt för låginkomsttagare att ha en fast läkarkontakt jämfört med patienter med en medelinkomst. När det gäller olika utbildningsnivåer finns däremot inga skillnader I undersökningen hälso- och sjukvårdsbarometern ställs bl.a. frågan om faktorer som skulle öka förtroendet för hälso-/vårdcentraler. Den faktor som flest anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång. Andra relativt vanliga faktorer som skulle ge ett högre förtroende är att ha personal som lyssnar och tar patienten på allvar respektive kortare väntetider.

Inspektionen för vård och omsorg har inom ramen för tillsynen hämtat in synpunkter från patienter på vårdcentraler och konstaterar att de vanligaste negativa synpunkterna handlar om att patienter får olika läkare vid sina besök, att det saknas läkare eller att det kan vara svårt att byta läkare om man inte är nöjd med den som man har.

Kontinuitet behöver genomsyra styrning och organisering av vården, vilket bl.a. ökar patientsäkerhet och effektivitet. Kontinuitet ökar dessutom invånarnas förtroende för vården.

En utredning föreslår utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.”

Två aktörer skrev bland annat nedanstående kring kontinuitet som remiss svar på utredningen Digifysiskt vårdval, SOU 2019:42.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR):

”Kontinuitet är viktigt för många människor och dagens valfrihet medger redan, rent teoretiskt, detta om patienten vill. Det som behövs är istället ofta bättre

förutsättningar för reell kontinuitet (bättre tillgänglighet, förbättrade möjligheter till informationsöverföring, bättre arbetsmiljö, effektivare arbetssätt o.s.v.). Värdet av kontinuitet beror inte heller bara på möjlighet att möta samma person (t.ex. läkare) kontinuerligt utan centralt är även patientens upplevelse av tillgängligheten och bemötandet samt hur väl patienten erbjuds vara delaktig och självständig. Det är snarare dessa frågor som, enligt SKR, behöver adresseras mer istället för en teoretiskt reglerad personkontinuitet.”

Tre nätläkarföretag skrev så här i ett gemensamt remissvar på samma utredning: KRY, Min Doktor och Doktor.se ”avstyrker förslaget om att patienter måste knytas till namngiven läkare. Kontinuitet är viktigt, dock bör man ställa sig frågan om kontinuiteten i samtliga fall måste vara knuten till en fysisk plats eller en specifik läkare eller om det viktigaste i frågan om kontinuitet handlar om informationens kontinuitet. Om patienter i individuella fall önskar knytas till namngiven enskild klinik bör det vara individuellt behovsprövat för att undvika undanträngningseffekter. Med nuvarande och förmodad framtida kompetensförsörjning kommer det inte vara möjligt för alla invånare att ha namngiven fast läkare. Vad som i högre utsträckning skulle främja kontinuitet är att jobba med förbättringar av infrastruktur som bidrar till informationskontinuitet, där patientens information sömlöst följer patienten genom vårdresan.

Olika perspektiv och definitioner på kontinuitet

Hannes Kohnke, doktorand vid Lunds universitet har i sin forskning bland annat definierat kontinuitet enligt nedan:

***Kontinuitet** - fortlöpande sammanhang eller oavbruten följd*

***Diskontinuitet** – avbrott, uppehåll, stopp, paus eller störning*

Kontinuitet kan användas utifrån flera olika perspektiv i vården:

Informativ kontinuitet syftar på att från vårdgivarens perspektiv beskriva lättillgängligheten av patientuppgifter av hälsorelaterad- och social karaktär samt information angående patientens tidigare vårdkontakter

Handläggnings kontinuitet syftar på en konsekvent och sammanhängande tillvägagångssätt av hälsorelaterade besvär

Relationell/person kontinuitet beskriver den faktiska relationen mellan vårdtagare och vårdgivare, och innebär att förtroende, kunskap och samförståelse kan utvecklas

Mäta och följa upp kontinuitet

Praktikertjänst och Capio mäter kontinuitet dvs på läkare utifrån av de patienter som haft minst tre besök under vald tidsperiod (ex 1 år som PTJ och Capio) hur många av dessa har haft minst två av de tre besöken hos samma läkare.

Praktikertjänst vill stimulera mottagningar i intervallet 50-70% kontinuitet. T ex genom 1 % högre kapiteringsersättning per ökad procentuell nivå i ovan intervall. Bör

undvika gå högre i kontinuitet apropå ansvar för utbildningsläkare, fortbildning, semester, sidouppdrag etc.

Region Örebro län följer för närvarande inte upp några kontinuitets mått.

Förslag på aktiviteter som kan stimulera och främja ökad kontinuitet för patienterna.

1. Genom att följa upp ett antal kontinuitets mått stimulerar det verksamheten till att vilja uppnå målen/måtten.

Förslag på mått som skulle kunna börja tillämpas från år 2021.

- **Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom, Läkare**
Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom, Sjuksköterska
Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom, Fysioterapeut

Mått: Kontinuitet för läkarbesök i för patienter med kronisk sjukdom (Hjärtsvikt, Kranskärlsjukdom, Hypertoni, TIA/Stroke, KOL, Diabetes, Demens, Förmaksflimmer, Depression, Ångest, Astma, Artros, Hypertoni, Schizofreni, RA, Psoriasis, MS, Osteoporos, Parkinson, Fetma, Alkoholberoende, Bensår) de senaste 18 månaderna

Kontinuitetsindex- Continuity of Care index (COC) COC beräknas på pat som de senaste 5 åren haft någon av de angivna diagnoserna och som gjort minst 3 hos den aktuella yrkesgruppen besök de senaste 18 månaderna..

- **Andel patienter som fått återbesök eller hembesök vid kronisk sjukdom**
Mått: Andel patienter med kronisk sjukdom som fått hembesök eller varit på återbesök hos läkare eller sjuksköterska de senaste 18 månaderna

Denna indikator ger en sammanlagd bild av hur patienter med kronisk sjukdom prioriteras. Patienter med kronisk sjukdom som får regelbundna återbesök mår bättre. De har mindre symtom och söker mindre ofta på akutmottagningar. Ett enkelt sätt att få till stånd dessa regelbundna kontroller är att kalla patienterna till sina återbesök.