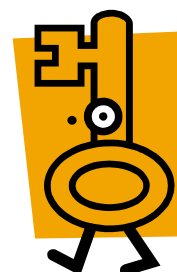


Nyckeltal för jämförelser av vårdcentraler

- delrapport, etapp 1



JANUARI 2005

	Sida:
Sammanfattning	3
1 BAKGRUND	5
2 BEGREPP OCH BESKRIVNINGAR	6
2.1 Vårdcentral	6
2.2 Privata allmänläkare	6
2.3 Nyckeltal	7
3 NULÄGE	8
3.1 Olika metoder och försök att beskriva prestationer i primärvård	8
3.2 Nyckeltalskomponenter, offentligt drivna vårdcentraler	9
3.2.1 Prestationer	10
3.2.2 Kostnader	13
3.2.3 Personal	14
3.2.4 Konklusion	14
3.3 Nyckeltalskomponenter, privat drivna vårdcentraler	15
3.4 Nyckeltalskomponenter, privata allmänläkare	16
3.5 Jämförelser mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler	16
3.6 Viktning av besök	17
3.7 Effekttal; kvalitetstal	17
4 ÖVERVÄGANDEN	17
4.1 Förutsättningar för jämförelser av vårdcentraler	18
4.2 Exempel på nyckeltal vid mätning av produktivitet	18
4.3 Redovisning av enkät och gruppering av vårdcentraler	19
4.4 Mätpunkter, mätverktyg, mättpunkter och redovisningstillfällen 2005	21
4.4.1 Mätpunkter	21
4.4.2 Mätverktyg	21
4.4.3 Mätpunkter och redovisningstillfällen	21
5 FÖRSLAG TILL FORTSATT ARBETE	22
5.1 Etapp 2	22
5.2 Etapp 3.	23
Bilaga 1 Uppdragshandling	
Bilaga 2 Namn och identitetsnummer i Vega – alla enheter från stickprov, april 2004	
Bilaga 3 Antal invånare i upptagningsområde/antal listade patienter för vårdcentralerna i respektive förvaltningsområde, uttryckt i medelvärde och genomsnittlig avvikelse från detta medelvärde (s) (CV).	

Sammanfattning

I *Budget 2005 med flerårsplaner 2006-2007* har hälso- och sjukvårdsutskottet fått uppdraget att ”under hösten 2004 arbeta fram nyckeltal/mätetal för att under 2005 kunna genomföra systematiska jämförelser av vårdcentraler”. En arbetsgrupp med representanter från primärvården och analysenheten vid regionkansliet har arbetat med frågan under hösten 2004. Arbetsgruppen har valt att vidga uppdraget till att även omfatta privata allmänläkare med avtalad ersättning eller ersättning enligt statlig taxa.

Gruppen bedömer att arbetet behöver delas in i tre etapper. Föreliggande rapport redovisar den första etappen med mål att:

- kartlägga förutsättningarna för att göra systematiska jämförelser mellan vårdcentraler i Västra Götalandsregionen
- ta fram exempel på praktiskt användbara nyckeltal som gör det enklare att jämföra vårdcentralers produktivitet
- exemplifiera hur regionens vårdcentraler kan grupperas på basis av verksamhetsinnehåll
- förorda mätverktyg, mätpunkter, mättidpunkter och redovisningstillfällen för år 2005

Arbetsgruppen konstaterar att en större enhetlighet uppnåtts i redovisningen av prestationer, kostnader och personalresurser sedan regionen bildades. Därmed finns redan förutsättningar för att ta fram nyckeltal som medger systematiska jämförelser av regionens vårdcentraler. De nyckeltal som är enklast att ta fram är främst sådana som medger bedömning av produktivitet. I ett första steg är det nödvändigt att skapa jämförelsetal som bygger på ett begränsat antal komponenter. Efterhand som dessa kvalitetsåtgärder kan flera komponenter tas i anspråk.

För närvarande finns en hel del praktiska svårigheter kring arbetet med att ta fram nyckeltal. I vårddatabasen VEGA – där prestationerna kan fångas – är inte enhetsnumreringen av sådant slag att den alltid ger vägledning om vårdcentralstillhörighet. Enhetsredovisningen i ekonomisystemen och i det personaladministrativa systemet Palett stämmer ofta inte överens med prestationsredovisningen i VEGA. Med andra ord: passformen – matchningen – mellan prestationsdata å ena sidan och kostnadsdata respektive personaldata å andra sidan är mer eller mindre god.

Matchningar är dock möjliga. Men för att nyckeltal skall kunna redovisas under 2005 fordras ett betydande utvecklingsarbete. Ett sådant arbete ryms inte helt och hållet inom ramen för det ordinarie arbetet, det fordrar särskilda resurser. En eller flera personer med goda kunskaper om primärvården, registerhantering och IT-frågor måste under våren 2005 gå igenom VEGA, de ekonomiska systemen och Palett för att identifiera den nivå på vilken respektive vårdcentral skall jämföras. Det handlar om att avgöra vilka delar av prestationsredovisningen som kan matchas mot kostnads- och personalredovisningen.

Detta utvecklingsarbete fordrar också att projektorganisationen anpassas till de nya behoven. Eftersom budgetuppdraget att utveckla nyckeltalen åvilar hälso- och sjukvårdsutskottet, bör ledningen av projektet även fortsättningsvis åvila hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Liksom offentligt drivna vårdcentraler kan de privata vårdcentralernas och de privata allmänläkarnas verksamhet också beskrivas vad gäller prestationer och resurser. Datatekniska problem, skillnader i redovisningsskyldigheter och avtal, gör dock att tillgängliga data för privata vårdgivare i allmänhet har en enklare karaktär. Arbete ägnat att förbättra förutsättningarna för automatiserad datainsamling pågår.

Jämförelser mellan vårdcentraler är inte enkla att utföra om studieobjekten är många. Detta beror framför allt på skillnader i uppdrag men även på tillgång till fria nyttigheter, gränssnitten till andra vårdgivare m.m. För att komma vidare är det nödvändigt att ta fram tillgängliga data, med de brister som kan finnas. Detta för att kunna identifiera och åtgärda hinder som finns för jämförbarhet inom regionen. Ett annat sätt är att dela in vårdcentralerna i grupper med likartat vårdinnehåll och sedan jämföra nyckeltal inom dessa grupper. Ett förslag till sådan gruppering redovisas i rapporten.

Arbetsgruppen konstaterar att en förutsättning för kontinuerlig redovisning av nyckeltal är tillgång till data via datoriserade system. Men under år 2005, och möjligen även under delar av år 2006, måste sannolikt vissa data rörande prestationer vid mödra- och barnavårdscentraler samt ungdomsmottagningar tas in manuellt. Vad gäller privata vårdgivares prestationer måste uppgifter hämtas från respektive hälso- och sjukvårdskansli.

Etapp två i projektet blir en implementeringsfas med en första redovisning av nyckeltal i skarpt läge. En första redovisning av produktivitetstal till HSU föreslås ske hösten 2005.

Under etapp tre – som beräknas starta år 2006 – är målet att försöka att dra lärdom av de erfarenheter som gjorts. Och att komma fram till gemensamma kvalitetsmål för primärvården i avsikt att ta fram nyckeltal i form av kvalitetstal.

1 BAKGRUND

I *Budget 2005 med flerårsplaner 2006-2007* fastslås att ”Behovet av primärvård måste tillgodoses i hela regionen. Den kan se olika ut och vara olika dimensionerad efter lokala förutsättningar och övrigt vårdutbud i närområdet.”

Av budgeten framgår också att Hälso- och sjukvårdsutskottet ges uppdrag att ”under hösten 2004 arbeta fram nyckeltal/mätetal för att under 2005 kunna genomföra systematiska jämförelser av vårdcentraler”.

Med anledning härav tillsatte hälso- och sjukvårdsdirektören 2004 10 26 en arbetsgrupp bestående av Staffan Björck, Calle Blomberg, Elisabet Elofsson, Bengt Kron (ordf.), Anders Lindgren (sekr.), Daniel Pollack och Karin Rignér. Detta med uppdrag att utarbeta förslag till nyckeltal/mätetal, praktiskt användbara under 2005 och enkla att kommunicera. Under arbetets gång har Lars Björkman anlitats i egenskap av särskilt sakkunnig.

Som ett led i uppdraget ingick att:

- ta fram mätobjekt för resurser (kostnader, personal) och prestationer (olika typer av vårdkontakter m.m.)
- undersöka om jämförbarheten ökar om regionens vårdcentraler delas in i grupper utifrån uppdrag och den vård som bedrivs
- beskriva möjligheter att redovisa medicinska kvalitetsmått
- ta ställning till om det är av värde - och möjligt - att väga samman vissa mätobjekt, i syfte att redovisa summerade mätvärden.
- ta ställning till vilka typer av jämförelsetal som bör redovisas.
- utarbeta en plan för framtagandet av aktuella mätvärden, under förutsättning att förslaget realiseraras.

Se vidare bifogad uppdragshandling, bilaga 1.

I ett tidigt skede fann arbetsgruppen att uppdragets natur motiverar att engagemanget sträcker längre än den stipulerade uppdragstiden. Denna slutsats ledde fram till att arbetet bör delas upp i tre faser. Detta i syfte att säkra kvalitet, implementering och hållbara märutiner. Följer gör att föreliggande rapport är en delrapport, den sammanfattar de erfarenheter och slutsatser som gjorts under den första av de tre faserna.

Framhållas bör också att arbetsgruppen funnit för gott att vidga uppdraget till att även omfatta enskilda allmänläkarmottagningar. Ambitionen är med andra ord att även föreslå nyckeltal som möjliggör att verksamheter av denna typ kan speglas och bli föremål för inbördes jämförelser.

2 BEGREPP OCH BESKRIVNINGAR

2.1 Vårdcentral

Begreppet vårdcentral betecknade till en början en byggnad som inrymmer olika aktörer av olika organisatorisk hemvist (primärvård, specialistvård, primärkommun, apotek, försäkringskassa etc.) som tillhandahåller vård eller annan service. Under senare år har begreppet fått betyda lite olika saker. Det har alltmer kommit att uppfattas som en organisatorisk beteckning, som en beteckning för en sammanhållen och relativt entydig primärvårdsenhet.

Men vid närmare betraktande visar det sig snart att vårdcentralsbegreppet inte är alls så etablerat och starkt som det kanske kan förefalla. T.ex. råder det mycket delade meningar inom primärvårdorganisationen kring huruvida mödravårdscentralen (MVC) ska ses som en vårdcentraldel eller som en självständig primärvårdsenhet. Frågetecken sätts ibland också inför sjukgymnastik och arbetsterapi. De som ej förfogar över sådana resurser hävdar ofta att dessa två funktioner inte ingår i grundkonceptet. Medan de som har sjukgymnastik och arbetsterapi tenderar att betrakta dem som naturliga beståndsdelar i primärvården.

Vårdcentralsbegreppets utveckling är svår att förklara. Verkligheten har knappast förändrats i någon större omfattning de senaste 10–15 åren. Fortfarande rymmer en vårdcentral (läs byggnad) ofta verksamheter med olika huvudmän. Och fortfarande gäller att utbudet varierar beroende på en rad olika omständigheter. Ibland kan huvudmannskapet vara delat. Det kan till och med vara beroende av vilken personell resurs som för tillfället tas i anspråk. Då en allmänläkare eller en specialistläkare tar emot patienter vid MVC eller BVC (Barnvårdscentralen) är det primärvård i båda fallen. Men då specialistläkaren har barnmedicinsk mottagning registreras det som specialistvård, fast verksamheten ingår i primärvårdens organisation.

Därmed inte sagt att ingenting hänt med vårdcentralerna. Förändrats har t.ex. driftformerna. Privata utförare är inte längre unikt. Vissa av dem är enskilt lokaliserade, andra ryms i en vårdcentralbyggnad där övriga mottagningar drivs i offentlig regi, och ytterligare andra ingår som en del i ett samlat privat vårdåtagande som inbegriper flera olika typer av mottagningar.

I denna rapport menas med vårdcentral en primärvårdverksamhet som innehåller minst läkarmottagning och distriktssköterskemottagning, där funktionerna är samlokaliserade och driftmässigt samordnade. Definitionen medger att en verksamhet till del fullgörs i andra lokaler än de gemensamma (i enskilt hem, i särskilt boende). I de fall en vårdcentral har en filial på annan ort, betraktas filialen som ingående i modercentralen.

Med ”privat vårdcentral” menas offentligt finansierad vårdcentral som drivs och samordnas i privat regi.

2.2 Privata allmänläkare

Med privat allmänläkare avses läkare verksam inom specialiteten allmänmedicin.

De privata allmänläkarna i Västra Götaland brukar indelas i tre grupper: ”*Taxe-läkare*” (c:a 60 st), ”*avtalsläkare*” (80–90 st) och ”*privat-privata läkare*” (okänt antal).

”*Taxe-läkare*” är en grupp läkare som ersätts enligt statligt fastställt taxa. Vanligen skiljer man på läkare med gammal etablering och läkare med samverkansavtal – givet lag om läkarvårdsersättning. Den förra kategorin uppbär besöksersättning till dess vederbörande uppnått en ålder om 70 år och den senare kategorin finansieras vanligen på basis av femårsavtal. *Taxe-läkarna* verkar förhållandevis fritt vad gäller tider och besök. Det finns dock ett tak för hur många besök som renderar statlig ersättning – ett maximerat totalbelopp. Etableringarna är personliga, för överlåtelse fordras medgivande av sjukvårdshuvudmannen, d.v.s. regionen. Nya etableringar medges inte längre, varför denna ersättningsform på sikt kommer att försvinna.

”*Avtalsläkare*” är läkare som region har vårdavtal med, totalt c:a 80-90 st. Avtalen innebär att läkarna får ikläda sig olika typer av ansvar som normalt inte tillkommer taxeläkare. Det kan vara ansvar för en specificerad patientmängd, tex. invånarna i ett visst delområde. Det kan också handla om krav på tillgänglighet och kontinuitet; att mottagningen hålls öppen året om och att patienter hänvisas till annan läkare vid semester etc. I gengäld erhåller

avtalsläkarna oftast en högre ersättning än vad taxeläkarna gör. Men även här finns i allmänhet ett tak för hur många besök som ersätts fullt ut.

”Privat-privata läkare” är läkare som inte uppstår någon statlig eller regional ersättning. Det innebär att patienterna får betala en av läkaren självständigt fastställd besöksavgift. Högkostnadssydd i form av frikort gäller ej. Följer gör också att det i princip inte finns något tak för hur många besök en privat-privat allmänläkare kan prestera. Privat-privata läkare kan dock till en del vara beroende av att köpa tjänster från regionen, främst i form av avtal om laboratorieanalyser, röntgenundersökningar m.m.

Regionen strävar efter att överföra så många taxeläkare som möjligt till vårdavtal.

Med privata allmänläkare avses i denna rapport antingen ”taxe-läkare” eller ”avtalsläkare” som verkar under specialiteten allmänmedicin. ”Privat-privata” allmänläkares verksamhet omfattas ej.

2.3 Nyckeltal

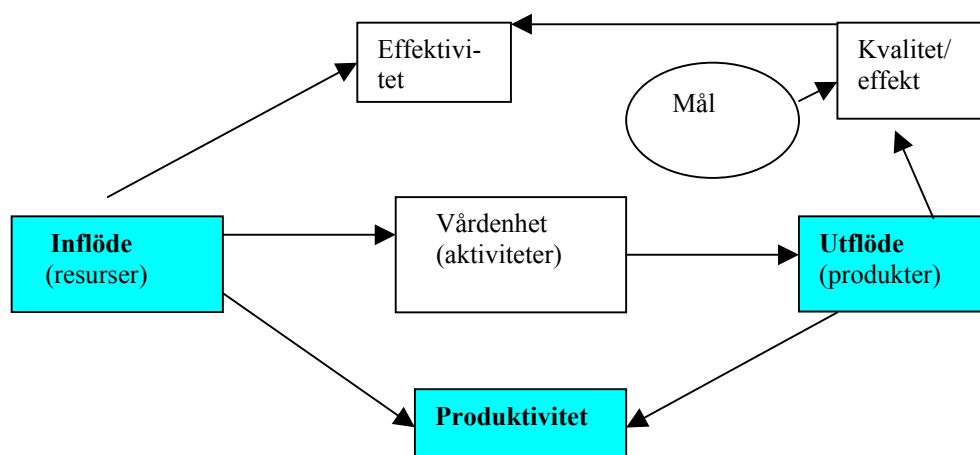
Nyckeltal är ett begrepp som ofta används i syfte att förmedla grundläggande information om sjukvårdsenheters verksamhet. Vissa framhåller att nyckeltal är ”viktiga tal” eller ”centrala mått”, andra slår fast att det är ”jämförelsetal”- sammansatta måtenheter. I detta sammanhang är båda betydelseerna tillämpliga.

Det kan finnas ett mycket stort antal anledningar till jämförelser. Verksamheter kan själva önska jämföra sina resultat i en mängd avseenden. Och ur ett överordnat budgetperspektiv kan det finnas behov av att jämföra verksamheter beträffande resursutnyttjande.

Sett i helhetsperspektiv kan nyckeltal bestå - eller vara sammansatta av data avseende :

- prestationer mot enskilda patienter; vårdkontakter, t.ex. besök
- övriga prestationer, t.ex. samverkan med försäkringskassan, FoU, folkhälsoarbete
- driftkapital; kostnader
- personal – t.ex. volymer, kostnader
- andra personalaspekter – t.ex. sammansättning, frånvaro, anställningsformer m.m.
- andra resurser, t.ex. lokaler
- befolkning – t.ex. ålder, sjuklighet, etnisk tillhörighet etc
- kvalitet och effekter

Med produktivitetstal menas nyckeltal som uttrycker relationen mellan ett utflöde – t.ex. vårdkontakter – och ett inflöde i form av matchande resurser, vanligen kostnader, personal och/eller tid.



3 NULÄGE

3.1 Olika metoder och försök att beskriva prestationer i primärvård

Nyckeltal är inget nytt fenomen inom primärvården. I den regionala uppföljningen av avtalen har de lokala kanslierna egna nyckeltal beroende på vad som anses viktigt lokalt. Så pågår t.ex. en lokal analys av produktivitet inom primärvården Göteborg. Det sker dock ingen samlad regional inhämtning av nyckeltal på vårdcentralsnivå. De centralt anslagna resurserna för sådant arbete har varit begränsade och annat regionalt arbete har måst prioriteras.

Nedan följer exempel på metoder och rapporter/undersökningar avseende mätvärden som är eller kan ligga till grund för nyckeltal.

- *Nationella klassifikationer och Kostnad Per Patient (KPP)*

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en nationell klassifikation av vårdåtgärder som till stora delar bygger på regionens eget BESIS-projekt. KVÅ, som utkom i en första version i december 2004, är en sammanhållen klassifikation över sjukvårdens alla större åtgärder. Den kompletterar en klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ). Med stöd av Landstingsförbundet skall KVÅ under 2005 prövas inom primärvården. KVÅ innebär bl.a. förbättrade möjligheter att använda KPP inom primärvården. Att tillämpa KPP inom primärvården är enligt en rapport från Landstingsförbundet 2003 fullt möjligt.

- *Sekundär patientklassificering*

Sedan början av 1990-talet används DRG för att beskriva och i vissa fall ersätta slutna somatisk sjukhusvård. Regionerna och landstingen har länge efterfrågat ett DRG-liknande system för öppenvården. 2003 startade därför SKOP-projektet med Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne som samarbetspartners. Det syftar till att ta fram en sekundär klassifikation med tillhörande grupperare för i första hand sjukhusens öppenvård. SKOP bygger på KVÅ (se ovan). Eftersom KVÅ troligen även kan användas i primärvården är det möjligt att SKOP kan användas också här. En första version av grupperaren kommer att vara klar i februari 2005.

- *PiP, produktivitet i primärvården*

Det är en metod för produktivitetmätningar inom primärvården utarbetad av Landstingsförbundet. Metoden innehåller en mängd variabler som tillsammans kan ge en god bild av verksamheten på vårdcentralsnivå. Den är inte användbar för regionalt bruk utan ett betydande introduktionsarbete.

- *NYSAM Nyckeltal 2003 Hälso- och sjukvård. Delrapport primärvård*

Inom ramen för NYSAM-samarbetet tar en grupp av landsting fram nyckeltal för sin hälso- och sjukvård. Resultaten redovisas årligen i form av 22 delrapporter. I delrapporten primärvård redovisas främst mätvärden i form av produktivitetstal, men även några effekt-; kvalitetstal (diabetes, astma/KOL, hypertoni, besök /1000 inv.) och resurstal förekommer. Mätvärden redovisas på såväl landstingsnivå, kommun – som vårdcentralsnivå. Ingen av regionens vårdcentraler deltar i NYSAMs jämförelsearbete, men före regionbildningen deltog primärvården i Skaraborg och Älvsborg. Västra Götalandsregionen ingår endast i de översiktliga NYSAM-jämförelserna av vårdkonsumtion.

- *Nyckeldata och basdata för Hälso- och sjukvården*

På uppdrag av regionfullmäktige har under 2004 en rapport tagits fram av ekonomiavdelningen, personalavdelningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen. Målet är att belysa regionens verksamhet ur medborgarperspektiv, ekonomiskt perspektiv, processperspektiv och medarbetarperspektiv. Primärvården betraktas i huvudsak i ett ekonomiskt perspektiv. De nyckeltal som föreslås är avsedda att tillämpas på en högre nivå än vårdcentralsnivån.

- *Utvecklingsarbetet inom Stockholms läns landsting (SLL)*

Stockholms läns landsting har kommit en bra bit på väg vad gäller nyckeltal i olika former. Detta kommer bl.a. till uttryck i *Årsrapport 2003. Medicinskt Program. Arbetet Programområde Kvalitetsutveckling SLL*. Denna redovisar pågående kvalitetsarbete. På primärvårdsnivå följs vårdkvaliteten upp vad gäller astma, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt, hypertoni, kranskärlsjukdom, diabetes och förmaksflimmer. Patientkvaliteten: nöjdheten mäts årligen med en s.k. SLPO-enkät. Dessutom används Vårdbarometer (se nedan). Systemkvalitet mäts bl.a. med täckningsgrad; relationen mellan besök på vårdcentral och besök på sjukhusens akutmottagningar. Även telefontillgänglighetsmätningar utförs.

- *Vårdbarometern*

Vårdbarometern är en rullande intervjuundersökning av svenska folkets inställning till hälso- och sjukvården. Mätningarna startade våren 2000 och genomförs av Landstingsförbundet och flertalet regioner/landsting. Urvalet medger jämförelser på landstingsnivå. Frågorna avser bl.a. vårdcentraler och täcker in kvalitet på befolkningsnivå (tillit till vården), patientupplevd kvalitet (bemötande, omhändertagande) och systemkvalitet (tillgänglighet).

- *Olika typer av enkäter*

Inom Landstingsvärlden förekommer ett flertal olika enkäter för att mäta framförallt vårdens kvalitet. Vad gäller primärvård tillhör nog *KUPP*, *Mini-KUPP* och *EQ-5D* de mer kända enkäterna.

KUPP är en enkät som mäter hur vårdcentralspatienter uppfattar kvaliteten i vården. Den initierades i början av 1990-talet. Detta i syfte att mäta "personalens medicinsk-tekniska kunskaper, vårdmiljöns fysiska och kliniska atmosfär, personalens identitetsorienterade förhållningssätt och vårdmiljöns sociokulturella sfär". *Mini-KUPP* är en förkortad variant av *KUPP*. Den fångar informationsfrågor, uppfattningar om vårdkvalitet, uppnådd smärtlindring, bemötande, läkarnas/sjuksköterskornas engagemang och empati, atmosfär, möjligheter till läkarval, möjligheter att påverka, tillgänglighet, attityd till ett nybesök.

EQ-5D är kortfattat frågeformulär som omfattar fem olika dimensioner av hälsorelaterad livskvalitet – rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärta/besvär samt oro/ängslan. Instrumentet mäter primärt hälsoutvecklingen på befolkningsnivå. Kan användas för indirekt mätning av behandlingsresultat och som underlag för ekonomisk utvärdering av behandlingsinsatser.

- *Primärvården i ett produktivetsperspektiv och Produktivitet inom primärvården*

Två VGR-rapporter som genomförts på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören, ekonomidirektören och personaldirektören. De redovisar och prövar förutsättningarna att jämföra primärvårdens produktivitet i tid och rum. Som ett led i uppdraget presenteras produktivetsdata på driftsområdesnivå för år 2002 och år 2003. En slutsats är att mätvärdena kan användas för att följa utvecklingen över tid. När utfallet för år 2002 jämförs med år 2003 framkommer att primärvårdens produktivitet sjunkit något, mätt i kostnad per besök, personalkostnad per besök och antal besök per närarande årsarbetare. Ytterligare slutsatser är att jämförelser av olika primärvårdsenheters resultat bör ske vårdcentralnivå och att skillnader i åtaganden därvid måste beaktas.

3.2 Nyckeltalskomponenter, offentligt drivna vårdcentraler

Regionens primärvård uppvisar fortfarande skillnader som återspeglar de gamla landstingens traditioner och förutsättningar. Uppdragen skiftar till omfattning och innehåll och utförs inte alltid på samma sätt. Gränssnitten mellan primärkommunala vårdåtaganden och sjukhusens vårdåtaganden skiljer sig ofta åt.

Primärvården Skaraborg skiljer t.ex. ut sig genom en mer omfattande rehabiliteringsverksamhet än övriga områden. Primärvården Södra Bohuslän och primärvården Göteborg har förhållandevis många privata allmänläkare och specialistläkare. Primärvården Södra Älvsborg kännetecknas av att verksamhetsområdena MVC, sjukgymnastik och arbetsterapi i stor utsträckning är självständiga VGR-enheter. Och primärvården Fyrbodal känns igen på en långt driven decentralisering i budget- och beställningsprocessen.

Differentieringen är dock inget som enbart gör sig gällande på driftsområdesnivå. Även på vårdcentralnivå är det lätt att påvisa skillnader mellan olika enheter, oavsett driftsområde. Belysande är att det faller ut 192 olika kate-goribenämningar för primärvårdens personal, då hela Västra Götalandsregionen studeras. (Palett 2001).

Nedan följer genomgång av olika nyckeltalskomponenter med bäring på produktivitetstal.

3.2.1 Prestationer

Med prestationer avses vanligtvis prestationer som utförs mot en enskild patient, eftersom det är den största delen. Men det finns också andra typer av prestationer.

Det viktigaste mätverktyget vad gäller vårdcentralers prestationer är databasen Vega, eftersom den innehåller individbaserade data. Registreringen rörande allmänläkarvård, sjuksköterskevård, kurators- och psykologbesök (i den mån verksamheten sker utanför MVC och BVC) och jourverksamhet (verksamhet utanför ordinarie kontorstid) är tillförlitlig i hela regionen. Registrering rörande sjukgymnastik, arbetsterapi, BVC, MVC och Ungdomsmottagningar (UM) är inte heltäckande. Mätvärden rörande dessa områden måste istället inhämtas via respektive primärvårdskansli. Frango kan inte tas i anspråk, då detta redovisningssystem enbart rymmer BVC-, MVC- och UM-data på högre nivå än vårdcentralnivå.

- **Vega**

I Vega finns uppgifter om varje enskild vårdkontakt med medicinska data i form av diagnoser och åtgärder. Här finns också uppgifter om vårdgivaren, till exempel vilken personalkategori som ger vården, var den givits och vilket medicinskt verksamhetsområde vården tillhör. Det finns således goda förutsättningar att sammanställa data på lämpligt sätt. Det finns även goda förutsättningar att klassificera vårdcentralerna i relevanta grupper utifrån likheter och olikheter.

Arbetsgruppen har undersökt ett stickprov från Vega för april 2004 för att få en uppfattning om den praktiska hanterbarheten. I tabellen nedan visas befintliga *vårdgivarkategorier* under april 2004.

Tabell 1. Registrerade vårdgivarkategorier i Vega, april 2004

Vårdgivarkategori	Antal besök, april 2004
Läkare	104 218
Sjuksköterska m fl	87 089
Sjukgymnast	34 870
Undersköterska m fl	6 142
Arbetsterapeut	5 408
Kurator	3 654
Psykolog	1 617
Fotvårdsspecialist	1 233
Sjukvårdsbiträde	1 083
Saknas	601
Biomedicinsk analytiker	587
Dietist	516
Annan vårdgivare	160

Källa: VEGA

Av tabellen kan utläsas att allmänläkarna och sjuksköterskorna svarar för 77% av alla registrerade besök. Om även sjukgymnasterna och deras besök inkluderas är det 92%.

Nedanstående tabell visar besök inom motsvarande *verksamhetsområden* under april 2004

Tabell 2 Registrerade verksamhetsområden i VEGA under april primärvård, april 2004

<i>Verksamhetsområde:</i>	<i>Antal besök, april 2004:</i>
P010 – Allmänläkarvård	90 592
P015 – Sjuksköterskevård	77 633
561 – Sjukgymnastikverksamhet	36 551
009 – Barnhälsovård	10 651
P050 – Jourläkarverksamhet	8 106
P090 - Övrig primärvård	8 055
564 – Arbetsterapiverksamhet	5 645
003 – Mödrahälsosvård	5 276
P060 - Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)	4 669

Observera att registreringen vad gäller sjukgymnastik, arbetsterapi, övrig primärvård, barn- och mödrahälsovård är ofullständig.

Det finns också en indelning efter *kontakttyp* som visar på vilket sätt vården givits, se Tabell 3.

Tabell 3: Exempel: Registrerade besök uppdelat per kontakttyp i Vega, april 2004

<i>Kontakttyp:</i>	<i>Antal besök, april 2004:</i>
Besök	237 880
Särskilt boende, exkl sjukhus	4 216
Hembesök, exkl sjukhus	2 759
Besök utanför mottagning, exkl sjukhus	1 755
Hemsjukvårdsbesök i patientens bostad motsv	568
Summa	247 178

Tabellen visar att 96% av de registrerade besöken sker på mottagning. Påpekas bör dock att kontakttyperna telefonkontakt och brevkontakt saknas. Detta på grund av osäkerhet om möjligheterna att fånga korrekta mätvärden. Observera att brevkontaktregistreringen för närvarande inte skickas med till VEGA från den offentliga primärvården.

Av intresse är också vilka *vårdenheter* som Vega identifierar under primärvård. Här visar stickprovet att 280 enhetskoder registrerats i databasen. Det stora antalet beror på att en del vårdcentraler är uppdelade på flera olika enheter. Enhetsnumreringen är inte systematisk, det går inte att identifiera vårdcentralstillhörighet på basis av vissa delar i en kod. Identifieringen förutsätter faktisk kunskap om enheternas tillhörighet. Ett litet urval redovisas i tabell 4.

Tabell 4 Exempel på namn och identitetsnummer i VEGA.

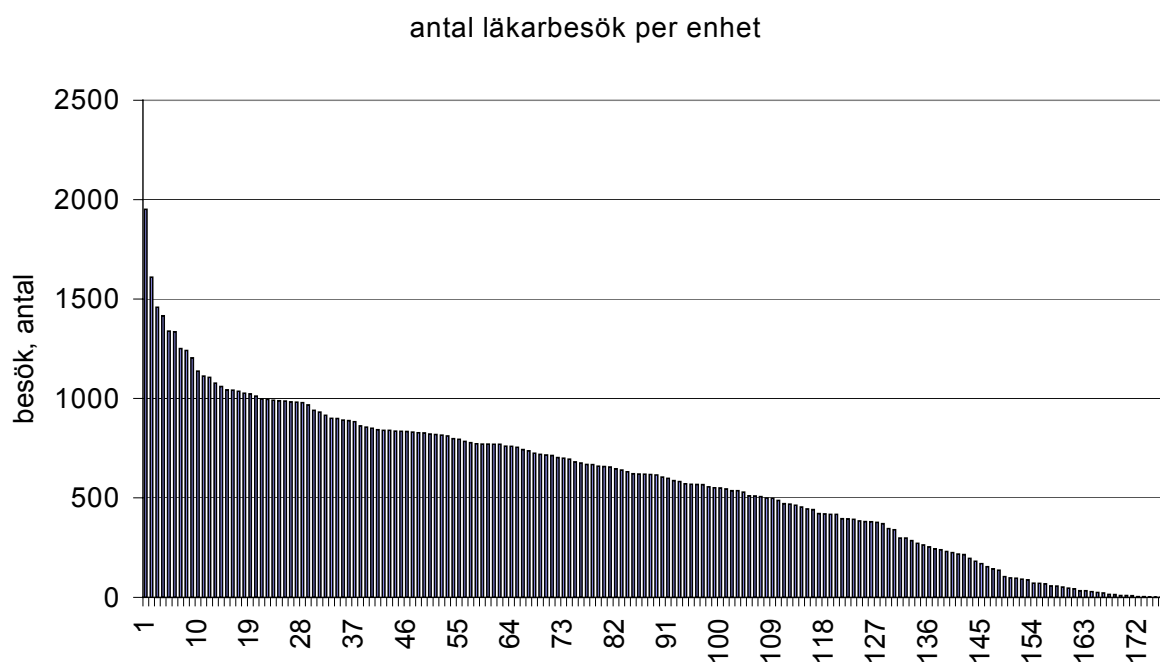
Enhet	ID
Toltorp Dsk	181214
Torpa VC	304125
TORSLANDA DLM	468110
TORSLANDA DSKM	468210
Trandareds VC	302121
Tranemo VC	306124
TUVE DLM	468130
TUVE DSKM	468230
TÖREBODA	501103
Uddevalla Ungdomsmott	28517
Ulricehamn – Stenbocken	306126
Ulricehamn – Ulrica	306127
Ulricehamn Barnmottagning	306811
Ulricehamn Barnpsyk	306128
Ulricehamn gynmottagning	306129
Ulricehamns sjukgymnastik	306133

Ulricehamns VC	306131
VARA	503101
Vårgårda VC	305124
Vargöns VC	304127

Av tabell 4 framgår att vårdcentralen i Vara redovisas som en enhet. Vårdcentralerna Ulricehamn och Stenbocken i Ulricehamn redovisas var för sig, därutöver redovisas den vårdbyggnad som kallas vårdcentrum som omfattar specialistmottagningar, vilka ingår i primärvårdsorganisationen – men inte i vårdcentralerna.

Förteckning över samtliga enheter: se bilaga 2.

Nedanstående diagram omfattar de vårdenheter enligt ovan som har registrerade allmänläkarbesök. Diagrammet ger en uppfattning om storleksfördelningen mellan de organisatoriska enheterna mätt i antal läkarbesök. Störst är vårdenheterna i Stenungsund, Lidköping och Skara.



- **Primärvårdskanslierna och kassaregistrerad data**

Det som utmärker prestationsredovisningen vid MVC, BVC och Ungdomsmottagningarna (UM) är att den huvudsakligen omfattar aggregerade – ej individanknutna – data. Detta i form av summerat antal besök. Nämnas bör också att mätvärdena är beroende av och föremål för en förhållandevis omfattande manuell hantering. Det innebär alltid ökad risk för fel av olika slag. I vissa fall kan det även betyda att mätvärdena justeras för, vid avläsningstillfället, ännu ej registrerad produktion. Detta för att tillgodose krav på snabb budgetuppföljning.

Utvecklingsarbete pågår dock med sikte på att etablera journalbaserad registrering även vid MVC och BVC. MVC implementerar för närvarande ett journalsystem som heter *Obstetrix*, som kommer att införas i hela regionen under 2005. Det kommer att möjliggöra en gemensam journal med länssjukvården och elektronisk överföring av uppgifter till datalagret UPV.db. BVC i regionen kommer under 2005 att börja använda speciella BVC-journalsystem. Men det införs för nyfödda barn successivt, vilket innebär att det kommer att ta sex år innan samtliga BVC-barn omfattas.

Utvecklingen mot helt och hållet journalbaserad prestationsregistrering innebär att Vega kommer att bli ett alltmer komplett mätverktyg. Men i avvaktan på detta gäller att uppgifter om prestationer vid MVC, BVC och UM måste inhämtas vid respektive primärvårdskansli.

3.2.2 Kostnader

Efter regionbildningen har de regionala skillnaderna successivt minskats vad gäller den ekonomiska redovisningen. Det gäller t.ex. s.k. fria nyttigheter som kostnader för laboratorieanalyser och röntgen.

De ekonomisystem (4 st. Rainsance- och 1 st. Horisontenapplikation) som idag lagrar ekonomidata har ingen central åtkomst. Det innebär att det inte är möjligt att på central nivå sammanställa ekonomiuppgifter på samma sätt som kan göras för prestationer i vårddatabasen VEGA. Istället bygger den gemensamma ekonomiska redovisningen på de lokala primärvårdskansliernas uppgifter, vilka i aggregerad form rapporteras till den regionala nivån (Frango). Sjukhusgruppernas ekonomiska redovisning har en motsvarande struktur.

Nedan redovisas exempel på detaljerade identitetsnummer och namn på redovisningsenheter från tre av de lokala primärvårdskanslierna.

Göteborg	Skaraborg	FyrBoDal	
		Ansvar	Beteckning
4611 DISTIKTSLÄKARE	1401 Lab Skara		
461110 DLM LÖVGÅRDET	1402 Vårdcentral Skara	1000	Strömstad Gemensamt
461111 DIABETESSTUDIE	1403 Vårdcentral Vara	1001	Strömstads Vdc
461115 VERKSAMHETSCHEF VCO LÖVGÅRDET	1404 Vårdcentral Nossebro	1002	Strömstad Dagjour
461116 UTBILDNING VCO LÖVGÅRDET	1405 Vårdcentral Grästorp	1003	Strömstad Läkarlöner
461120 DLM ANGERED	1406 Distriktsvård Grästorp	1004	Strömstad Jourpers
461121 DLM ANGERED EU BIDRAG	1407 Vårdcentral Kvänum	1021	Strömstad BMM
461122 DLM ANGERED ARABTALDNE KVINNOR	1411 Primärvårdens med rehab Skara	1026	Strömstad UM
461123 DLM ANGERED ASCOT STUDIE	1412 Priärvårdens med rehab Vara	1029	Strömstad BHV-team
461124 DLM ANGERED ISAM	1413 Primärvård med rehab Nossebro	1030	Strömstad Barn o ungdomsteam
461125 VERKSAMHETSCHEF VCO ANGERED	1414 Primärvård med rehab Grästorp	1051	Strömstad DSG
401 GEMENSAMT PRIMÄRVÅRDEN	1420 Specialistmottagningar Vara	1064	Strömstad Arbetsmiljö
401000 FASTSTÄLLD BUDGET, KOMMUNBIDRAG	1450 Vaktmästeri Vara	1065	Strömstad Arb.miljö DSG
401001 ÖVERTALIGA JOHANNEBERG O ÄPK	1451 Städcentral Vara	1071	Strömstad Städ/vaktm
401002 ÖVERTALIGA LUNDBY	1452 Microfilm Vara	1072	Strömstad Patientkassa
401004 PERSONLIGA TJÄNSTER	1460 Övergr primärvård Grästorp	1075	Strömstad Ljusbehandling
401005 ANSTÄLLDA VISS DEL SS	1461 Grästorpskontoret	1090	Strömstad EU Mål 4

Tabellen visar att ekonomidata redovisas på olika sätt, med skiftande systematik utifrån lokala förutsättningar. För Göteborg överensstämmer i huvudsak den ekonomiska redovisningen med prestationsredovisningen. Så har t.ex. besök till distriktsläkare samma redovisningsnummer som kostnaderna. I prestationsuppföljningen följer samtliga driftområden en av Landstingsförbundet fastställd och av regionen antagen verksamhetsindelning.

Tabellen visar också att vårdcentral inte är ett enhetligt begrepp, då det inte finns någon unik kod som samlar det vi avser att studera – en enskild vårdcentral. Betydelse och innehåll i begreppet vårdcentral skiftar mellan regionens olika delar.

I vissa fall föreligger ett starkt decentraliserat budgetansvar. Det har ofta lett till förbättrad kostnadskontroll, ökad frihet och större självständighet på lokal nivå. Men det har också inneburit risk för suboptimeringar, sämre överblick och uteblivna samordningsvinster. Riskerna förefaller dock vara hanterbara. Överblick och samordning kan mycket väl förenas med ett utpräglat lokalt ekonomiskt ansvar.

Det är också angeläget att beakta kostnadsskillnader knutna till lokaliteter. Vårdcentralernas snittkostnader för lokalhyror varierar t.ex. mellan ca 750 och 1250 kronor/m².

Under verksamhetsåret 2005 kommer förvaltningen att införa ett ekonomisystem med gemensam struktur både vad gäller ansvar (kostnadsställe/ansvar) och kontoplan. Detta innebär att central dataåtkomst rörande ekonomiska uppgifter är möjlig fr.o.m. år 2006. Under 2005 måste ekonomidata insamlas från respektive primärvårdsområde via fem olika applikationer.

3.2.3 Personal

Personaldata registreras i det regiongemensamma personaladministrativa systemet Palett. De personalkategorier som kan redovisas är läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, undersköterskor/skötare, psykologer/kuratorer/ arbetsterapeuter, administrativ personal, läkarsekreterare och övrig personal.

Det är möjligt att centralt få tillgång till personaldata i Palett men för närvarande är utsökningen något tidsödande. Arbeta pågår för att utveckla ett utdataverktyg som kommer att skapa gynnsammare förutsättningar för datasökningen.

Det nya gemensamma ekonomisystemet (se ovanstående avsnitt) kommer även att innebära förändringar i enhetsstrukturen inom Palett.

3.2.4 Konklusion

Vid mätning av produktivitet kan befaras att mätpunkterna i VEGA inte alltid sammanfaller med redovisningspunkterna i ekonomisystem och Palett. Med andra ord: passformen – matchningen – kan visa sig vara mer eller mindre god mellan produktdata å en sidan och kostnadsdata respektive personaldata å andra sidan.

Det är idag ganska lätt att i VEGA få fram säkra data om prestationernas fördelning på allmänläkavård, sjuksköterskevård, kurators-/psykologbesök och jourverksamhet. Detta till skillnad från prestationer inom sjukgymnastik, arbetsterapi, BVC. MVC och BVC, där VEGA-data inte håller lika hög kvalitet.

Möjligheten att knyta olika typer av kostnader – löner, hyror, bilkostnader, laboratoriekostnader mm – till prestationerna i VEGA torde i allmänhet vara betydligt sämre. Å andra sidan finns det normalt en högre nivå än verksamhetsområden där dessa kostnader kan avläsas i sin helhet – en identifierbar nivå. Detta talar för att det är lättare att fördela/ aggregera prestationsdata till den nivå där pengarna är samlade än att försöka fördela kostnaderna på prestationerna. Det bör dock observeras nivån kan ligga olika högt för olika vårdcentraler.

Om nivån där kostnaderna kan avläsas i sin helhet varierar på ett systematiskt sätt är problemet mindre komplicerat. Men om den varierar osystematiskt – skiljer sig från vårdcentral till vårdcentral – är det betydligt mer komplicerat att matcha prestationer och kostnader. Det senare innebär att vårdcentralsbegreppet blir mer mångfacetterat.

Kort sagt: det fordras idag betydande arbete för att matcha prestationer, kostnader och bemanningsdata på vårdcentralsnivå. Och det är sannolikt endast möjligt om matchningen styrs av kostnadernas fördelning och om krav på enhetliga mätpunkter ej föreligger.

Då mätpunkten/ - punkterna fastställts för en enskild vårdcentral kan samtliga vårdkontakter, kostnader och personalvolymerna sammanföras och ligga till grund för samlade produktivitetsberäkningar. Då är det också möjligt att beräkna produktiviteten för olika personalkategorier var för sig. Men totalkostnaden kan då sannolikt inte användas. Utan det är enbart personalkostnader (lön + sociala avgifter) som kan knytas till olika personalkategorier. Hyror, laboratorie - och röntgenkostnader kan normalt ej delas upp.

I nedanstående ruta framgår vilka måtenheter som står till buds och aktualiseras, då syftet är att redovisa basala produktivitetstal för olika personalkategorier vars prestationer kan mätas på ett säkert sätt .

- Offentligt drivna vårdcentraler -

Allmänläkare, sjuksköterskor och psykologer/kuratorer:

- **Prestationer:** Besök av olika typ* och andra typer av vårdkontakter (t.ex. antal tfn-kontakter med patient).
- **Kostnader:** Lönekostnader, inkl sociala avgifter .
- **Personal:** Antal årsarbeten, antal närvarande årsarbeten.

* Besöken kan delas upp i besök på mottagning (planerade/oplanerade), hembesök, besök i särskilt boende.

3.3 Nyckeltalskomponenter, privat drivna vårdcentraler

Privata vårdcentraler uppvisar i sammanhanget likheter med de offentligt drivna vårdcentralerna, men också väsentliga skillnader.

Ersättningsformen skiljer sig i princip inte. De privata vårdcentralerna drivs också inom ramen för tecknat avtal. D.v.s. ersättningen består av två delar. En fast del som avser hela verksamheten och som grundas på antal invånare i vårdcentralens upptagningsområde/antal listade patienter. Och en mindre del, s.k. rörlig ersättning, innebärande att vårdcentralen erhåller ett visst belopp för varje läkarbesök, varje sjuksköterskebesök, varje sjukgymnastbesök etc. Normalt utgår denna ersättning upp till en viss nivå; ett tak. Överskrids taket uppbär vårdcentralen enbart patientavgiften.

Skiljer gör i allmänhet avtalstiden. Avtal med privata vårdcentraler omfattar vanligen fem år (3 + 2 år) medan avtalen för de offentliga vårdcentralerna löper på ett år i taget.

Skiljer gör genomskinligheten vad gäller kostnadernas fördelning och arbetsinsatsernas omfattning. Regionen har inte tillgång till lönekostnaderna och andra kostnader, än mindre hur dessa fördelar sig på olika delposter. Inte heller till sysselsättningsgrad. Regionen vet t.ex. inte om en läkare vid en privat vårdcentral arbetar 50 % eller 75 % av en normal arbetstid.

Skiljer gör också tillgången på uppgifter om vad som produceras. Förvisso använder sig också de flesta privata vårdcentralerna av journalbaserad registrering. Men den informationen kan i idag inte automatiskt läsas in och göras tillgänglig i VEGA. Vad gäller Profdoc-användare fordras en installation som innebär anpassning till den offentliga primärvårdens eget utvecklade tömningssystem. Då det är fråga om Medidoc fordras också anpassning, men i detta fall till ett tömningssystem som systemleverantören utvecklat åt den offentliga primärvården.

Problematiken kring journalsystemen betyder att det inte är alldeles lätt att få fram enhetlig data om privata vårdcentralers verksamhet. Tillgängligheten till data är också beroende av avtalens konstruktion, av i vilken mån olika typer av redovisning avtalats – något som i hög grad påverkas av hur den rörliga ersättningen är utformad. För de flesta privata vårdcentraler torde det dock vara möjligt att avläsa antalet besök fördelade på personalkategorier. I vilken utsträckning det går att specificera besöken på, mottagning, hembesök och besök i särskilt boende är för närvarande oklart.

Arbete med att harmonisera journalsystemen – anpassa tömningsrutiner och översätta koderna – har dock inletts. Då detta arbete slutförts (troligen under 2006) blir det möjligt att avläsa även privata vårdgivares prestationer i Vega på ett fullständigt sätt. Vidare har hälso- och sjukvårdkanslierna i samarbete med Westma tagit fram en avtalsmall för privat vård. Detta mot bakgrund av att leverans av data idag inte är reglerad på ett enhetligt sätt i

regionens olika avtal med privata vårdgivare. I mallen finns en klausul om att data ska redovisas på samma sätt som gäller för offentliga vårdcentraler. Något tvång för kanslierna att tillämpa mallen föreligger dock inte.

För insamling av data från privat drivna vårdcentraler ansvarar de lokala hälso- och sjukvårdskanslierna Primärvårdsförvaltningen ansvarar enbart för de offentligt drivna vårdcentralernas data.

I nuläget kan de privata vårdcentralernas resurser och produkter beskrivas enligt nedanstående ruta. Generellt gäller att endast uppgift om regionens kostnad för privata vårdcentraler kan tas fram, vilket är detsamma som regionens avtalade ersättning.

- Privat drivna vårdcentraler med offentlig finansiering -

Allmänläkare, sjuksköterskor och psykologer/kuratorer:

- **Prestationer:** Antal besök (oklart om de överallt kan specificeras på mottagning, hembesök och särskilt boende).
- **Kostnader** Regionens kostnad, vilket är lika med avtalat pris.
- **Personal:** Antal personer

3.4 Nyckeltalskomponenter, privata allmänläkare

Vad gäller såväl ”avtalsläkare” som ”taxeläkare” är de mätbara prestationerna antalet läkarbesök. Besöken kan f.n. dock ej fångas i Vega fullt ut, även om journalbaserad registrering tillämpas. Detta beroende på avsaknaden av anpassade tömningsinstallationer och/eller på avvikande kodsyste. Se avsnitt 3.3. Tilläggas kan att en del allmänläkare tillämpar en form av kassaregistrering som ej genererar en patientrelaterad redovisningsfil. Detta med resultat att prestationerna enbart redovisas i aggregerad form, summa besök.

Vad gäller resurser gäller detsamma som ovan framhållits för privata vårdcentraler: de totala resurserna (pengar, personal, tid) kan ej fångas. Det besöken kan relateras till är regionens avtalade ersättning respektive den statliga ersättningens storlek.

3.5 Jämförelser mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler

De offentligt drivna vårdcentralerna erbjuder idag fler möjligheter för Västra Götalandsregionen att mäta produktivitet än vad de privata vårdcentralerna gör. Såväl produkterna som resurserna redovisas på ett mer specificerat sätt.

Detta betyder att offentligt och privat drivna vårdcentralers produktivitet inte är omedelbart jämförbara. Beträffande produkter gäller att båda driftformerna kan redovisa antalet besök hos/av olika personalkategorier. Sysselsättningsgraden för anställd/ anlita personal kan fångas för de offentliga men inte för de privata vårdcentralerna. Vissa offentliga vårdcentraler har inte hyreskostnader i sin kostnadsredovisning vilket gör att dessa vårdcentraler inte kan jämföras med privata dito, där totalkostnaden (regionens kostnad) är den enda kostnadsuppgift som står till buds. Skyldigheten att betala moms skiljer mellan offentliga och privata aktörer men denna skillnad kan elimineras genom justeringar. Tillgången på fria nyttigheter, t.ex. laboratorietjänster och röntgenundersökningar, kan också skilja sig.

De offentligt drivna vårdcentralerna har inte sällan ett bredare uppdrag än de privat drivna vårdcentralerna. Man svarar i större utsträckning för insatser som ej riktar sig till enskild patient. Det kan gälla regionala uppdrag och skyldigheter kopplade till den offentliga förvaltningen. T.ex. katastrof- och beredskapsplanering, smittskyddsarbete, folkhälsouppdrag, och studierektorsfunktion. Det kan även finnas skillnader i kravet att utföra hembesök för vårdintygsbedömningar, konstaterande av dödsfall i hemmet.

Privata vårdgivare kan medverka i vissa av dessa uppdrag men väljer oftast att avstå. I de fall där avtal föreligger anses ändå den offentliga vården ha ett sistaansvar. Vad som kan avtalas med privata vårdcentraler är t.ex. medverkan i utredningar och arbetsgrupper, regiongemensamt arbete med miljöfrågor, säkerhetsfrågor, information, IT-drift etc. Det kan också gälla smittskyddsarbete, folkhälsouppdrag och utbildningsuppdrag.

Det finns en rad olikheter mellan offentliga och privata utförare. Detta implicerar att det knappast är möjligt att justera för alla skillnader. Det som inte är justerbart definierar ett tolkningsutrymme. Det är helt enkelt något som måste beaktas då mätvärdena föreligger, då försök görs att förklara och förstå utfallet.

3.6 Viktning av besök

Då syftet är att tillhandahålla produktivetsvärden med bäring på en vårdcentralers totala antal besök – oberoende av vilken kategori som svarat för besöken – aktualiseras frågan hur dessa ska summeras. Detta mot bakgrund av att det åtgår olika mycket resurser för olika typer av besök.

Antingen finner man att skillnaderna i resursåtgång inte har så stor betydelse och summerar ihop alla besöken oavsett vem som utfört dem. Eller så finner man att besökens spridning på olika personalkategorier skiljer så pass mycket mellan olika vårdcentraler att summeringen måste föregås av viktning.

Känt är att primärvården Skaraborg fr.o.m. år 2005 uppbär rörlig ersättning baserad på viktning av olika typer av vårdkontakter. Vikterna – något modifierade – har hämtats från en modell utvecklad i Mörbylånga, den s.k. Kalmarmodellen. Hur pass användbar är då Kalmarmodellen i detta sammanhang? Frågan är närmare bestämt: Är vikterna beräknade, eller är de ett resultat av normativa överväganden; ett uttryck för en ambition att styra patientflödena i en viss riktning? En läsning av rapporten *Anpassning av ersättningssystemet för primärvården inom Västra Götalandsregionen*, tyder på att det är fråga om både och. Åtminstone vid tillämpning i Västra Götalandsregionen. I dokumentet slås nämligen fast att beställare och offentliga utförare enats om att: ”Grunden för prestationsersättning är att möjlighet till styrning och prioritering ska beaktas, samtidigt som ersättningen skall spegla resursinsatsen”.

Arbetsgruppen anser att den för närvarande saknar säkert faktaunderlag för viktning av olika besökstyper. Det pågående arbetet med att utveckla ett beskrivningssystem för primärvården är därför av stor vikt – se *Nationella klassifikationer och kostnad per patient, KKP*, sid 7. När detta är implementerat kommer det att finnas ett gemensamt beskrivningssystem. Det blir då möjligt att beskriva verksamheter med vitt skilda komponenter på ett enhetligt sätt.

3.7 Effekt-; kvalitetstal

I uppdraget ingår också att redovisa förslag till medicinska kvalitetstal. Sådana tal förutsätter gemensamma mål eller allmänt accepterade standards. Sådana föreligger ej inom primärvården Västra Götalandsregionen. Därmed har heller inte någon samfällid kvalitetsmätning genomförts. Inom de olika primärvårdsområdena finns dock flera exempel på mål och kvalitetsmätningar.

Någon närmare kartläggning av denna typ av nyckeltal har arbetsgruppen ej genomfört under föreliggande arbetsfas. Tanken är att detta ska ske under etapp 3, se nedanstående avsnitt.

4 ÖVERVÄGANDE

För denna etapp i projektet (etapp1) har följande uppgifter; arbetsmål formulerats:

- Kartlägga förutsättningarna för systematiska jämförelser mellan vårdcentraler i Västra Götalandsregionen
- Ta fram exempel på praktiskt användbara nyckeltal för att jämföra vårdcentralers produktivitet.
- Exemplifiera hur regionens vårdcentraler kan grupperas på basis av verksamhetsinnehåll.

- Förorda mätverktyg, mätpunkter, mättidpunkter och redovisningstillfällen för år 2005

Nedan redovisas arbetsgruppens uppfattning om hur målen lämpligen nås.

4.1 Förutsättningar för jämförelser av vårdcentraler

Arbetsgruppen drar, mot bakgrund av avsnitt 3 *Nuläge*, slutsatsen att det finns förutsättningar för systematiska jämförelser av vårdcentralernas prestationer i form av nyckeltal. Men för att nyckeltal skall kunna redovisas under 2005 fordras ett betydande utvecklingsarbete i syfte att identifiera och passa ihop prestationer, kostnader och bemanning på vårdcentralsnivå. Ett sådant arbete kan inte ske inom ramen för det ordinarie arbetet och fordrar därför särskilda resurser. En eller flera personer med goda kunskaper om primärvården, registerhantering och IT-frågor måste under våren 2005 gå igenom VEGA, de ekonomiska systemen och Palett för att identifiera den nivå på vilken respektive vårdcentral skall jämföras. Det handlar alltså om att avgöra vilka delar av prestationsredovisningen som kan matchas mot kostnader och personalresurser.

Detta utvecklingsarbete fordrar också att projektorganisationen anpassas till de nya behoven. Eftersom uppdraget att utveckla nyckeltalen åvilar hälso- och sjukvårdsutskottet bör ledningen av projektet även fortsättningsvis åvila Hälso- och sjukvårdsavdelningen vid Regionkansliet.

Mätningar och jämförelser av vårdcentralernas kvalitet har inte behandlats närmare av arbetsgruppen under denna arbetsfas. Till detta delområde vill arbetsgruppen återkomma i en senare delrapport.

4.2 Exempel på nyckeltal för mätning av produktivitet

Nyckeltal innebär att vårdcentralerna beskrivs på ett ur regional synpunkt tydligare sätt. I form av produktivitetstal ger de en bättre överblick av lokala prestationer. Att produktivitetsberäkningar görs på vårdcentralsnivå betyder att de utförs på en nivå där produktiviteten är påverkbar.

Arbetsgruppen konstaterar att arbetet med produktivitetstal måste ske i flera steg. I ett första steg är det nödvändigt att skapa jämförelsetal som bygger på ett begränsat antal komponenter. I takt med att kvaliteten förbättras och säkras kan flera komponenter tas i anspråk.

Ett första steg, år 2005, skulle t.ex. kunna omfatta produktivitetstal av följande omfattning och typ:

Exempel 1

- Kostnad (ev endast personalkostnad) per besök
- Antal besök per årsarbetare
- Antal besök per allmänläkar-årsarbete
- Antal besök per sjuksköterske-årsarbete
- Antal besök per kurator/psykolog-årsarbete
- Lönekostnad, allmänläkare per allmänläkarbesök
- Lönekostnad, sjuksköterska per sjuksköterskebesök
- Lönekostnad för psykolog/kurator per psykolog-/kuratorbesök

Anm.) Lönekostnad inbegriper kostnader för sociala avgifter.

Det första talet – kostnad per besök – innebär att samtliga besök summeras. I detta fall aktualiseras frågan om viktning. Arbetsgruppen anser att detta bör prövas. Men inte förrän KVÅ kan tas i bruk för ändamålet, år 2006. För år 2005 föreslås att besöken summeras utan några justeringar.

Som framgår av arbetsmålen för etapp 2 finns det behov av att komplettera dessa nyckeltal med bakgrundsdata av olika typ. T. ex. kan det visa sig värdefullt att inte bara relatera prestationerna till årsarbetare utan också till *närvarande* årsarbetare.

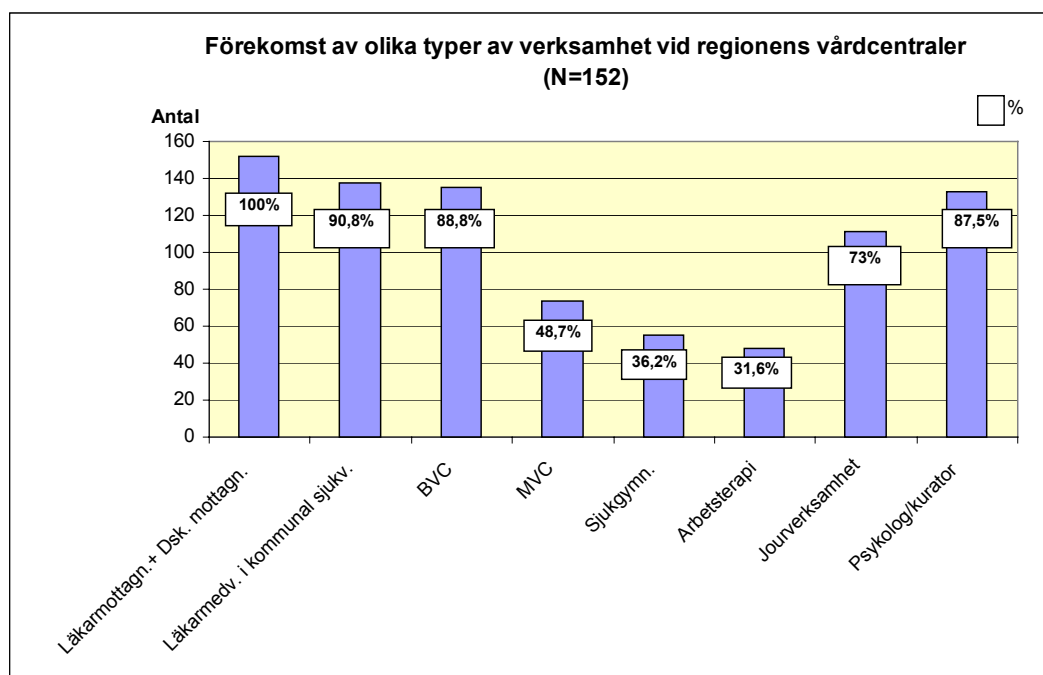
4.3 Redovisning av enkät och gruppering av vårdcentraler

Jämförelser mellan vårdcentraler har tidigare kritiserats för att hänsyn ej tas till skillnader i uppdrag. Ett sätt att möta denna kritik kan vara att indela vårdcentralerna i grupper beroende på verksamhetsinnehållet. För att få denna kunskap och uppgift om antalet driftsenheter har en enkät skickats ut.

Resultatet visar att det i regionen idag finns totalt 152 vårdcentraler (Fyrbodals 38, Södra Bohuslän 28, Göteborg 32, Södra Älvsborg 30, Skaraborg 24). 129 av dem driver regionen i egen regi, och 23 (14,5%) drivs i privat regi med offentlig finansiering. Det privata engagemanget är störst i Södra Bohuslän, där 11 vårdcentraler är privata. Minst omfattande är det i Skaraborg och Södra Älvsborg med vardera en (1) privat driven vårdcentral. (Källa: Enkät inom ramen för detta projekt).

Antalet invånare i upptagningsområde/listade patienter varierar stort mellan vårdcentralerna. Den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet, 10 100 invånare/listade patienter, uppgår till 55%. I Göteborg är medelvärdet för vårdcentralerna tre gånger högre än vad det är för vårdcentralerna i Fyrbodals. De övriga driftområdena bildar en mellangrupp. De fyra vårdcentralerna i Göteborg som har störst upptagningsområde (*Olskroken, Gibraltar, Kungshöjd, Hagen*) har c:a 26 000 invånare i sina respektive områden. Motsvarande värde för de två minsta vårdcentralerna i Fyrbodals (*Bäckefors, Skaftö*) är c:a 1 500. Därmed inget skrivet om hur pass trogna invånarna är sina vårdcentraler. De privata vårdcentralerna har i allmänhet klart mindre befolkningsunderlag än de offentligt drivna, dock inte i Fyrbodals. För närmare information: Se bilaga 3.

I nedanstående digram redovisas hur vanliga de olika typerna av vårdverksamhet är.



Anm. Ekonomiskt självständiga VGR-verksamheter – enheter som ej ingår i vårdcentralers drift – omfattas inte av diagrammet. Ej heller externt upphandlade verksamheter som kan förekomma inom en vårdcentralerbyggnad.

Diagrammet visar att samtliga vårdcentraler i regionen (152 st) per definition har läkarmottagning och distriktsköterskemottagning. Läkarmedverkan i kommunal sjukvård, BVC och psykolog/kurator ingår i 9 av 10 vårdcentralers åtagande. Arbeterapi, sjukgymnastik och MVC är betydligt mindre vanligt, mindre än varannan vårdcentral har detta. Påpekas bör dock att diagrammet ej omfattar verksamheter som drivs i annan regi än vård-

centralsregi. Sett i patientperspektiv förekommer med andra ord MVC, sjukgymnastik och arbetsterapi i något större omfattning än vad som utvisas. Sak samma gäller jourverksamhet. Värdet 73 % (istället för 90 -100 %) är helt och hållet en effekt av situationen i Göteborg. Här svarar ingen av de offentligt drivna vårdcentralerna för jourverksamhet. Beställaren har istället upphandlat detta hos Axessakuten.

Vidare kan ansvaret för en verksamhet i vissa fall vara delat mellan flera vårdcentraler, innebärande att den är fysiskt lokaliserad till en av vårdcentralerna. Det är t.ex. vanligt att en jourmottagning drivs gemensamt av flera vårdcentraler.

Jämförs privat och offentligt drivna vårdcentraler märks vissa skillnader. Närmare bestämt visar undersökningen att de privata vårdcentralerna med ett undantag – Grästorps nya vårdcentral – inte omfattar MVC, sjukgymnastik och arbetsterapi.

Framhållas bör också att undersökningens resultat har en preliminär karaktär. Bilden visar dock att det finns goda möjligheter att dela in vårdcentralerna i grupper utifrån vilka verksamheter de innehåller. Indelningen bör då utformas så att varje grupp blir tillräckligt stor för att göra inbördes jämförelser meningsfulla.

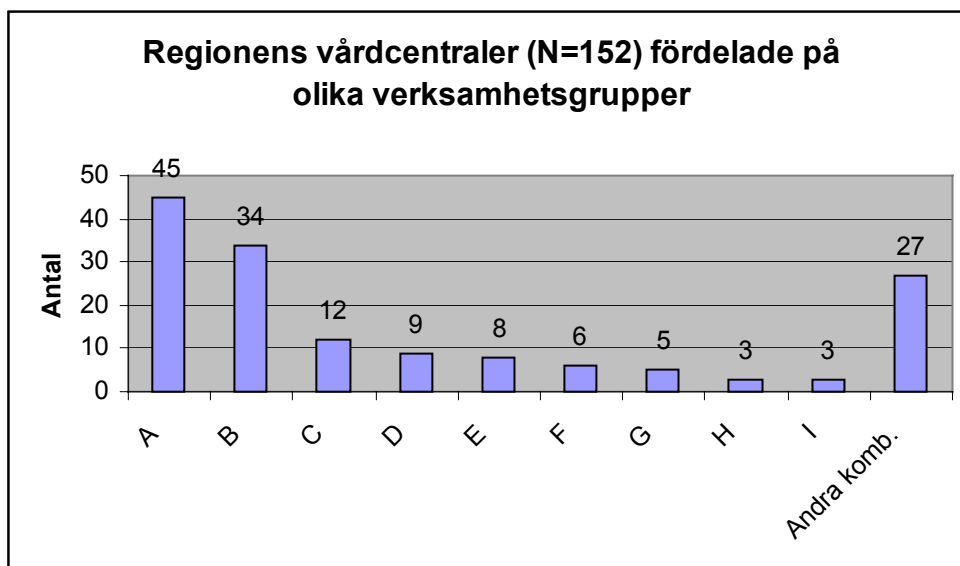
I nedanstående ruta redovisas ett exempel på kombinationer av verksamheter.

Exempel 2

- A) **Allt**, dvs. läkarmottagning, distriktssköterskemottagning, läkarmedverkan i kommunala sjukvård, BVC, MVC, sjukgymnastik/arbetsterapi och psykolog/kurator
- B) **Allt utom MVC + arbetsterapi/sjukgymnastik**
- C) **Allt utom arbetsterapi/sjukgymnastik + jourverksamhet**
- D) **Allt utom BVC + MVC + arbetsterapi/sjukgymnastik + jourverksamhet**
- E) **Allt utom arbetsterapi/sjukgymnastik**
- F) **Allt utom MVC**
- G) **Allt utom MVC + arbetsterapi/sjukgymnastik + jourverksamhet**
- H) **Allt utom MVC + sjukgymnastik/arbetsterapi + psykolog/kurator**
- I) **Allt utom jourverksamhet**

- I) Enbart läkarmottagning – ”avtalsläkare”**
- J) Enbart läkarmottagning – taxeläkare**

Och i följande stapeldiagram har regionens 152 vårdcentraler fördelats på de grupper som omfattas i Exempel 2. För fullständighetens skull ingår också en grupp betecknad ”Andra komb”. Denna omfattar vårdcentraler där verksamhetsutbudet är unikt till sin kombination, eller där kombinationen inte påträffats vid mer än två vårdcentraler. I diagrammet ingår inte Grupperna I och J, då antalet enskilda allmänläkare ännu inte uppdaterats.



Anm. Ekonomiskt självständiga VGR-verksamheter – enheter som ej ingår i vårdcentralers drift – omfattas inte av diagrammet. Ej heller externt upphandlade verksamheter som kan förekomma inom en vårdcentralbyggnad.

Diagrammet visar att grupperna A ("Allt") och B ("Allt utom MVC + arbetsterapi/sjukgymnastik") är i särklass störst. Tillsammans rymmer dessa 79 vårdcentraler, dvs. drygt hälften av vårdcentralerna.

Storleken på Grupp A förklaras främst av att detta är den klart vanligaste typen av vårdcentral i Skaraborg (22) och Södra Älvsborg (18). Den förekommer också i Fyrbodalen (5), men inte i Södra Bohuslän och Göteborg. Grupp A omfattar inga privat drivna vårdcentraler. Detta till skillnad från Grupp B, där de privata utförarna är klart överrepresenterade (13). Så också vårdcentraler inom Fyrbodalen (18)

Arbetsgruppen vill betona att ovanstående indelning skall ses som ett exempel, inte som en slutlig indelning. I planeringen för nästa etapp (etapp 2) ingår att också pröva andra grunder för gruppering än verksamhetens innehåll, tex. vårdcentralernas storlek, andelen akut vård, landsbygd/stad. Se avsnitt 5.1

4.4 Mättnpunkter, mätverktyg, mätnidpunkter och redovisningstillfällen år 2005

4.4.1 Mättnpunkter

Mättnpunkten bör i varje enskilt fall vara den nivå där alla kostnader kan avläsas i sin helhet. Detta betyder att studieobjektet ibland kan sammanfalla med vad som är en vårdcentral (enligt given definition), ibland kan vara något större än så och ibland utgöra delar av en vårdcentral.

En mer enhetlig mättnpunkt hade utan tvekan varit önskvärt. Men det är idag inte praktiskt möjligt, om syftet är att para ihop prestationer och kostnader på ett någorlunda riktigt sätt.

4.4.2 Mätverktyg

Mätvärdena skall i görligaste mån tas fram ur befintliga datoriserade system.

För prestationsdata gäller att mätvärdena så långt det är möjligt bör hämtas ur vårddatabasen Vega. Det är nödvändigt av praktiska skäl, och det är en förutsättning för att olika typer av analyser ska kunna genomföras. Kvaliteten i Vega är numera hög och registreringen är till största del enhetlig. Det finns dock ett problem i vårddatabasen som måste hanteras och på sikt också lösas: Det måste skapas en logisk struktur i enhetsindelningen som gör det enkelt att identifiera olika enheter som ingår i en och samma vårdcentral.

I de fall det inte är möjligt att använda Vega – MVC, BVC och UM – gäller att mätvärden måste inhämtas via respektive primärvårdskansli.

Vad gäller privata vårdcentraler och enskilda vårdgivare gäller att uppgifter om såväl prestationer, kostnader som personal förutsätter medverkan av respektive Hälso- och sjukvårdskansli.

4.4.3 Mättidpunkter och redovisningstillfällen

En första redovisning av produktivitetstal till HSU sker hösten 2005. Från 2006 bör nyckeltalen, i samband med ordinarie redovisning, kunna redovisas en till två gånger per år till Hälso- och sjukvårdsutskottet och till Primär- och tandvårdsstyrelsen.

I syfte att förbättra kvaliteten och tilltänkta rutiner föreslås att mätproceduren testas dessförinnan. Detta i form av pilotundersökning avseende årets tre första månader. Detta för att säkra kvaliteten i de enkla mätvärdena. Prestationsdata från Vega bör tillställas respektive vårdcentral för faktakontroll, komplettering och genomgång av organisatorisk hemvist. Uppgifter om privata vårdgivare kommuniceras på motsvarande sätt med Hälso- och sjukvårdskanslierna och med de privata vårdgivarna så långt detta är möjligt/nödvändigt

5 FÖRSLAG TILL FORTSATT ARBETE

Det fortsatta arbetet har uppdelats i två etapper, etapp 2 och etapp 3.

5.1 Etapp 2

Etapp 2 innebär inledningsvis en konkretisering av det arbete som inletts under etapp 1, d.v.s. identifiering av nyckeltal som är av intresse vid produktivitetmätningar, grupperingar av vårdcentraler och bestämning av mätpunkter. I arbetet ingår exempelvis att:

- Fastställa hur vårdcentralerna ska grupperas på basis av verksamhetsinnehåll.
- Kontakta projektet Katalog i Väst (KIV) vad gäller vårdcentralsbeteckningar.
- Fastställa vilka utfallsdata och bakgrundsdata som bör klassas som nyckeltal vid mätning och jämförelse av vårdcentralers produktivitet
- Testa nyckeltalen: ta fram mätvärden avseende 1:a kvartalet 2005 för samtliga vårdcentraler.
- Kommunicera testet med respektive vårdcentral/områdesförvaltning.
- Klarlägga i vilken grad faktorn verksamhetsinnehåll förklarar skillnader i vårdcentralernas produktivitet.
- Fastställa vilka andra faktorer än verksamhetsinnehåll som kan förklara skillnader i vårdcentralernas produktivitet.
- Analysera i vilken grad dessa faktorer förklarar skillnader i vårdcentralernas produktivitet.
- Ta fram mätvärden och utforma faktoranalys(-er) som kan redovisas under hösten 2005.
- Undersöka möjligheten att presentera vårdcentralernas nyckeltalsvärden i form av GIS (geografiska informationssystem)

Tidplan: Klart 2005.12.31

5.2 Etapp 3

Etapp 3 kommer att fokusera på tidigare framtagna nyckeltal samt komplettera med kvalitets- och effekttal. I denna fas ingår att

- Identifiera mätbara, tidbestämda och väl förankrade mål, som kan ligga till grund för enhetliga effekt-; kvalitetsmätningar på vårdcentralsnivå
- Välja ut vilka effekt-; kvalitetsmätningar som i första hand bör implementeras
- Klarlägga vilka insatser detta kräver.
- Redovisa arbetet i etapp 3 i form av delrapport till HSU.

Klart: Första kvartalet 2007.

Bilaga 1



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

PM

Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Referens

Anders Lindgren

Datum

2004-11-10

Diarienummer

Nyckeltal för primärvården - Uppdragshandling

Bakgrund

I *Budget 2005 med flerårsplaner 2006-2007* fastslås att "Behovet av primärvård måste tillgodoses i hela regionen. Den kan se olika ut och vara olika dimensionerad efter lokala förutsättningar och övrigt vårdutbud i närområdet."

Av budgeten framgår också att Hälso- och sjukvårdsutskottet ges uppdrag att "under hösten 2004 arbeta fram nyckeltal/mätetal för att under 2005 kunna genomföra systematiska jämförelser av vårdcentraler".

Uppdrag

Syftet med uppdraget är att få fram nyckeltal/mätetal som är praktiskt användbara under 2005 och som är enkla att kommunicera.

Arbetsgruppen skall:

- ta fram mätobjekt för resurser (kostnader, personal) och prestationer (olika typer av vårdkontakter m.m.)
- undersöka om jämförbarheten ökar om regionens vårdcentraler delas in i grupper utifrån uppdrag och den vård som bedrivs
- beskriva möjligheter att redovisa medicinska kvalitetsmått
- ta ställning till om det är av värde - och möjligt - att väga samman vissa mätobjekt, i syfte att redovisa summerade mätvärden.
- ta ställning till vilka typer av jämförelsetal som bör redovisas.
- utarbeta en plan för framtagandet av aktuella mätvärden, under förutsättning att förslaget realiserar.

Exempel på naturliga utgångspunkter vid uppdragets genomförande är de överväganden som redovisats i rapporterna: *Idéskiss för grunduppdrag i primärvården*, *Primärvården VGR i ett produktivitetperspektiv*, *Idéskiss till nytt ersättningssystem*, *Anpassning av ersättningssystem för primärvården inom Västra Götalandregionen* och *Nyckeldata och basdata för Hälso- och sjukvården - Remiss från Nyckeltalsgruppen*.

Nyckeltalen ska medge jämförelser mellan vårdcentraler tillhörande samma grupp (se uppdraget, punkt två), oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi.

Uppdraget skall redovisas i form av en rapport senast 14 januari 2005.

Ansvaret för att uppdraget fullföljs åvilar analysenheten vid regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning. Uppdraget skall utföras av en arbetsgrupp med deltagare från regionkansliet och primär- och tandvårdsförvaltningen. Arbetsgruppen består av: Staffan Björck, Calle Blomberg, Elisabet Elofsson, Bengt Kron (ordf.), Anders Lindgren (sekr.), Daniel Pollack och Karin Rignér.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSAVDELNINGEN

Lars-Olof Rönnqvist
Hälso- och sjukvårdsdirektör

BILAGA 2

Namn och identitetsnummer i Vega – alla enheter från stickprov från april 2004

ENHET	ENHET ID
Ale-akuten	301110
Alingsås barnmottagning	305810
ANGERED DLM	461120
ANGERED DSKM	461220
ASKIM DLM	467140
ASKIM DSKM	467240
BACKA DLM	469120
BACKA DSKM	469220
BERGSJÖN DLM	462130
BERGSJÖN DSKM	462230
Billingen, Skövde	505102
BISKOPSG DLM	468120
BISKOPSG DSKM	468220
BJURSLÄTT DLM	469112
BJURSLÄTT DSKM	469212
BJÖRKEK DLM	463140
BJÖRKEK DSKM	463240
Boda VC	302110
Bohus VC	301111
Bohus-Björkö Dsk	107229
Bollebygds VC	302111
Brålanda VC	304210
Brastad VC	284126
BRÄMAREG DLM	469110
BRÄMAREG DSKM	469210
Centrum, Falköping	504103
Dagson VC	285142
Dalaberg DSG	285415
Dalaberg Dsk	285261
Dalaberg VC	285143
Dalsjöfors VC	302112
Dalslands sjukhus Jourcentrale	303111
Dalum VC	306110
Dingle VC	230130
Distr.arbetsterapi Solhem	306413
Edsgärdet VC	303112
Ekbacken VC	303114
Eken, Mariestad	501104
Ekenäs sjukgymn	302412
EKMANSKA DLM	463130
EKMANSKA DSKM	463230
Ellös VC	221133
Fjällbacka DSG	235413
Fjällbacka Dsk	235252

Fjällbacka VC	235140
Floby, Falköping	504106
Floda VC	305110
Fristads VC	302114
Fritsla VC	306112
FRÖLUNDA DLM	466110
FRÖLUNDA DSKM	466210
FRÖLUNDA HSV	466310
Furulund DLM	102119
Färgelanda VC	303116
GAMLESTAN DLM	462110
GAMLESTAN DSKM	462210
GIBALTARG DLM	464110
GIBALTARG DSKM	464210
Gråbo VC	305112
Granngårdens VC	304211
Grebbe stad Dsk	235253
Grund Sund Dsk	284235
Guldvingen, Lidköping	503105
GULLSPÅNG	501101
GÖTENE	504102
Gärdet Jourcentralen	182105
Gärdet VC	182106
HAGEN DLM	467150
HAGEN DSKM	467250
Hamburgsund BVC	235653
Hamburgsund Dsk	235254
HAMMARK DLM	461140
HAMMARK DSKM	461240
Hedekas BVC	230642
Hedekas VC	230131
Hedens by DSG	107406
Heimdals VC	302116
Hentorp, Skövde	505103
Herrestad DSG	285416
Herrestad VC	285144
Herrljunga VC	305114
Hindås Dsk	101201
Hindås VC	101101
HISINGEN JOUR	469109
Hjo	505110
HJÄLLBO DLM	461130
HJÄLLBO DSKM	461230
Horreds VC	306114
HSV- / särsk-läk HISINGEN	469350
HSV- / särsk-läk SH Bjurslätt	469305

Hunnebostrand BVC	227635
Hunnebostrand Dsk	227246
Hunnebostrand VC	227135
Jourcentralen, Falköping	504104
Jourcentralen, Lidköping	503106
Jourcentralen, Mariestad	501107
Jourcentralen, Skövde	505106
KANNEBÄCK DLM	466136
KARLSBORG	501102
Kinna VC	306116
KORTEDALA DLM	462120
KORTEDALA DSKM	462220
Krokslätt Dsk	181212
Krokslätt VC	181114
Kungshamn DSG	227414
Kungshamn Dsk	227247
Kungshamn MVC	227517
Kungshamn Ungdomsmott	22713
Kungshamn VC	227136
KVÄNUM	503108
KYRKBYN DLM	469111
KYRKBYN DSKM	469211
KÄRRA DLM	469130
KÄRRA DSKM	469230
Källstorps VC	304115
Landvetter Dsk	101202
Landvetter VC	101102
Lerums Barnmottagning	305820
Lerums VC	305116
Lilla Edets arbetsterapi	304411
Lilla Edets sjukgymnastik	304412
Lilla Edets VC	304117
Linden, Mariestad	501105
Lindome Dsk	181213
Lindome VC	181115
Ljungskile BVC	285661
Ljungskile DSG	285417
Ljungskile Dsk	285263
Ljungskile MVC	285523
Ljungskile VC	285145
LOVGÄRDET DLM	461110
LOVGÄRDET DSKM	461210
Lysekil Jourcentral	284127
Lysekil Psykosociala vårdlaget	284131
Lysekil VC	284128
LÄNSMANSK DLM	468121

LÄNSMANSK DSKM	468221
Läkarmott Bäckefors	303118
MAJORNA DLM	465120
MAJORNA DSKM	465220
Marie Alberts arb.terapi	304413
Marie Alberts distr.sjukgymn	304414
MASTHUGGET DLM	465130
MASTHUGGET DSKM	465230
Mellerud VC	303120
MUNKEBÄCK DLM	463150
Munkedal BVC	230643
Munkedal DSG	230409
Munkedal MVC	230515
Munkedal VC	230132
Mölnlycke DSG	101401
Mölnlycke Dsk	101203
Mölnlycke Ungdomsmottagning	10101
Mölnlycke VC	101103
Mösseberg, Falköping	504107
Noltorps VC	305117
Nordmanna VC	182110
NORDOST HSV	461310
Normalm, Skövde	505104
NOSSEBRO	503102
Nygård VC	303123
OLSJOUR DSKM HELG	463260
OLSKROKEN DLM	463110
OLSKROKEN DSKM	463210
OLSKROKEN HSV	463312
OLSKROKEN JOUR	463109
Partille Dsk	102218
Partille Jour	102121
Partille VC	102120
Primärvårdsrehab, Lidköping	503107
Primärvårdsrehab, Mariestad	501106
Primärvårdsrehab, Skövde	505112
PV-rehab BISKOPSGÅRDEN/TORSLA	468422
PV-rehab BACKA	468423
REHAB AT ANGERED	461421
Rehab Backa	468426
Rehab Centrum	464420
Rehab Centrum Gibraltar	464410
Rehab Kortedala	462412
Rehab Olskroken	463430
REHAB SG ANGERED	461420
REHAB VÄSTER	466412
Rehab Väster	466411
Ryd, Skövde	505105
Sandareds VC	302118

Sjuntorps VC	304122
Sjöbo VC	302119
Skaftö DLM	284129
SKARA	504101
Skee Dsk	286250
Skene AM mottagn	306118
Skene barnmottagn	306120
Skene Jourcentral	306121
Skepplanda VC	301114
Skogslyckan VC	285147
SLOTTSSKOG DLM	465140
SLOTTSSKOG DSKM	465240
SOC HUSET DLM	464120
SOC HUSET DSKM	464220
SOC HUSET HSV	464330
Sollebrunns VC	305119
Stenstorp, Falköping	504108
Stenungsund Barnmed	115806
Stenungsund DSG	115404
Stenungsund Dsk	115225
Stenungsund VC	115123
Strömstad barnmottagning	28614
Strömstad BVC	286650
Strömstad DSG	286412
Strömstad Dsk	286251
Strömstad jour	286148
Strömstad Jourcentral Helg	286149
Strömstad Ljusbehandling	28604
Strömstad MVC	286518
Strömstad VC	286139
STYRSÖ DLM	467160
STYRSÖ DSKM	467260
SVALEBO DLM	466120
SVALEBO DSKM	466220
Svanesund VC	221134
Svenljunga VC	306122
Särskild boendeläkare Biskopsg	468305
Sätilla VC	306123
Sävedalen Dsk	102219
Sävedalen VC	102122
Södra torgets VC	302120
Sörhaga Jourcentral	305121
Sörhaga VC	305123
Tanum-Lur Dsk	235257
Tanumshede DSG	235414
Tanumshede MVC	235519
Tanumshede Ungdomsmott	23515
Tanumshede VC	235141
Tibro	505101
Tidaholm	505111

Tidan, Skövde	505108
Timmersdala, Skövde	505109
Tjörn Barnmed	106807
Tjörn VC	106123
Toltorp Dsk	181214
Torpa VC	304125
TORSLANDA DLM	468110
TORSLANDA DSKM	468210
Trandareds VC	302121
Tranemo VC	306124
TUVE DLM	468130
TUVE DSKM	468230
TÖREBODA	501103
Uddevalla Ungdomsmott	28517
Ulricehamn - Stenbocken	306126
Ulricehamn - Ulrica	306127
Ulricehamn Barnmottagning	306811
Ulricehamn Barnpsyk	306128
Ulricehamn gymmottagning	306129
Ulricehamns sjukgymnastik	306133
Ulricehamns VC	306131
VARA	503101
Värgårda VC	305124
Vargöns VC	304127
Viskafors VC	302122
Vänerparkens distr.arb.terapi	304416
Vänerparkens distr.sjukgymn	304415
Vänerparkens VC	304129
Äldreomsorgsjouren Centrum och	463311
Äldreomsorgsjouren Hisingen Vä	469308
Älvängens VC	301116
Ängabo vårdcentral	305126
Åby Dsk	181215
Åby Jour dag+kväll	181117
Åby VC	181116
Ågård, Lidköping	503104
Ämålsgården VC	303125
Öckerö Dsk	107233
Öckerö jour	107125
Öckerö VC	107124
Öppenvårdsrehab, Skövde	505107
Östad BVC	235657
Östad Dsk	235259

BILAGA 3

Antalet invånare i upptagningsområde/antal listade patienter för vårdcentralerna i respektive förvaltningsområde, uttryckt i medelvärde (M) och genomsnittlig avvikelse från detta värde (s) (CV)

Samtliga vårdcentraler i primärvårdens fem driftområden (N=144*).

	Fyrbodal	S. Älvsborg	Göteborg	S. Bohuslän	Skaraborg	HELA VGR
Medelvärde (M)	6 617	9 183	15 318	8 706	10 593	10 079
Standardavvikelse (s)	3 272	3 128	6 696	4 722	4 801	5 538
Variationskoefficient (CV)	49,4%	34,1%	43,7%	54,2%	45,3%	54,9%

Offentligt drivna vårdcentraler i primärvårdens fem driftområden (N=121*).

	Fyrbodal	S. Älvsborg	Göteborg	S. Bohuslän	Skaraborg	HELA VGR
Medelvärde (M)	6 270	9 134	16 515	10 206	10 799	10 624
Standardavvikelse (s)	3 173	3 171	6 316	5 173	4 799	5 756
Variationskoefficient (CV)	50,6%	34,7%	38,2%	50,7%	44,4%	54,2%

Privat drivna vårdcentraler i primärvårdens fem driftområden (N=23).

	Fyrbodal	S. Älvsborg	Göteborg	S. Bohuslän	Skaraborg	HELA VGR
Medelvärde (M)	8 119		7 239	6 525		7 405
Standardavvikelse (s)	3 563		1 639	2 998		2 812
Variationskoefficient (CV)	43,9%		22,6%	45,9%		38,0%

* 8 vårdcentraler saknas, då uppgift om antalet invånare i upptagningsområde/listade patienter ännu ej erhållits.