

Ett år med VG Primärvård

Förord

Denna rapport har tagits fram av VG Primärvårdskontoret som har till uppgift att svara för genomförande och fortsatt utveckling av Västra Götalands valfrihetsmodell VG Primärvård.

Avsikten med rapporten – Ett år med VG Primärvård - är att redovisa de erfarenheter och fakta som finns efter de första 12 månaderna med VG Primärvård. Det är än så länge för kort tid för att göra en utvärdering av modellen och dess effekter men avsikten är att på grundval av vad som hittills framkommit bedöma huruvida vi är på rätt väg för att uppfylla syftena med VG Primärvård och vad som behöver beaktas i det fortsatta utvecklingsarbetet med modellen.

Göteborg januari 2011

Rose-Marie Nyborg
Chef VG Primärvårdskontoret
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Västra Götalandsregionen

1. INLEDNING	4
1.1 BAKGRUND	4
1.2 LAGEN OM VALFRIHETSSYSTEM - LOV	4
1.3 SYFTE MED VG PRIMÄRVÅRD	4
2 MEDBORGAR-/PATIENTPERSPEKTIV	6
2.1 INVÅNARNAS VÅRDVAL	6
2.2 TILLGÄNGLIGHET	10
2.2.1 Vårdcentraler	10
2.2.2 Specialister i allmänmedicin.....	11
2.2.3 Kvälls- och helgöppna mottagningar	12
2.2.4 Uppmätt tillgänglighet.....	13
2.3 PATIENTUPPLEVD KVALITET	14
2.3.1 Patientenkäten	14
2.3.2 Vårdbarometern.....	15
3 VERKSAMHETSPERSPEKTIV	16
3.1 UTBUD AV VÅRDENHETER.....	16
3.2 ERFARENHETER FRÅN VÅRDGIVARNA	17
3.3 PATIENTBESÖK.....	19
3.3.1 Patientströmmar mellan primärvård och sjukhus	20
3.3.2 VG Primärvårds andel av samtliga besök i den öppna vården	21
3.3.3 Patientströmmar inom VG Primärvård.....	21
3.4 BARNHÄLSOVÅRD (BVC)	23
3.5 LIKA FÖRUTSÄTTNINGAR ATT BEDRIVA VÅRD?	23
3.6 GRÄNSSNITT.....	24
3.7 KVALITET / STÖD FÖR VERKSAMHETSUTVECKLING.....	24
3.7.1 Målrelaterad ersättning.....	26
3.7.2 Publicering av måluppfyllelse och resultat.....	27
3.8 IT-STÖD.....	27
4 KOMPETENSFÖRSÖRJNING	28
5.1 UPPFÖLJNING AV UPPDRAGET	30
5.1.1 Verifiering.....	30
5.1.2 Medicinsk revision.....	30
5.1.3 Läkemedel.....	31
5.2 EKONOMI	31
5.2.1 Kostnadskontroll.....	31
5.2.2 Primärvårdskostnad per invånare och nämnd	33
5.2.3 Utvecklingen av läkemedelskostnaderna	34
5.2 ERSÄTTNINGSSYSTEMET	35
5.2.1 Kvalitet på indata	35
5.2.2 Primärvårdspeng.....	35
5.2.3 Målrelaterad ersättning för täckningsgrad	36
5.2.4 Särskild ersättning för socioekonomi	37
5.2.5 Särskild ersättning för geografi.....	37
5.2.6 Målrelaterad ersättning för kvalitetsmål	38
5.3 ACG.....	38
6 SAMMANFATTANDE SLUTSATSER OCH FORTSATT UTVECKLING... 40	
6.1 PATIENTEN/MEDBORGAREN	40
6.2 VERKSAMHETEN	41
6.3 KOMPETENSFÖRSÖRJNING.....	43
6.4 EKONOMI	43

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Efter beslut av regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott (HSU) tillsatte hälso- och sjukvårdsdirektören hösten 2007 en projektgrupp med uppdrag att ta ett samlat grepp om primärvårdens utvecklingsfrågor för att säkerställa vård på lika villkor i hela regionen.

Projektgruppen överlämnade i slutet av mars 2008 sitt förslag i form av en Idéskiss för utveckling av primärvården i Västra Götaland ("Vägen till medborgarnas primärvård") – VG Primärvård.

HSU ställde sig bakom Idéskissen på sitt sammanträde den 2 april 2008 genom att avge en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet. Avsiktsförklaringen dokumenterades i ett politiskt positionspapper som undertecknades av samtliga politiska partier utom (v). Samtidigt beslutade HSU att remittera Idéskissen och att hälso- och sjukvårdsdirektören omgående skulle inleda arbetet med utredning av olika frågeställningar enligt det framtagna förslaget.

I det fortsatta utredningsarbetet, som bedrevs under april till och med december 2008 och leddes av en särskilt tillsatt styrgrupp, anpassades bland annat modellen i Idéskissen till den nya lagen om valfrihetssystem (LOV). Styrgruppen överlämnade i början av januari 2009 sitt förslag till införande av ett vårdval, VG Primärvård, för primärvården i Västra Götaland.

Regionfullmäktige beslutade i början av februari 2009 att införa ett vårdval för primärvården i Västra Götaland enligt förslaget från och med den 1 oktober 2009 samt att fastställa redovisat förslag till förfrågningsunderlag – Krav- och kvalitetsboken – som anger förutsättningarna för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård.

1.2 Lagen om valfrihetssystem - LOV

LOV har tillkommit för att stärka patientens ställning och inflytande och för att öka mångfalden av vårdgivare. LOV innebär också en maktförskjutning såtillvida att vårdgivarna får större möjligheter än tidigare att påverka utformning och lokalisering av vården. Kännetecknade för LOV är att:

- invånarna ges möjlighet att välja vårdgivare
- invånarnas val styr tilldelningen av resurser till vårdgivarna
- uppdraget och ersättningen är lika för alla vårdgivare och bestäms av landstinget/regionen
- vårdgivare är inte garanterad någon bestämd volym av tjänsten
- ingen priskonkurrens mellan vårdgivarna
- alla som uppfyller kraven godkänns – landstinget/regionen har ingen möjlighet att begränsa antalet utförare.

1.3 Syfte med VG Primärvård

Idéskissen/VG Primärvård är en vidareutveckling av den befintliga primärvården i Västra Götaland. De grundläggande syftena med modellen är att:

- stärka patientens ställning genom att ge invånarna frihet att välja den vårdenhet som bäst anses kunna uppfylla invånarnas behov

- öka invånarnas förtroende för primärvården
- primärvården ska vara patienternas fasta kontakt i hälso- och sjukvården och primärvårdens andel av vårdkontakterna i den öppna vården ska öka upp mot ca 80 procent
- primärvården ska bedrivas med hög kvalitet och uppdraget ska utföras på lika villkor i varierande regi
- primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats och antalet specialister i allmänmedicin i primärvården ska öka

2 Medborgar-/patientperspektiv

Faktaruta

30 sept 2009

Antal utbudspunkter
143, varav 82 % offentliga och 18 % privata

1 oktober 2009

Antal utbudspunkter
205, varav 57,6 % offentliga och 42,4 % privata

30 september 2010

Antal utbudspunkter
200, varav 57,5 % offentliga och 42,5 % privata

2.1 Invånarnas vårdval

Från och med införandet av VG Primärvård kan invånarna i regionen fritt välja vårdcentral, de kan också byta vårdcentral när de så vill. Det fanns möjlighet att välja vårdcentral även innan vårdvalet men de praktiska möjligheterna varierade i regionen. Tidigare primärvårdssystem baserades på ett geografiskt områdesansvar med passiv anslutning för de individer som ej gjorde aktiva val. Införandet av VG Primärvård förändrade dessa förutsättningar. Alla invånare är anslutna till en vårdcentral. De som ej väljer vårdcentral ansluts via ”ickevalsalternativet” som baseras på närhetsprincipen det vill säga anslutning till den vårdcentral som ligger närmast invånarens folkbokföringsadress. Detta gäller även till exempel nyfödda eller nyinflyttade till Västra Götalandsregionen. Ingen vårdcentral tillåts neka invånare vårdval.

Inför vårdvalet genomfördes en informationskampanj till invånarna om valet av vårdcentral. Denna genomfördes under perioden 22 juni - 15 augusti 2009. Syftet var att skapa kännedom och intresse kring möjligheten att välja vårdcentral. När informationskampanjen senare utvärderades kunde man konstatera att gällande kampanjens olika delar är det annonser i TV och dagspress samt direktutskicket till invånarna som haft störst genomslag. Sammanlagt hade 89 procent av invånarna tagit del av informationen, kvinnor i något högre grad än män.

I samband med övergången från tidigare listningssystem till det nya vårdvalssystemet beslutades att invånarnas tidigare vårdkontakter skulle beaktas med hänsyn till kontinuiteten i relationen mellan patient och vårdgivare.

I mitten av augusti 2009 fick varje enskild medborgare ett brev med information om vårdvalet, samt en förteckning över samtliga 205 godkända vårdcentraler i Västra Götalandsregionen som var möjliga att välja bland. Brevet innehöll ett erbjudande om en namngiven vårdcentral.

Erbjudandet grundades på:

- tidigare gjorda aktiva val
- tidigare besök (3 eller fler) på samma vårdenhet de senaste 15 månaderna
- närhetsprincipen - den vårdenhet som låg närmast bostaden

Invånarna kunde välja att acceptera erbjudandet eller välja någon av de andra vårdcentralerna. I brevet framgick också att man senare kunde göra nya val.

Den 1 oktober 2009 effektuerades invånarnas val och vid avstämning konstaterades majoriteten av invånarna valt att acceptera erbjudandet medan drygt 16 procent (omkring 255 000) av invånarna gjort ett annat vårdval än erbjudandet.

Det kan vara intressant att ställa frågan om de som accepterade erbjudande verkligen innebar ett val eller om det var ett uttryck för ett passivt förhållningssätt till vårdvalet.

Resultat från Väst-SOM-undersökningen 2009¹, Göteborgs universitet, belyser bland annat införandet av vårdvalsmodellen. Bland annat ställdes frågan om invånarna tagit aktiv ställning till erbjudandet de fick i brevet. 77 procent av befolkningen ansåg att de gjort ett medvetet val antingen genom att acceptera det erbjudande de fått, eller genom att välja en annan vårdcentral.

Lunds Universitet genomför ett forskningsprojekt inom ramen för Vinnvård om vårdval i primärvård i Västra Götalandsregionen, Landstinget Halland och Region Skåne. En undersökning som gjorts beskriver bland annat i vilken utsträckning individer känner att de gjort ett val och varför de gjort ett aktivt val i samband med införandet av vårdval. Denna undersökning svarar att sex av tio invånare gjort ett aktivt val i samband med införandet eller efter. De som väljer vårdcentral eller mottagning anger positiva egenskaper i större utsträckning som anledning till val snarare än missnöje med tidigare vårdenhet.

En studie² över vilka individer som valt en annan enhet än den man blev erbjuden har gjorts av Hälso- och sjukvårdsavdelningens analysenhet. Där kan man konstatera att personer med hög diagnostiserad vårdtyngd, enligt definitionen övre tredjedelen i vårdtyngd mätt i ACG-vikt, i något lägre grad än genomsnittet valt en annan vårdcentral. Man kan också se att gruppen 65 år och äldre var något mindre benägna att välja en annan vårdcentral. Av studien framgår också att kvinnor i något högre grad än män valt en annan vårdcentral än den erbjudna. Även om dessa skillnader mellan könen inte är speciellt stora så är de genomgående i samtliga av Västra Götalandsregionens kommuner.

Att gruppen 65 år och äldre och gruppen med hög diagnostiserad vårdtyngd i något högre grad än genomsnittet valt den vårdcentral man blivit föreslagen förklaras nog till stor del av att de redan haft en etablerad vårdkontakt på den vårdcentralen sedan före vårdvalets införande. Dessa båda grupper består troligtvis delvis av samma individer.

Under vårdvalets första 12 månader har följande antal vårdval genomförts. Den första stapeln (september -09) beskriver resultatet av invånarnas omval i samband med brevet som gick ut inför starten. Efter starten av VG Primärvårds har antalet genomförda vårdval snabbt minskat över månaderna. Genomsnittet ligger sedan januari 2010 på ca 13 000 genomförda vårdval per månad³.

¹ [SOM- rapport 2010:08, Göteborgs Universitet, Västra Götaland 2009](#)

² Jämförelse av gruppen omväljare och gruppen ej omväljare, vecka 34-52 år 2009 – delrapport 1, Mikael Kjelve och Anders Lindgren

³ Ej medräknat de större förändringar som kan tillkomma när en vårdcentral avslutar sitt avtal. Endast val via blankett eller Internet.

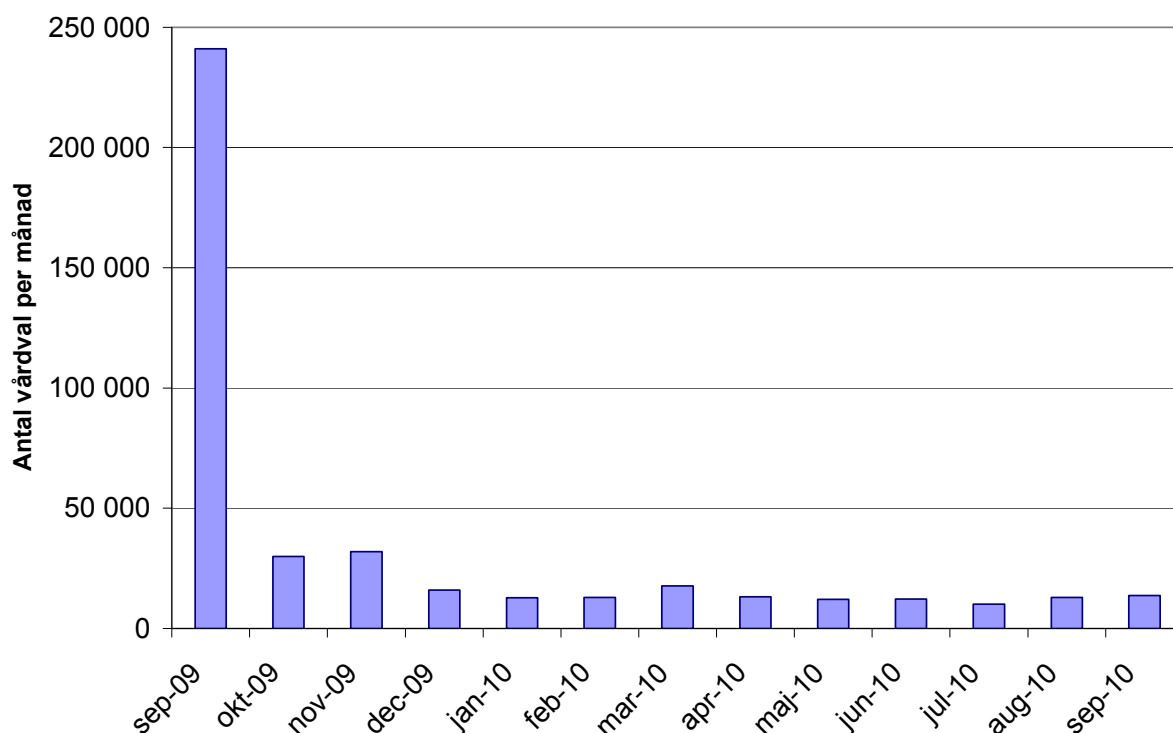


Diagram 1: Antal genomförda vårdval per månad

VG Primärvård innehåller inga begränsningar för invånare i antalet val av vårdcentral. Farhågor har i olika sammanhang framförts huruvida detta skulle överutnyttjas. Efter ett år kan vi se att knappt 200 000 individer, eller drygt 12 procent, har gjort ett eller flera vårdval och av dessa är det bara 8 869 personer, vilket är ca 0,5 procent av invånarna, som gjort tre eller fler vårdval och endast 17 personer har gjort fler än 10 vårdval.

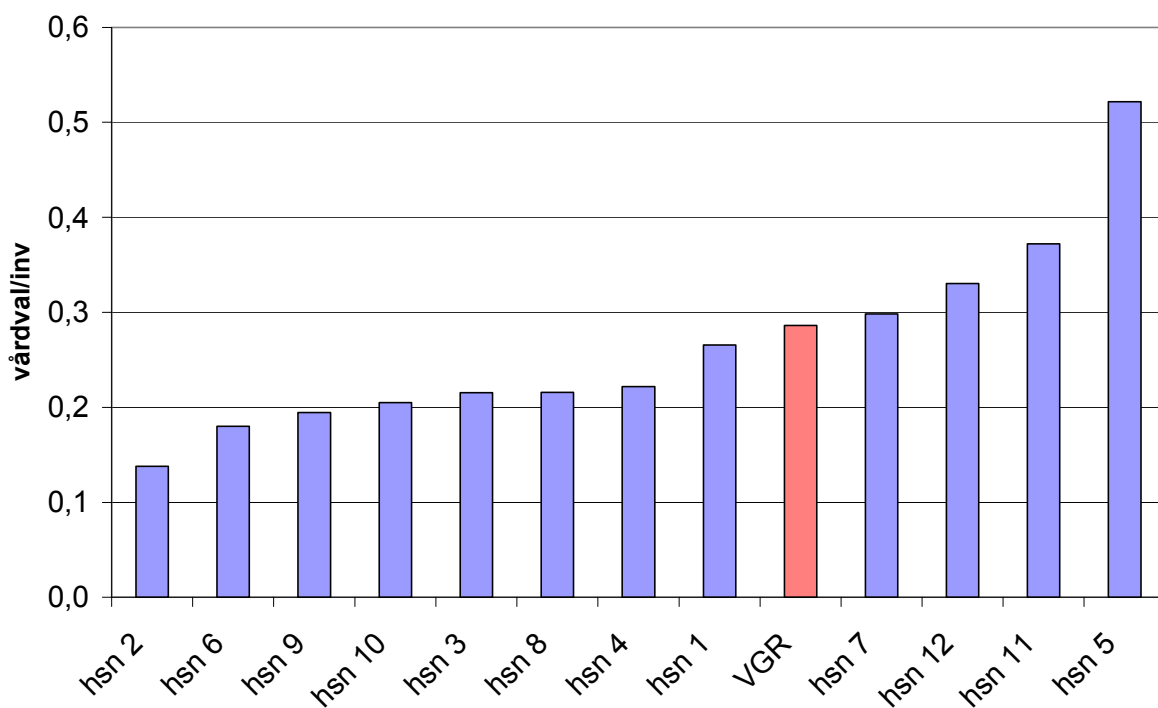


Diagram 2: Antal genomförda vårdval i snitt per individ och hsn under VGPv:s första år

Det låga antalet vårdval i Dalsland (hsn 2) har sin troliga förklaring i de geografiska förutsättningarna med långa avstånd och relativt få valmöjligheter.

En annan tydlig skillnad är att göteborgarna i betydligt högre grad än övriga regionen valt en annan vårdcentral än den man blivit föreslagen. En del av förklaringen till detta ligger troligtvis i det stora utbud av vårdcentraler som finns i Göteborg. En annan tänkbar förklaring skulle kunna vara en effekt av pandemivaccineringen där tillgången till vaccin varierade mellan vårdcentralerna och att man därför kanske valde att lista om sig.

Före VG Primärvård var fördelningen i listning mellan offentligt- och privat drivna vårdcentraler 84/16. Den 1 oktober 2009 efter att befolkningen hade gjort sitt val av vårdcentral var 70 procent listade vid offentliga vårdcentraler och 30 procent vid privata vårdcentraler. Totalt sett har detta inneburit att de offentliga vårdcentralernas patientunderlag minskat med ca 230 000 listade individer. Ett år senare har andelen av befolkningen som är listade vid privata vårdcentraler ökat ytterligare även om ökningen är ganska liten.

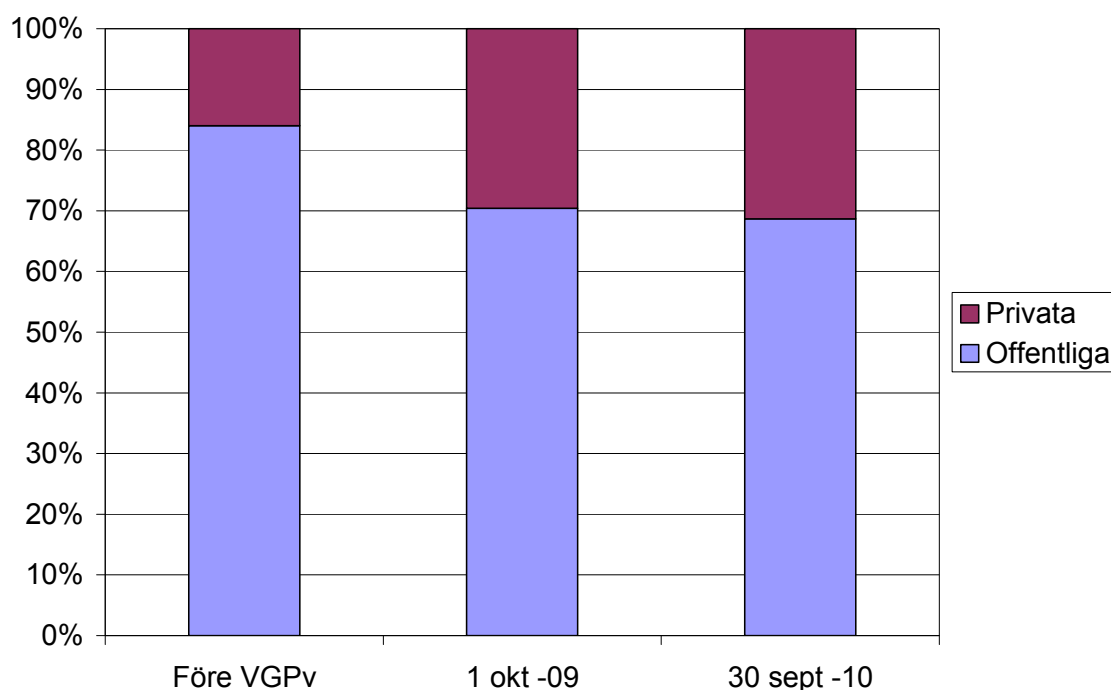


Diagram 3: Fördelningen i listning mellan offentliga och privata

Den genomgående trenden efter ett år är alltså att andelen listade vid privata vårdcentraler har ökat något. Denna fördelning ser lite olika ut i regionen där man i Göteborg – Centrum Väster (hsn 5) i hög grad har valt att lista sig vid privata vårdcentraler. I Skaraborg, Dalsland och Mitten-Älvsborg är andelen invånare listade hos privata vårdgivare lägst, även om tendensen är densamma. I Göteborg – Hisingen (hsn 11) ses ett avvikande mönster med en något lägre andel listade vid privata vårdcentraler jämfört med ett år tidigare.

Nämnd	Andel offentlig %	Andel privat %	Folkmängd 2009
1 Norra Bohuslän	53 (55)	47 (45)	73 144
2 Dalsland	89 (90)	11 (10)	42 956
3 Trestad	62 (65)	38 (35)	156 035
4 Mellersta Bohuslän och Ale	57 (59)	43 (41)	119 357
5 Göteborg - Centrum Väster	50 (51)	50 (49)	222 324
6 Mitten - Älvsborg	83 (83)	17 (17)	96 131
7 Södra Bohuslän	62 (62)	38 (38)	128 770
8 Sjuhärad	84 (85)	16 (15)	189 198
9 Västra Skaraborg	83 (84)	17 (16)	128 278
10 Östra Skaraborg	82 (82)	18 (18)	128 259
11 Göteborg - Hisingen	67 (66)	33 (34)	136 226
12 Göteborg - Nordöstra	76 (79)	24 (21)	147 499
Totalt	69 (70)	31 (30)	1 568 177

Tabell 2: Andelen listade vid offentlig respektive privat vårdcentral den 30 september 2010. Siffrorna inom parantes visar hur andelen såg ut i oktober 2009.

2.2 Tillgänglighet

2.2.1 Vårdcentraler

Ett vårdval förutsätter att det finns ett urval av vårdcentraler att välja mellan. Den 30 september 2010 fanns det 200 vårdcentraler inom VG Primärvård, vilket är 61 fler än före starten av VG Primärvård. Av dessa var majoriteten, 115 stycken, offentligt drivna. I diagrammet nedan framgår hur antalet utbudspunkter i relation till antalet invånare har förändrats per nämndområde. Av de 61 nytillkomna vårdcentralerna har 23 stycken startas upp i Göteborg – Centrum Väster (hsn 5). Sett till den procentuella ökningen så dominerar också denna nämnd stort. Värt att notera är dock att det är Dalsland (hsn 2) som har flest vårdcentraler på 10 000 invånare i denna jämförelse och samtidigt som hsn 5 har relativt många vårdcentraler per 10 000 invånare så har de båda andra göteborgsnämnderna (hsn 11 och 12) relativt sett få. Även om detta kan sägas vara ett visst mått på tillgängligheten i nämndområdet så säger dessa siffror inget om hur stora vårdcentralerna är.

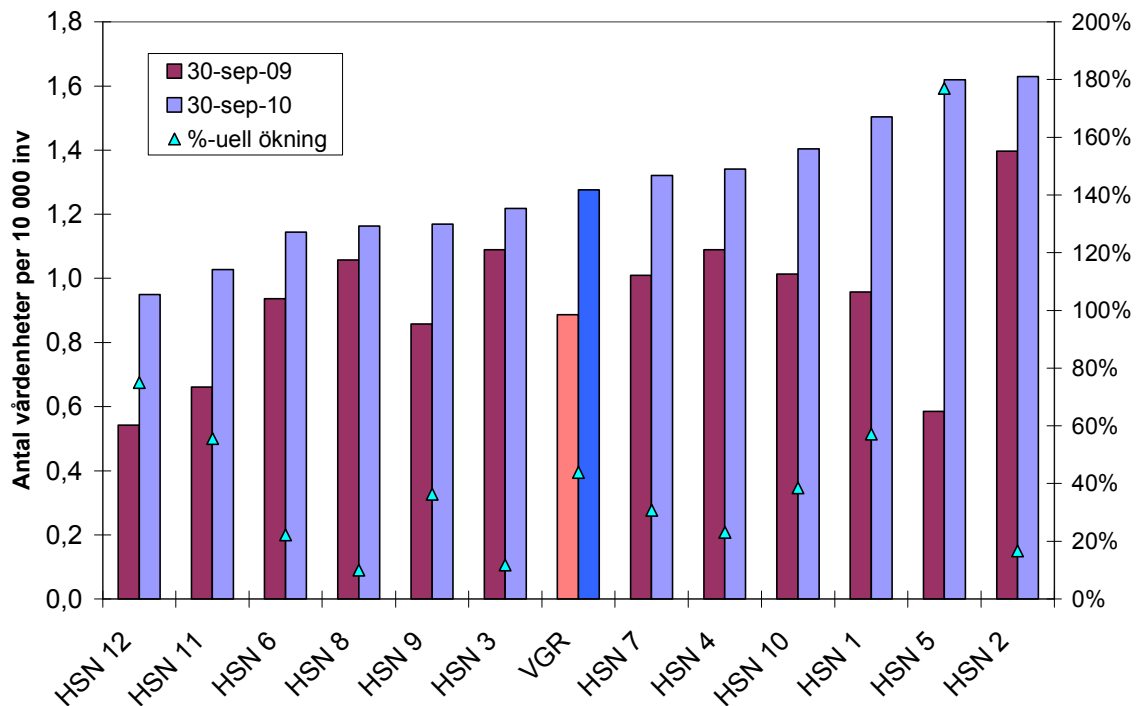


Diagram 4: Antal vårdenheter per 10 000 invånare uppdelat per nämnd före VGPv jämfört med ett år senare. Diagrammet visar också den procentuella förändringen.

2.2.2 Specialister i allmänmedicin

I diagrammet nedan visas en sammanställning över antalet specialistläkare per 100 000 invånare i de olika geografiska områdena. I denna jämförelse syns att tillgången till specialister i allmänmedicin per 100 000 invånare ser ut att vara högst i Fyrbodalsområdet (hsn 1, 2 och 3), vilket är i princip samma bild som förmedlas genom diagrammet ovan över antal vårdcentraler per 10 000 invånare. Generellt sett ser det ut som om antal vårdcentraler och antalet specialister i allmänmedicin överensstämmer ganska väl. Tillgången till övriga privata specialister och läkare på nationella taxan är lägst i glesbygd vilket också påverkar tillgängligheten.

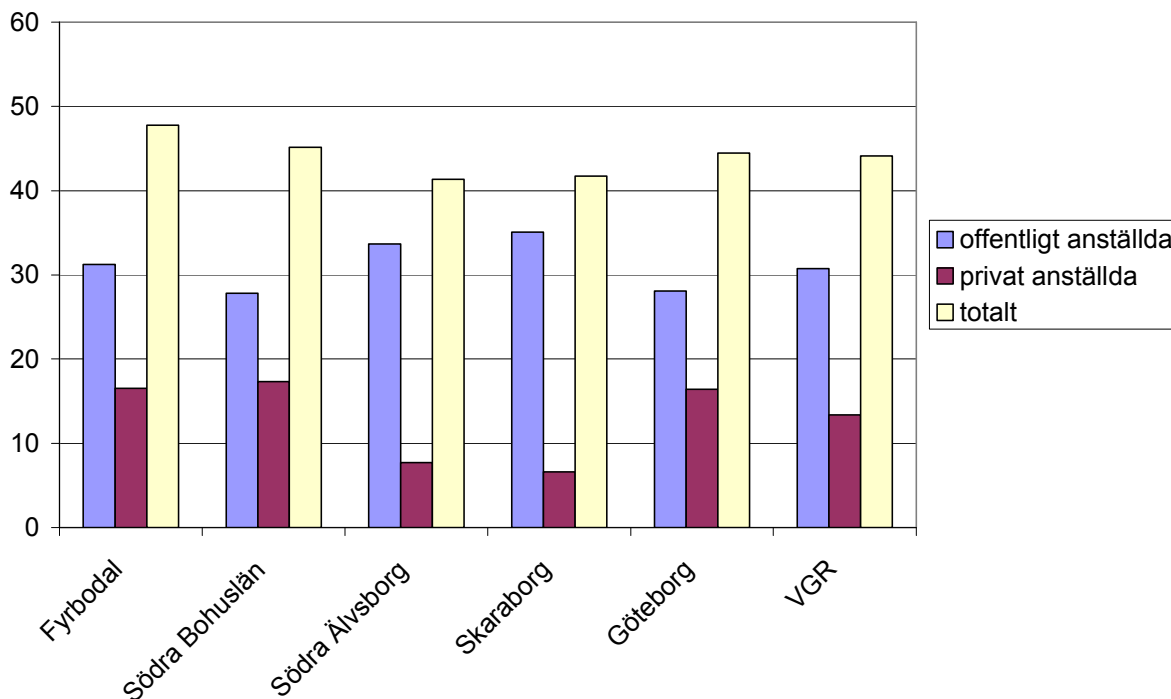


Diagram 5: Antal specialister i allmänmedicin per 100 000 invånare, uppdelat per geografiskt område
50 motsvarar en specialist i allmänmedicin per 2 000 invånare.

2.2.3 Kvälls- och helgöppna mottagningar

Som en följd av VG Primärvård har tillgängligheten till primärvård på jourtid förändrats. Antalet utbudspunkter i regionen har fördubblats, och trots att öppettiderna har minskat på vissa av de helgöppna mottagningarna bedöms tillgängligheten på kvällar och helger ha förbättrats totalt sett i regionen.

Det förekommer avvikelser i regionen och det är rimligt att tro att det minskade öppethållandet på helgerna är en anpassning till miniminivån för jouröppet som anges i Krav- och kvalitetsboken.

I Skaraborg har tillgängligheten ökat något lite på vardagar medan antalet öppna timmar på veckoslut och helger minskat.

I Sjuhärad och Mittenälvsborg ses ingen förändring i öppethållandet på vardagkvällar medan det däremot skett en neddragning på helger.

I Fyrbodal har två nya så kallade jourmottagningar startats, öppettider och utbud är för övrigt oförändrat.

I Göteborg och Södra Bohuslän fanns tidigare 3 jourmottagningar och efter VG Primärvård finns nu 19 så kallade jourmottagningar samt ett par vårdcentraler med förlängt öppethållande kvällstid.

Konkurrensläget i vissa delar av regionen har gjort att tillgängligheten under jourtid ökat markant. Detta innebär i några områden större utbud av jourtider än efterfrågan.

Konkurrenssituationen mellan vårdgivare är en bidragande orsak till detta.

Då tillgängligheten i VG Primärvård har ökat kunde en väntad konsekvens ha blivit ett ändrat sökmönster med färre besök på sjukhusens akutmottagningar. Så har inte blivit fallet, men patientströmmar kommer även fortsatt att följas. Enligt den rapport som framtagits av

Analysenheten ”Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård”⁴ har inte flödet av akutpatienter på Alingsås lasarett, Kungälv's sjukhus eller inom NU-sjukvården påverkats i någon större omfattning. Ett ökat akut patientinflöde kan ses på SkaS och SÄS samt inom vuxensomatiken på SU (i princip SU/M). På barnsidan inom SU minskar antalet akutsökande patienter.

Bilden är, enligt rapporten, inte enhetlig i regionen, och i flera fall handlar det snarast om en förstärkning av en tidigare trend.

En förändring i vårdutbudet i Göteborg våren 2010 var att Capio Axessakuten lade ner sin jourverksamhet i vilken ortopedier och röntgen ingick. Detta kan delvis förklara det ökade akuta patientinflödet på SU/M (ortopeden).

2.2.4 Uppmätt tillgänglighet

I lägesrapporten⁵ över väntetider och tillgänglighet visas resultatet av SKL:s mätningar av telefontillgängligheten till vårdcentraler. Dessa mätningar visar en förbättring under de tre mätningar som gjorts under VG Primärvårds första år och en nivå som är klart över riksgenomsnittet och på en tredjeplats i jämförelse med övriga landsting. Det bör i sammanhanget tilläggas att den mätning som gjordes i mars 2009, alltså ett halvår innan VG primärvård, visade på ännu högre siffror i telefontillgängligheten. Att värdet på tillgängligheten i oktober 2009 var lägre förklaras av problematiken kring pandemivaccineringen och att ett flertal vårdcentraler inte deltog. Starten av VG Primärvård innebar en nystart för dessa mätningar och därav har mätresultaten från tider före denna reform inte tagits med i diagrammet nedan.

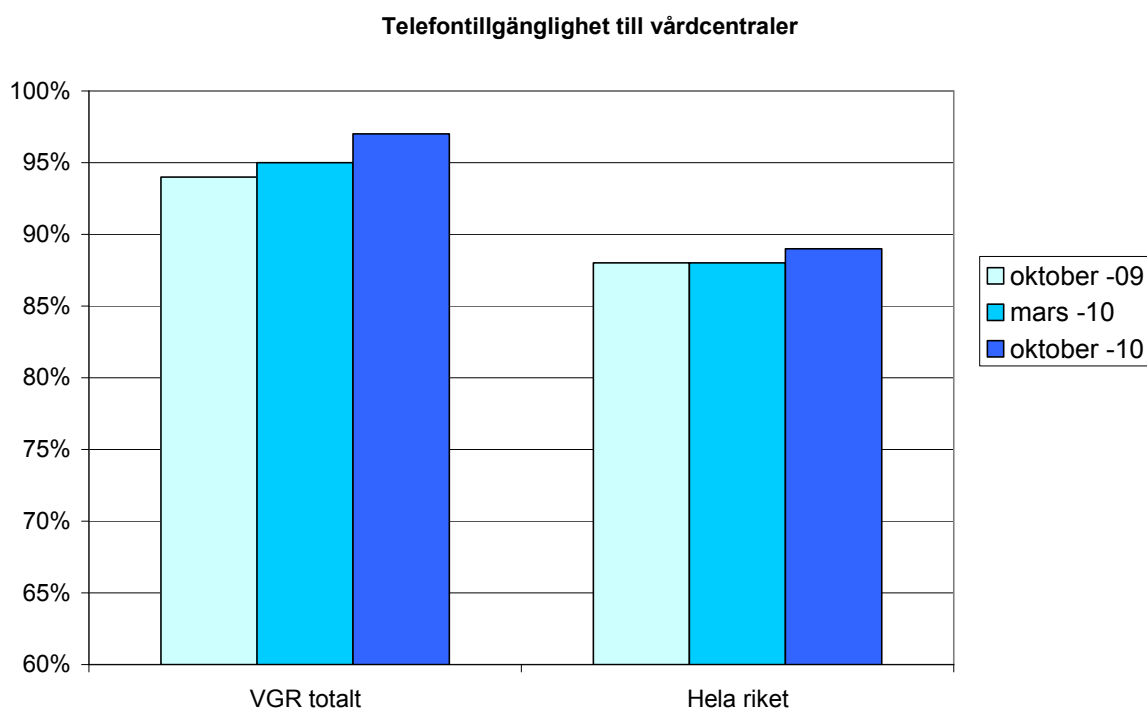


Diagram 6: Telefontillgänglighet till vårdcentraler

⁴ Konsekvenser av VG Primärvårds genomförande, Analysenheten, december 2010

⁵ Lägesrapport Väntetider & Tillgänglighet, Del 2 november 2010, Gunnar Numeus

I samma lägesrapport konstateras det att besökstillgängligheten⁶ till vårdcentraler ligger på en hög och bra nivå för Västra Götalandsregionen totalt sett och även här är nivån något högre än riksgenomsnittet. I siffrorna som presenteras i tabellen nedan syns också en ökad tillgänglighet i Göteborgsområdet. Förändringarna i övriga geografiska områden är dock för små för att kunna dra någon egentlig slutsats.

	Fyrbodal	Göteborg	Skaraborg	Södra Bohuslän	Södra Älvsborg	VGR	Riket
Mars 2009	96 %	87 %	94 %	98 %	95 %	94 %	91 %
Okt 2009	98 %	90 %	95 %	96 %	95 %	94 %	92 %
Mars 2010	98 %	92 %	97 %	98 %	92 %	95 %	92 %
Okt 2010	97 %	93 %	95 %	96 %	93 %	95 %	92 %

Tabell 3: Andelen som fick läkarbesök inom 7 dagar

2.3 Patientupplevd kvalitet

2.3.1 Patientenkäten

I februari 2010 skickades en enkät⁷ ut till de patienter som besökt någon av de då verksamma vårdcentralerna inom VG Primärvård. I den resultatsammanställning som gjorts från denna enkät ställs svaren mot den patientenkät som gjordes i september 2009, det vill säga innan införandet av VG Primärvård. Man bör vara lite försiktig när man jämför de båda mätningarna. Nedan följer dock en sammanställning av dessa jämförelser.

Jämfört med mätningen 2009 har den patientupplevda kvaliteten ökat. Sett till de åtta indikatorerna, *helhetsintryck*, *bemötande*, *delaktighet*, *information*, *tillgänglighet*, *förtroende*, *upplevd nytta* och *fråga om rekommendation* så har medelvärdet ökat från 79,9 (2009) till 81,2 (2010). Sammantaget tycks den patientupplevda kvaliteten alltså vara något högre än för sex månader sen.

Både vad gäller indikatorerna respektive de enskilda värdena är resultatet genomgående högre i år jämfört med föregående år. Hur mycket effekten härav ska tillskrivas vårdvalet är dock svårt att uttala sig om. Det krävs flera mätningar för att kunna dra mer långtgående slutsatser av dessa mätningar. Därför kommer det att bli mycket intressant att se resultatet från kommande patientenkät som beräknas bli klart i februari 2011.

Trots det förbättrade resultatet kan man se stora skillnader mellan olika hälso- och sjukvårdsnämnder. Det är betydande skillnader mellan exempelvis Göteborg – centrum/väster (HSN 5) som har högst medelvärde och Göteborg – nord/öster (HSN 12) som har lägst.

Bland de enskilda vårdcentralerna kan man konstatera att spridningen är stor. De vårdcentraler som fick höga värden 2009 får det i allmänhet även 2010. En liknande tendens ses bland de vårdcentraler som fått mindre bra resultat i enkäterna.

En tydlig skillnad finns mellan offentliga och privata vårdgivare där de privata vårdcentralerna i genomsnitt får högre värden än de offentliga, med undantag från Göteborg – nord/öster (HSN 12).

⁶ Andel (%) som fått tid inom 7 dagar

⁷ Nationella patientenkäten för god vård

2.3.2 Vårdbarometern

Sveriges kommuner och landsting (SKL) mäter rullande befolkningens inställning till hälso- och sjukvården. Data samlas in via telefonintervjuer bland slumpmässigt utvalda personer över 18 år. Då det rör sig om en urvalsundersökning förekommer slumpvisa variationer vilket medför att resultaten kan variera mellan mättillfällena till följd av detta. De trender över en längre tidsperiod som ses i diagrammet nedan är dock att betrakta som tillförlitliga.

Det finns en underliggande trend att invånarnas förtroende för vård och behandling på vårdcentraler ökar. Denna trend fortsätter tydligt också efter införandet av VG Primärvård och är nu uppe på ca 59 procent. Samtidigt fortsätter förtroendet för sjukhus att sjunka något och vid mätningen kvartal 4 2010 är förtroendet för vårdcentraler och sjukhus lika stort bland invånarna i Västra Götalandsregionen. Förtroendet för vårdcentraler år 2009, låg i genomsnitt för riket på 56 procent (mycket eller ganska stort förtroende). Om denna nivå för riket är oförändrad 2010 innebär detta att förtroendet för vårdcentraler i Västra Götalandsregionen nu faktiskt är högre än riksgenomsnittet. Nästa nationella mätning kommer i januari 2011 och vi får då en bekräftelse på om detta stämmer.

Andel av västragötalänningarna som har...

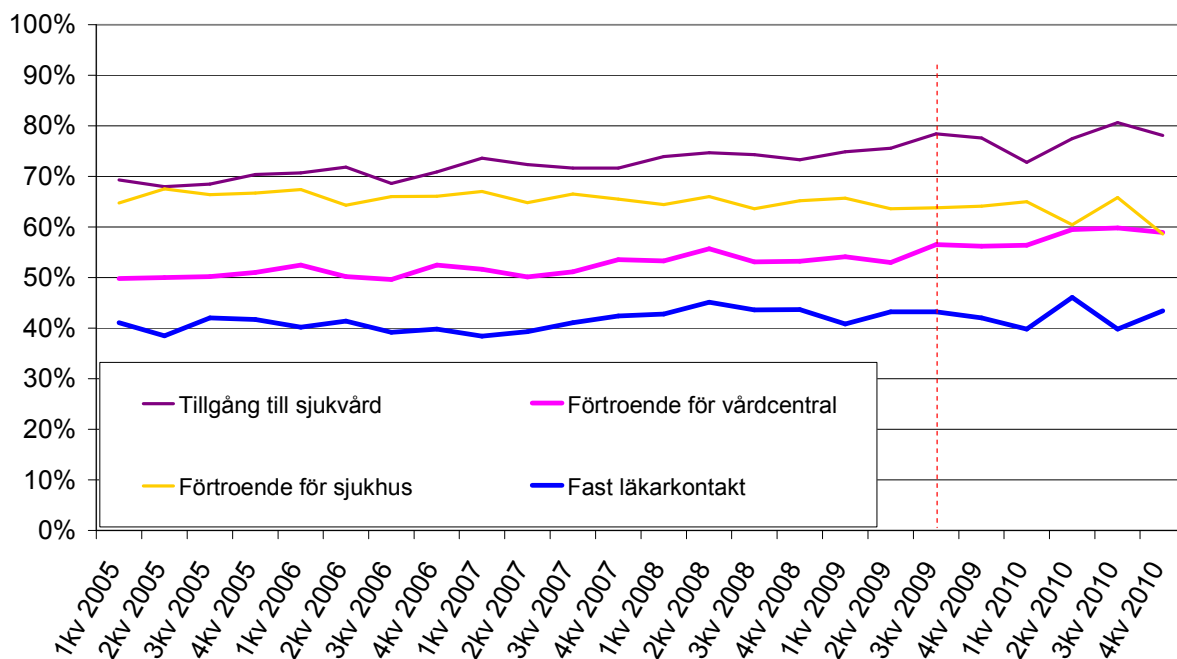


Diagram 7: Sammanställning från Vårdbarometern

Andelen invånare som anser sig ha tillgång till den vård de behöver har ökat och ligger nu på en nivå omkring 79 procent, vilket är i paritet med riksgenomsnittet för 2009. Även andelen invånare som uppger att de har en fast läkarkontakt har ökat, om än måttligt.

Något som inte syns i diagrammet ovan men som ändå förtjänar att nämnas är att andelen invånare som inte fick tid för besök samma dag men som ändå uppger att väntetiden är rimlig har ökat och uppgår nu till drygt 90 procent. Samtidigt har även andelen som uppger att det är lätt att komma fram per telefon ökat markant och ligger nu på ca 75 procent.

3 Verksamhetsperspektiv

Införandet av VG Primärvård har i flera avseenden inneburit helt nya förutsättningar för vårdgivarna inom primärvården. Tidigare fanns variation både i uppdrag och i ersättningsmodeller för vårdcentraler inom regionen. Det gällde såväl mellan nämndområdena som mellan privata och offentliga vårdgivare. Från och med VG Primärvårds införande är uppdraget och ersättningsprinciperna samma i hela regionen för alla vårdgivare oavsett geografisk placering eller driftsform.

VG Primärvård har också inneburit nya och ökade möjligheter för vårdaktörer att etablera sig samtidigt som det blivit en ny och ökad konkurrens mellan vårdgivarna om patientunderlaget. Nya vårdgivare har till skillnad från tidigare etablerade vårdgivare oftast ett mindre patientunderlag och har därför sämre ekonomiska förutsättningar under ett uppbyggnadsskede. Å andra sidan har flera tidigare vårdgivare – inte minst flera offentliga vårdenheter – fått anpassa sin verksamhet till ett minskat patientunderlag till följd av den ökade konkurrensen från ett stort antal nyetablerade vårdenheter. Första året med VG Primärvård har således i stor utsträckning präglats av såväl uppbyggnadsproblem som omställningsproblem.

3.1 Utbud av vårdenheter

Faktaruta

64 nya vårdcentraler startades 1 oktober 2009

30 september 2010

Antal vc med < 3 000 listade = 22,
varav 4 av dessa i offentlig regi

Antal vc med > 10 000 listade = 56,
varav 50 av dessa i offentlig regi

Bakom de 205 vårdenheterna står 38 olika leverantörer/ägare. Över hälften av dessa har endast en vårdcentral i VG Primärvård. Sex leverantörer/ägare driver 16 eller fler vårdcentraler inom vårdvalet. Här återfinns de fem offentliga primärvårdsförvaltningarna samt Praktikertjänst. Ett flertal privata vårdföretag som sedan tidigare varit verksamma inom Västra Götaland med hälso- och sjukvård eller företagshälsovård har i samband med vårdvalet etablerat flera nya vårdcentraler. Några av dessa är nationellt etablerade vårdföretag. Av de 26 privata vårdavtal om vårdcentralverksamhet som fanns innan VG Primärvård valde 24 att gå in i VG Primärvård. De 2 vårdenheter som valde att ej ingå i vårdvalet har båda avslutats under våren 2010 i samband med avtalstidens slut.

Under VG primärvårds 12 första månader har fem vårdenheter (3 privata och 2 offentliga) upphört i förtid. Dessutom har en offentlig vårdenhet har övergått i privat regi och 2 privata har ändrade ägarförhållanden. Efter 30 september 2010 har ytterligare ansökningar om att få avsluta sitt kontrakt i förtid inkommit. Som anledning har framförts ekonomiska svårigheter som bland annat hänger ihop med bristande patientunderlag. Någon har angivit att man vill slå samman vårdcentraler för en mer rationell hantering. Det har också startat några nya vårdcentraler efter den 30 september 2010 och det har inkommit ytterligare några ansökningar om att starta vårdcentraler.

3.2 Erfarenheter från vårdgivarna

Inför denna rapport efterfrågades erfarenheter och synpunkter från de olika utförarna, både från privata och offentliga från hela regionen. Många kloka synpunkter och rapporter från ett omvälvande första år inkom och här är ett försök till sammanfattning av ett urval av dem:

Positiva erfarenheter

- Det är positivt att medborgarna fått en reell valmöjlighet och att modellen stimulerar till ökad tillgänglighet.
- Fokus på patienten har ökat vilket i sin tur fört med sig att patienten fått en starkare ställning.
- Spelreglerna har blivit tydligare.
- Det är positivt att uppdraget är lika för såväl privata som offentliga vårdgivare.
- Kvalitet har kommit i fokus och frågan om vad som är bra kvalitetsarbete i primärvården.
- Vårdvalet har inneburit en kulturförändring som kräver alla personalkategoriernas delaktighet och engagemang.
- Att vårdtyngd och socioekonomiskt utsatta områden samt geografi tas hänsyn till i modellen
- Ökad ekonomisk och produktionsinriktad medvetenhet till exempel logistiktänk och arbete med triagering

Svårigheter/förbättringsområden

- Gränssnittsproblem mellan sjukhusvård/primärvård – olika gränssnitt i regionen ger olika uppdrag för primärvården samt olika kostnadsansvar.
- Täckningsgraden ger inte tillräckliga incitament för att anställa specialister inom andra områden än allmänmedicin.
- Uppföljningen har ökat administrationsbördan bland annat många uppföljningsparametrar
- Det finns viss oro för obalans i tillgänglighet för ”tillfälligt sjuka” kontra kronisk sjuka, multisjuka och äldre.
- All ersättning för kvalitet borde betalas ut till kvalitetsförbättrande åtgärder.
- Krav på samverkan i Krav- och kvalitetsboken räcker inte som incitament.
- BVC – svårt med kontroll av ansvar. Enbart offentlig primärvård kan erbjuda både obruten vårdkedja mellan MVC och BVC, då MVC inte ingår i vårdvalet.
- Oklar konkurrensneutralitet – offentlig primärvård har uppdrag kvar för hela primärvården.
- Oklara roller mellan HSK – VGPPV-kontoret
- Ersättningssystemet är svåröverskådligt – önskemål om mer transparens och detaljeringsgrad i utbetalningsunderlag
- Önskemål om utbetalning i förskott. Nuläget försvårar för små och nystartade enheter och ställer ökat krav på likviditet.
- ACG-systemet skulle införts successivt med schabloniserad ersättning inledningsvis för att inte missgynna de nystartade enheterna.
- Omställning och personalminskningar har gjort året tungt.

I samtliga inkomna synpunkter kommer gränssnittsproblematiken upp. Många tar upp en svåröverskådlig och komplicerad administration. Nya utförare har haft problem i starten med att få de administrativa systemen och verksamheten att komma igång, medan den offentliga primärvårdens synpunkter kan sammanfattas i nedanstående inlägg:

”Det har varit ett år fyllt av utmaningar, ett år då vi verkligen både fått gasa och bromsa. Det förstnämnda beroende på att invånarnas val av vårdgivare är en förutsättning för vår utveckling och fortsatta existens. Bromsa eftersom antalet privata vårdgivare har inneburit ett omfattande omställningsarbete av medarbetare och lokaler för att skapa balans mellan verksamhet och ekonomi.”

En vanlig uppfattning bland såväl offentliga som privata vårdgivare är att det är svårt att få ekonomin att gå ihop. Det finns flera förklaringar eller orsaker till detta. Resurstilldelningen till primärvården varierade mellan nämndområdena i regionen före VG Primärvård. I vissa områden hade primärvårdsenheterna mer pengar än inom andra. Genom införandet av VG Primärvård gäller samma ersättningsprinciper i hela regionen. Detta har inneburit att det delvis skett en omfördelning av primärvårdsresurserna vilket i sin tur fått som konsekvens att en del vårdenheter fått minskade resurser jämfört med tidigare. En annan förklaring är att det i VG Primärvård är betydligt fler vårdenheter som ska dela på samma totala ekonomiska utrymme som gällde före VG Primärvård. Detta har inneburit att systemet innehåller högre kostnader (lokaler med mera) än före VG Primärvård.

De ekonomiska svårigheterna för en del vårdenheter hänger samman med att uppdraget enligt Krav- och kvalitetsboken innebär ett omfattande åtagande för vårdcentralerna. VG Primärvård ska fungera som första linjens vård och ha ett helhetsansvar för patienterna. Bredden i åtagandet ställer höga krav på bland annat kompetens och personalresurser. Detta medför att det behövs ett relativt stort patientunderlag för att få verksamheten att gå runt ekonomiskt.

Många av de tidigare etablerade vårdcentralerna har också haft problem och svårigheter med att anpassa sin verksamhet till det nya uppdraget och att gå från ett områdesansvar till att verka på en konkurrensutsatt marknad.

Flera vårdgivare anser att den tillämpade ersättningsmodellen är komplex och att det är svårt att förutse och kontrollera intäkter och kostnader. Bland annat hävdas att det är svårt att påverka kostnadsavdraget för besök hos andra vårdgivare.

Itererade recept

Införandet av VG Primärvård innebär att samtliga vårdenheter fick kostnadsansvar för sin läkemedelsförskrivning. Vårdenheterna hade även kostnadsansvar för recept som utfärdades innan starten av VG Primärvård med giltighet efter vårdvalets införande för så kallade itererade recept. För dessa kostnader beslöts att göra ett schablonavdrag i ersättningen under enheternas första 12 verksamhetsmånader. Den ursprungliga tanken var att storleken på detta avdrag skulle minskas över tiden i takt med att kostnaderna minskade.

I själva verket blev det inte på detta sätt, till stor del beroende på en eftergift som gjordes, vilket innebar att inget avdrag gjordes för januari och februari. Eftersom de nystartade enheterna haft höga initiala kostnader enades man om att skjuta på dessa avdrag. Då inget avdrag gjordes under dessa månader var det nödvändigt att höja storleken på avdraget de kommande månaderna för att uppnå kostnadstäckning. När avdragen och kostnaderna åter hamnat i fas kunde man sedan börja sänka avdragen igen så som tidigare planerat.

Denna hantering var ganska komplicerad och inte helt lätt för verksamheterna att förstå. En del vårdgivare har uttryckt att detta har gjort det svårt för dem att i förväg veta hur stort

kommande månads avdrag kommer att bli och därmed, i förlängningen också svårigheter att planera sin ekonomi.

3.3 Patientbesök

Det finns svårigheter med att jämföra besöksstatistik från före införandet av VG primärvård med tiden efter införandet. Det beror bland annat på att uppdraget i vissa delar inte är detsamma vid de olika tidsperioderna.

Nedanstående beskriver förändringarna i de delar som kan anses ha en jämförbarhet över tidsperioderna.

Under VG Primärvårds första verksamhetsår har antalet läkarbesök ökat med 10,1 procent. Störst förändring har skett i nämndområde 12, Göteborg – Nord Öster, där ökningen uppgår till 23,7 procent.

	1 år efter VGPV	Diff 1 år före VGPV	
		Antal	Procent
Läkarbesök	2 224 972	+204 604	+10,1
Sjuksköterskebesök	1 215 064	-186 104	-13,3
Besök psykolog, psykoterapeut, kurator	116 809	-17 239	-12,8

Tabell 4: Antal besök 1 år före VG PV jämfört med 1 år efter VG PV

Antalet besök hos sjuksköterska har minskat med 13,3 procent. En möjlig förklaring till en del av denna nedgång kan vara den omfattande vaccinering som genomfördes i samband med svininfluensan under VG Primärvårds första månader. Vaccineringarna, som inte registrerades som besök, utfördes av sjuksköterskor och hade därför en undanträngningseffekt på andra sjuksköterskebesök. Störst minskning av antalet besök har skett i Norra Bohuslän (hsn 1), där 22,4 procent färre besök utförts. Här kan även noteras att Göteborg – Centrum Väster (hsn 5), som hade en stor ökning av antalet läkarbesök, även har en ökning avseende sjuksköterskebesök med 13,6 procent.

Även antalet besök utförda av psykolog, psykoterapeut samt kurator (i figuren nedan grupperade som "psykisk ohälsa") har tillsammans minskat med 12,8 procent under året. De tre nämnderna 1, 2 och 5 visar dock en ökning av dessa besök. Mittenälvsborg (hsn 6) och Östra Skaraborg (hsn 10) uppvisar den största nedgången.

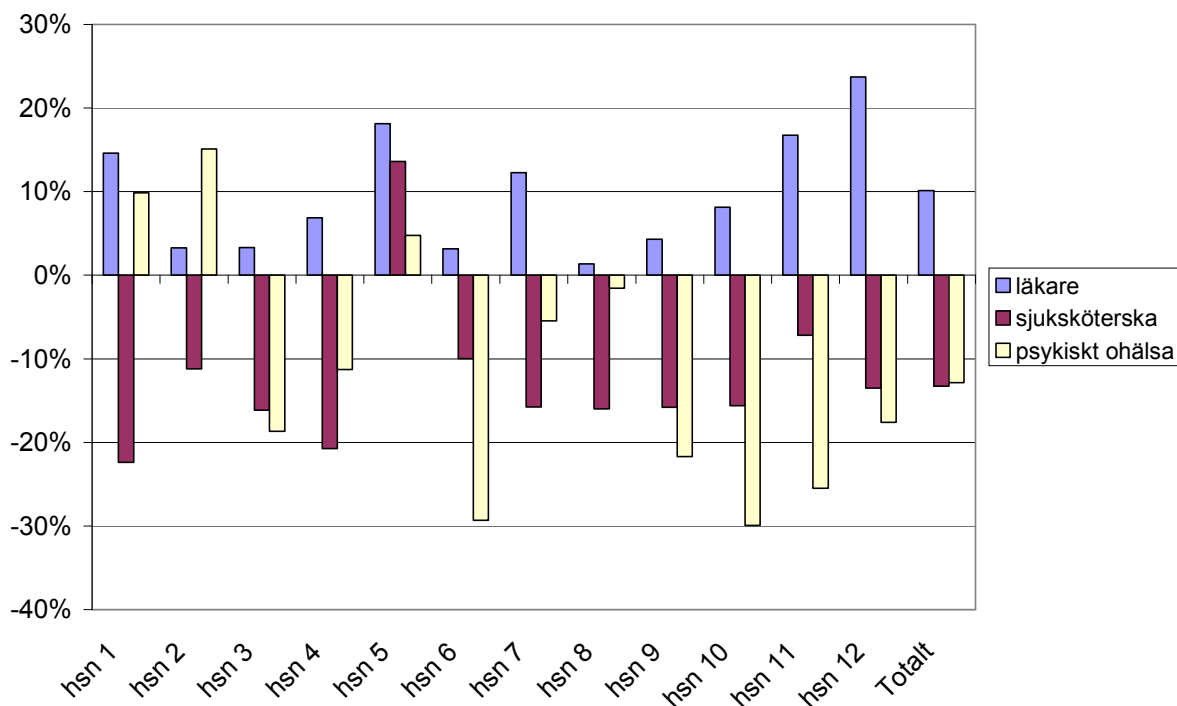


Diagram 8: Förändring i antalet producerade besök under perioden 1 okt 2009 – 30 sept 2010 jämfört med samma period året innan. Källa: Vega

Även om antalet besök hos legitimerad psykolog/psykoterapeut samt kurator har minskat kan man konstatera att psykologisk behandling i form av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) har prioriterats. Detta ligger i linje med de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Det förekommer en kraftig ökning i statistiken av antalet personer som fått KBT och även antalet besök. Den kraftiga ökningen förklaras troligen av en ökad registreringsgrad. Vårdcentralerna har trots att KBT ingår i uppdraget fått ett utvecklingsbidrag från de statliga stimulansmedlen under 2010 vilket möjligen delvis kan förklara ökningen.

En tydlig trend kan ses att vårdvalet och den konkurrenssituation detta innebär medverkar till fler tillgängliga läkartider. Tidigare ersättningssystem inom regionen var i huvudsak prestationsbaserat och innehöll därmed starka incitament att erbjuda patientbesök. Det är mycket intressant att följa hur en ersättningsmodell baserad på kapitering påverkar tillgången till besök och arbetssätt på vårdcentralerna. Ett antagande inför denna förändring var att vårdcentralerna skulle effektivisera sina resurser genom att erbjuda ”lägsta effektiva omhändertagandenivå” i vårdkontakt. Detta skulle i så fall innebära ett ökat utnyttjande av övriga yrkeskategorier än läkare på vårdcentralerna. Det är därför intressant att över tid följa utvecklingen av patientbesök och den trend som ses idag med fler läkarbesök i förhållande till andra vårdkategorier.

3.3.1 Patientströmmar mellan primärvård och sjukhus

I samband med införandet av VG Primärvård beslutades att följa⁸ utvecklingen av eventuella förändrade patientströmmar mellan vårdnivåerna. Fyra uppföljningsvariabler har använts; antalet läkarbesök på sjukhusens akutmottagningar, antalet öppenvårdsbesök hos läkare på sjukhusen (ej akuten), antalet läkarbesök i privat, specialiserad öppenvård samt antalet

⁸ Konsekvenser av genomförandet av VG Primärvård, Analysenheten december 2010

remisser från primärvården till sjukhusens öppenvårdsmottagningar (ej akuten eller diagnostik).

Ett år efter VG Primärvårds införande går det inte att se någon regionalt enhetlig bild. Som tidigare redovisats har de akuta läkarbesöken på tre stora sjukhusgrupper ökat, antalet remisser har ökat men inte polikliniska besök.

3.3.2 VG Primärvårds andel av samtliga besök i den öppna vården

Ett av målen med VG Primärvård är att primärvårdens andel av vårdkontaktarna ska öka. Detta utläses i den så kallade täckningsgraden som är ett relationstal mellan de besök som patienten gör i primärvården i förhållande till patientens alla öppenvårdsbesök (inklusive sjukhus).

Täckningsgraden har endast ökat marginellt (0,5 procent) under det första året.

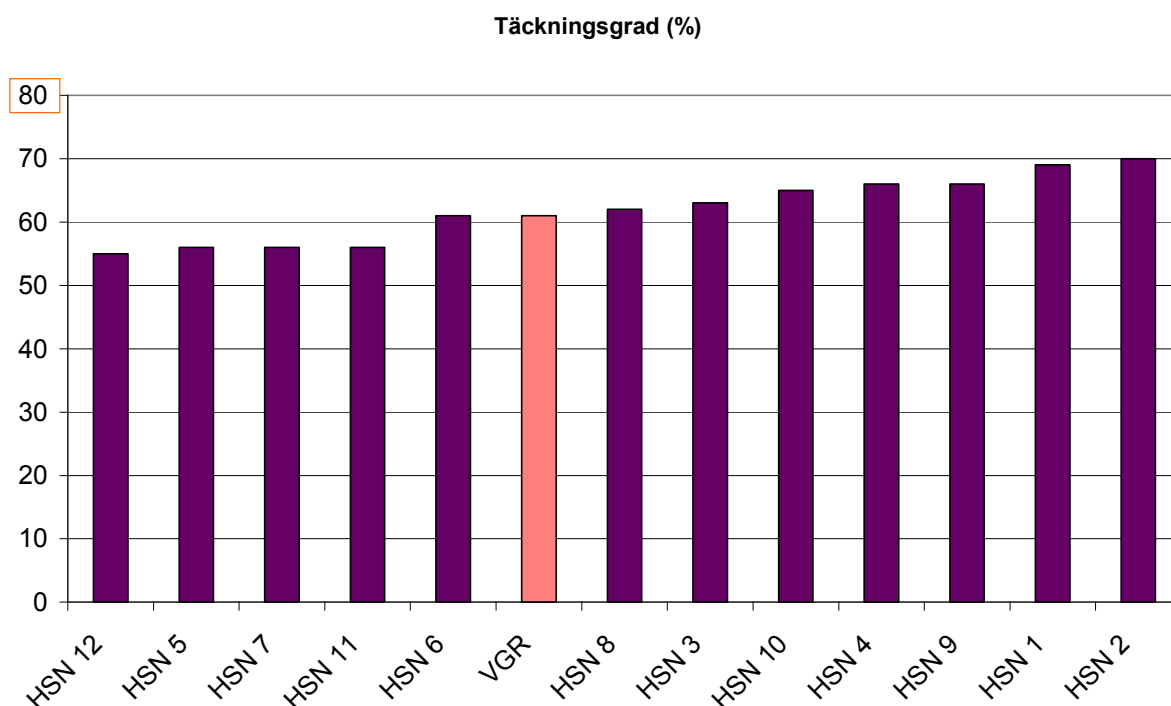


Diagram 9: Täckningsgrad per hälso- och sjukvårdsnämnd, oktober 2010 (Källa: SPEAR)

3.3.3 Patientströmmar inom VG Primärvård

Det är värt att beskriva patientströmmarna utifrån vårdgivarnas perspektiv då detta utgör svårigheter för många att nå kontroll över sina kostnader. Det minskar även möjligheten för vårdenheten att ta ett helhetsansvar för sina patienter.

I den högra delen av diagrammet nedan återfinns de vårdcentraler vars listade personer i högst grad gör sina besök på annan enhet än där de är listade. Här domineras kraftigt av enheter lokaliserade i Göteborg Centrum-Väster (hsn 5). Till vänster i diagrammet med låg grad av besök på annan enhet förekommer vårdenheter från flera olika nämndområden. Den gemensamma nämnaren är dock att de alla är verksamma i glesbygd. Att det ser ut så här är inte oväntat. Befolkningen i Göteborg Centrum-Väster är de som i störst utsträckning väljer en annan primärvårdsenhet än den man är listad vid när man söker vård. Det stora utbud av vårdcentraler i Göteborg påverkar naturligtvis detta, men det kan också finnas andra förklaringar bakom detta så som annan tradition vad gäller besöksmönster.

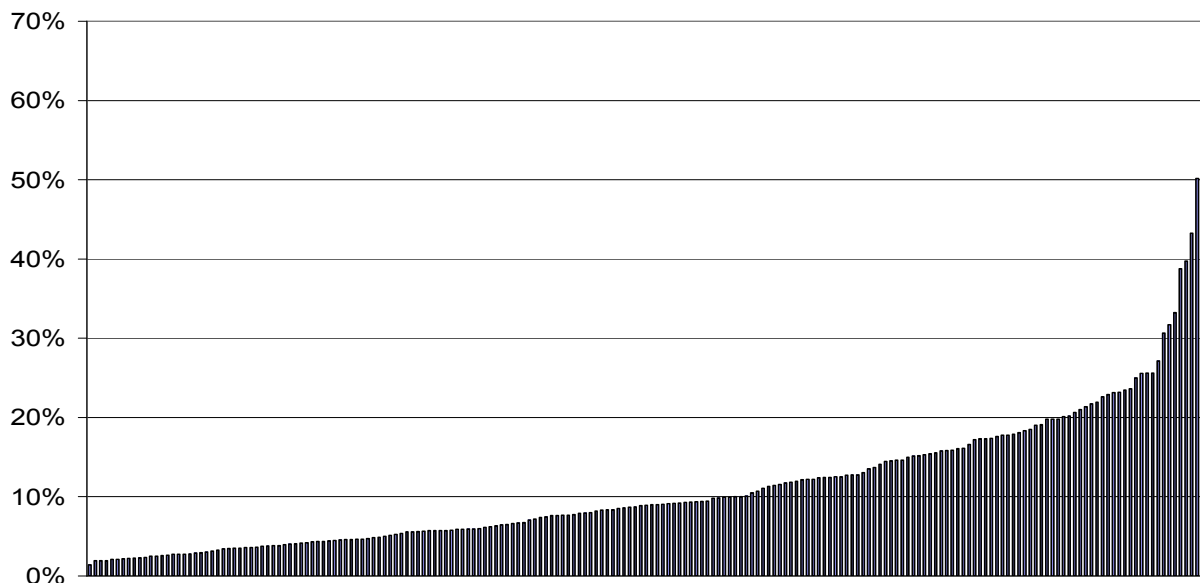


Diagram 10: Andel besök på annan vårdvalsenhet och hos allmänläkare på nationella taxan per vårdvalsenhet under VG Primärvårds första år. Jourbesök är ej inkluderade (Källa: Vega)

Diagrammet nedan visar andelen besök på annan enhet/mottagning uppdelat per nämndområden. Diagrammet visar att de tre Göteborgsnämnderna (hsn 5,11,12) samt nämnden i Södra Bohuslän (hsn7) ligger över regionens genomsnitt. I hsn 5 är det mer än 20 % av besöken som sker på annan enhet än där individen är listad.

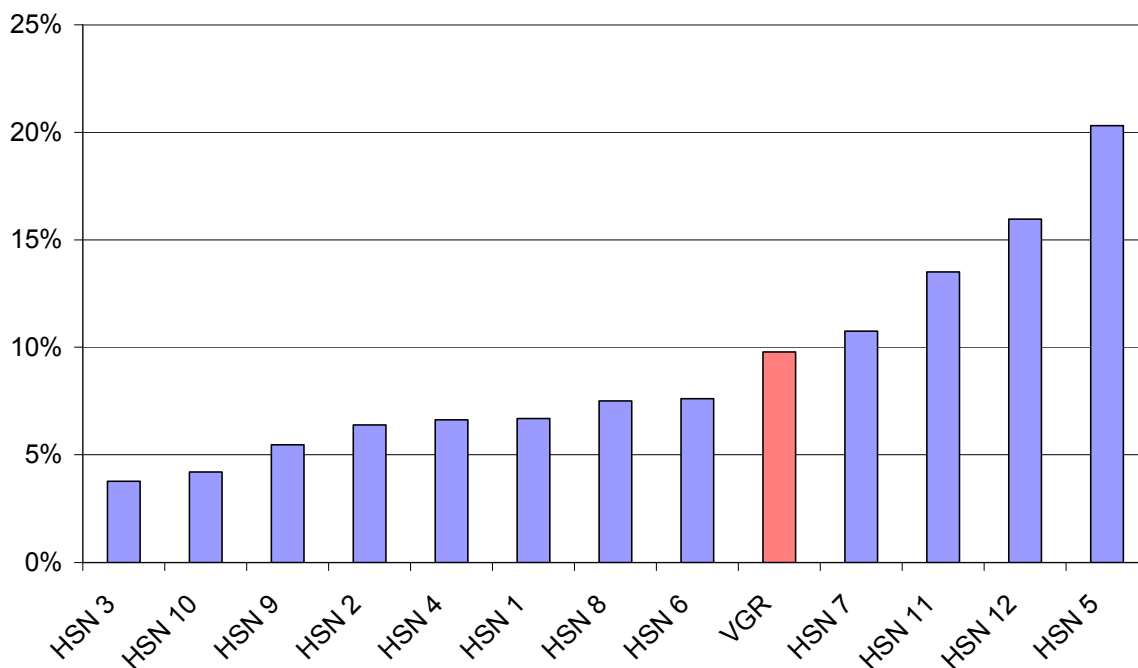


Diagram 11: Andel besök hos annan vårdvalsenhet samt Nationella taxan-primärvårdsläkare per vårdvalsenhetens HSN under VG Primärvårds första år. Jourbesök är ej inkluderade. (Källa: Vega)

3.4 Barnhälsovård (BVC)

VG Primärvårdsuppdraget innebär att varje vårdcentral ska tillhandahålla BVC. Innan VG Primärvård fanns ett fåtal BVC drivna i privat regi och inom offentlig primärvård fanns BVC ofta på vårdcentralen och ibland som en självständig enhet i samverkan med flera vårdcentraler inom givet geografiskt område. VG Primärvård medförde att BVC tillhandahålls på fler ställen än förut. När man väljer vårdcentral innefattar valet hela det utbud som vårdcentralen tillhandahåller inklusive BVC. Detta har inte varit tydligt för föräldrarna. En del föräldrar till förskolebarn har velat ha kvar tidigare BVC-kontakt och samtidigt lista barnet på en annan vårdcentral. Det är upp till enskild vårdcentral/BVC att avgöra om de kan ta emot barn som är listad på annan vårdcentral. Detta har medfört svårigheter för vårdenheterna bland annat avseende ekonomi då ersättningen följer listningen och ingen särskild "BVC-peng" finns. En annan svårighet har varit att nå de barn som gick på en annan BVC än den valda vårdcentralens BVC.

Det tog tid initialt för flera av de nystartade barnavårdscentralerna att komma igång med sin verksamhet och att få kontakt med de listade barnen. Det har visat sig vara svårt för flera BVC att uppfylla Krav- och kvalitetsbokens krav på antal barn, till exempel i åldrarna 0 – 1 år dels i storstad men också i glesbygd. En översyn av antal barn per BVC planeras i samband med att årsstatistiken för 2010 blir klar för barnhälsovården i regionen. På mödravårdscentralerna (MVC) skall barnmorskan registrera vilken BVC som de blivande föräldrarna önskar gå på med sitt spädbarn, i sitt journalsystem Obstetrix, något som visat sig vara både svårt och kräva en hel del information. Kritik har framförts från nystartade BVC att den information som lämnats till nyblivna föräldrar inte har varit konkurrensneutral, utan varit till fördel för de sedan tidigare befintliga BVC.

För att stödja föräldrarna i sitt val av BVC håller ett informationsmaterial på att tas fram.

3.5 Lika förutsättningar att bedriva vård?

Det har under året framförts synpunkter på att vårdenheterna inom VG Primärvård inte har lika förutsättningar att bedriva vård. Olikheterna gäller dels mellan offentliga och privata vårdenheter, dels mellan nyetablerade och tidigare etablerade vårdenheter och dels mellan geografiska områden. Det är särskilt inom två områden som flera vårdgivare hävdar att vårdvalssystemet inte varit konkurrensneutralt. Det ena området gällde det initiala listningsförfarandet inför starten av VG Primärvård. Kritik framfördes att övergången missgynnade nya aktörer som inte hade patienter som var registrerade i regionens tidigare listningssystem. Det andra området gäller tillämpningen av ACG-systemet. En del nya vårdgivare ansåg att ACG-systemet under en övergångsperiod inte speglade en rättvis vårdtyngd eftersom många patienter – och då särskilt patienter som tidigare gått eller går hos privata vårdgivare verksamma på nationella taxan - saknar diagnossättning. Detta ansågs missgynna de vårdgivare som fått en stor andel av patienterna listade enligt närhetsprincipen och där det finns många vårdgivare verksamma på nationella taxan. Denna skillnad kommer successivt att jämnas ut i takt med att patienterna kommer i kontakt med VG Primärvård och får en diagnos. Problemet är särskilt påtagligt i Göteborgsområdet och kommer att finnas kvar så länge en stor del av patienterna fortsätter att gå hos läkare på nationella taxan utan att få sin diagnos registrerad i ACG-systemet.

För den offentliga primärvården har det första året präglats av omställning till en situation med minskat patientunderlag som medfört anpassning av personal och lokaler

Den infrastruktur som Västra Götalandsregionen har behöver anpassas inom flera områden då den idag inte omfattar privata aktörer. Exempel på detta är tillgången till information i

regionens intranät, behörigheter till IT-stöd och support till regiongemensamma system som Klara/SVPL (vårdplanering).

Offentliga och privata aktörer lyder under olika regelverk/lagar och därför kan förutsättningarna aldrig bli helt lika. De privata aktörerna har till exempel lättare att anlita underleverantörer jämfört med offentliga vårdgivare som måste förhålla sig till andra lagrum (t.ex. LOU). Detta är också något som påverkar samverkanslösningar mellan offentliga och privata vårdcentraler.

3.6 Gränssnitt

Historiskt sett finns olika beställningar, överenskommelser och traditioner i de olika nämnds/sjukhusområdena vilket har lett till att det tillämpade gränssnittet och därmed kostnadsansvar och uppdrag sett olika ut i regionen. Vårdvalet innebär ett lika uppdrag och kopplat till detta ett lika ersättnings- och uppföljningssystem. I och med vårdvalssystemets införande har diskussionen kring de olika gränssnitten mellan sjukhusvård och primärvård fått en ökad aktualitet, då uppdraget för primärvården nu är reglerat enligt krav- och kvalitetsboken och är lika i regionen oavsett privat eller offentlig drift. De pågående samtalen har framför allt rört gränssnittet mellan primärvården och sjukhusens öppenvård och kan exempelvis handla om kostnader för mammografi och cytologi vid utredning av brösttumörer, kostnader för laboratorie- och röntgenundersökningar i samband med utredning och uppföljning av olika sjukdomstillstånd, såsom inom ortopedin samt kostnader för läkemedel som bedöms vara knutna till sjukhusets alternativt primärvårdens område.

Gränssnittet mellan kommun och primärvård är reglerad i ett övergripande avtal och är mer enhetligt i sin tillämpning.

Riktlinjer, vårdprogram och andra vårdöverenskommelser beskriver ”best practice” avseende en speciell vårdbehovsgrupp men saknar oftast vårdnivåbestämning. Kostnadsansvaret i VG Primärvård ställer krav på en ensning av det medicinska gränssnittet för att ett patientsäkert samarbete skall säkras. Regionens pågående arbete med prioritering och utmönstring bör samordnas mellan nämndområden och med sektorsrådets arbete med att vårdnivåbestämma riktlinjer och vårdprogram och därigenom säkerställa enhetliga regionala ansvarsgränser.

Vårdcentralernas uppdrag påverkas också av nämndernas beställning av övrig vård. Olika beställningar från nämnderna kring annan öppenvårdsverksamhet, som angränsar till VG Primärvårds uppdrag, kan medföra att VG Primärvårdsenheternas uppdrag blir olika i regionen. Det kan inverka på enheternas möjlighet att bredda sitt åtagande och därmed höja sin täckningsgrad. En annan konsekvens kan vara att konkurrensneutraliteten påverkas.

3.7 Kvalitet / Stöd för verksamhetsutveckling

En bärande tanke med VG Primärvård har varit att sätta fokus på kvalitet. Intentionen är att man med mått skall kunna värdera och jämföra vårdkvaliteten på olika vårdcentraler och framför allt att förse vårdcentralen med relevant information för den egna kvalitetsuppföljningen. De uppföljnings- och kvalitetsindikatorer som tagits fram och som ingår i Krav- och kvalitetsboken ligger till grund för uppföljning och en mindre andel är kopplade till målrelaterad ersättning.

Det urval av kvalitetsindikatorer som tagits fram liknar mycket de som använts i andra landsting. I en aktuell kartläggning av mål/indikatorer för ersättning i primärvård konstaterades att det finns en stor medvetenhet om problem med ersättning kopplat till kvalitetsindikatorer. Landstingen har en strävan efter att ha fler mål och mått som baseras på resultat snarare än strukturer och processer men dessa är svåra att finna. Utvecklingsarbete har påbörjats kring bättre system för uppföljning inom primärvård och nationell samverkan är

viktig. Från Socialstyrelsen har en rapport ”Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården, för öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering” Även inom SKL och SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin pågår kvalitetsarbete.

För att få relevanta kvalitetsindikatorer fordras att åtgärder och diagnoser registreras och rapporteras in korrekt, att diagnoser sätts på ett någorlunda enhetligt sätt med mera. Under första året med VG Primärvård har fokus legat på registrering i syfte att stödja uppbyggnaden av ett uppföljningssystem. På många vårdcentraler har en stor arbetsinsats lagts på diagnossättning under första året, och korrekt diagnossättning är i stor utsträckning en grund för kvalitetsarbete.

Antalet diagnoser har under första året med VG Primärvård ökat med nästan 56 procent. Det finns ett incitament att registrera diagnoser i och med att detta utgör en grund för ersättningen via ACG. Förutom att diagnos ger förutsättningar för att patienten får rätt behandling och prognos ges positiva bieffekter i form av ett förbättrat kunskapsunderlag kring bland annat sjukligheten i regionen. En effekt av ökat diagnossättande ses i diagrammet nedan över antal patienter i primärvården med registrerad diabetesdiagnos. Andelen patienter i regionen med diabetesdiagnos är nu ca 4 procent av invånarna vilket motsvarar förekomsten av diabetes generellt i Sverige.

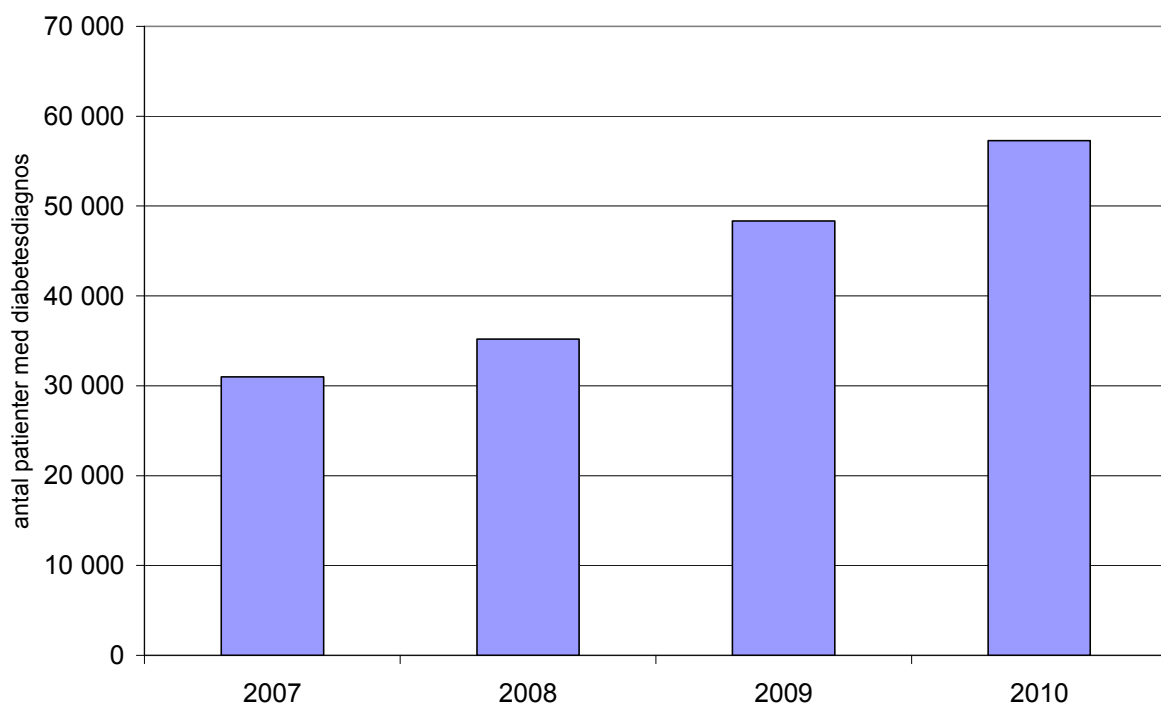


Diagram 12: Antal personer med registrerad diabetesdiagnos i primärvården (Källa: Vega)

Ett annat exempel på kvalitetsindikator är Fysisk aktivitet på recept (FaR). Här syns en markant ökning i antalet registrerade åtgärder som motsvarar utfärdandet av fysisk aktivitet på recept. Denna ökning startar i samband med införandet av VG Primärvård men det är svårt att säga om man verkligen har börjat ordinera fysisk aktivitet i större utsträckning eller om ökningen beror på en förbättrad registrering. Oavsett vilket, är det tydligt att denna kvalitetsindikator har haft någon form av styreffekt.

En arbetsgrupp från Analysenheten vid Regionkansliet leder i arbetet med att analysera och föreslå förändringar av de kvalitetsindikatorer som ingår i uppföljningen samt de kvalitetsindikatorer som ingår i den målrelaterade ersättningen.

Inför 2011 har uppföljningsplanen utökats med fler indikatorer och en något högre andel målrelaterad ersättning för kvalitetsmål. En spridning av målrelaterad ersättning till flera nyckeltal innebär att olika vårdområden säkrare kan beskrivas av en grupp indikatorer än som tidigare av enstaka sådana. Det är emellertid svårt att ta fram relevanta indikatorer inom till exempel områden som hälsofrämjande vård, psykisk ohälsa och sjukskrivningsprocessen.

Det finns ett nationellt intresse för kvalitetsuppföljning i primärvård med automatiserad datafångst. Ansvar för utveckling av en kvalitetsdatabas för primärvården har under 2010 överförts till Registercentrum VGR med målet att omvandla registret till ett kvalitetsregister med potential att bli ett nationellt kvalitetsregister. Databasen hanterar inledningsvis fem kroniska sjukdomsgrupper, astma, KOL, ischemisk hjärtsjukdom, hypertoni och diabetes.

3.7.1 Målrelaterad ersättning

Den målrelaterade ersättningen för kvalitet utgör ca 3 procent av den totala ersättningen i VG Primärvård. Detta innebär en ökning jämfört med ett tidigare genomsnitt på ca 1,5 procent i regionen. Den målrelaterade ersättningen har varit fördelad på 7 indikatorer varav 6 varit tillämpbara under 2010.

Införandet av VG Primärvård har inneburit ökade krav på korrekt rapportering och journalföring på vårdcentralerna. VG primärvårdskontoret har tagit fram ett informationspaket som beskriver hur registrering ska göras och vilka koder som ska användas. Det finns fortfarande brister i registreringar och det tar lång tid innan en god kvalitet uppnås. För vårdheterna innebär det stort arbete att få god kunskap om registrering och skapa rutiner för detta arbete.

Nedan följer en ögonblicksbild av de olika målen och hur ersättning betalats ut i november 2010.

Andel kinoloner	>15 %, ingen ersättning, 27 st. vårdcentraler 15-10%, halv ersättning 45 st. vårdcentraler <10%, hel ersättning 129 st. vårdcentraler
Deltagande i folkhälsoråd	93 st. vårdcentraler svarade ja 108 st. vårdcentraler svarade nej
Ackrediterat laboratorium	185 st. vårdcentraler svarade ja 16 st. svarade nej
Telefontillgänglighet	>95 %, ingen ersättning, 33 st. vårdcentraler 95-99%, halv ersättning 46 st. vårdcentraler <99%, hel ersättning 122 st. vårdcentraler
Läkemedelsavstämning	>60%, 6 kr/vårdvalspoäng 16 st. vårdcentraler 45-60%, 4 kr/vårdvalspoäng 8 st. vårdcentraler 30-45%, 2 kr/vårdvalspoäng 33 st. vårdcentraler <30%, ingen ersättning 147 st. vårdcentraler
Deltagande i nationella diabetesregistret	<60%, 0 kr/vårdvalspoäng 47 st. vårdcentraler 60-75%, 24 kr/vårdvalspoäng 39 st. st vårdcentraler >75%, 48 kr/vårdvalspoäng 104 st. vårdcentraler
Andel patienter som är nöjda med tillgängligheten	Eftersom sammanställningen av den nationella patientenkäten inte finns tillgänglig förrän 2011 fördelas under 2010 avsatta medel för detta mål till övriga indikatorer.

Ersättning har utbetalats till mellan 70-80 procent av vårdheterna med undantag för läkemedelsavstämning där endast ca 25 procent erhöll ersättning. Deltagande i folkhälsoråd

uppfylls i alla kommuner/stadsdelar. Indikatorn för andel kinoloner av UVI-antibiotika har sakta men säkert förbättrats. Detta är dock en utveckling som syntes även innan VG primärvård som har fortlevt under senaste året. I stort sett följer denna trend utvecklingen av antibiotikaförskrivningen i stort. Någon påtaglig effekt av den målrelaterade ersättningen kopplat till denna kvalitetsindikator är svår att se.

Anslutning till Nationella Diabetesregistret (NDR) visar på en betydande ökning av antalet registrerade patienter i primärvård⁹. År 2008 var antal patienter 32 460, 2009 35 507 och hösten 2010 uppgick detta antal till 43 124 registrerade patienter.

Inför 2011 införs en ny beräkning för målrelaterad ersättning med måltal för en undre gräns och en övre gräns. Varje indikator ges ett poängtal som utgör beräkningsgrund för den målrelaterade ersättningen.

3.7.2 Publicering av måluppfyllelse och resultat

SPEAR (Simulering, Prognostisering, Evaluering, Analys, Rankning) är ett statistiskt verktyg där uppföljningsdata visas på ett tydligt sätt. Systemet lanserades i oktober 2010 med en serie informations- och utbildningstillfällen i regionen. Samtliga utförare kan i SPEAR följa sitt eget och andras resultat vad gäller uppföljning och kvalitetsindikatorer och jämföra sina resultat med andra enheters. De kan också simulera utfall, dvs. ändra förutsättningarna och se vad resultatet blir om de till exempel ökar antalet av en viss åtgärd.

3.8 IT-stöd

Beslutet om VG Primärvård medförde behov att utveckla nya IT-stöd för administration av modellen. Trots den korta förberedelse tiden har systemen fungerat förhållandevis bra. Några av dessa IT-stöd kommer att kunna användas inom övriga delar av den hälso- och sjukvård som finansieras av Västra Götalandsregionen.

Särskilda projekt har bedrivits för att utveckla IT-stöd för vårdval (listning), ersättningsberäkning, indataverans samt för uppföljning. Inom projekten har anpassningar även gjorts i Katalog i väst (KIV) för privata vårdgivare. Merparten av arbetet har genomförts i form av egenutveckling inom VGR IT. Uppföljningssystemet utvecklas tillsammans med en extern IT-leverantör, SAS-institute. Krav har genomgående ställts på att IT-stöden ska bygga på flexibla lösningar, då regelverket för VG Primärvård kommer att utvecklas löpande och medföra behov av korrigeringar i använda IT-stöd.

För att följa läkemedelsförskrivningen används för närvarande statistiksystemet Concise i Västra Götalandsregionen. Detta är ett nationellt system som tillhandahålls av Apotekens Service AB. Vårdenheterna i VG Primärvård, såväl offentliga som privata, har möjlighet att abonnera på statistikrapporter från detta system där man har möjlighet att ganska ingående följa vårdenhetens förskrivning.

⁹ Nationella Diabetesregistrets årsrapport

4 Kompetensförsörjning

Ett av syftena med VG Primärvård var att primärvården ska vara en tilltalande arbetsplats och att antalet specialister i allmänmedicin i primärvården ska öka. Förhoppningen var att det ska vara attraktivt att arbeta på vårdenheter inom VG Primärvård.

För att kartlägga antalet specialister i allmänmedicin och planera framtida rekryteringsbehov har en studie genomförts hösten 2010. Under VG Primärvårds första år har antalet specialister i allmänmedicin verksamma på vårdcentraler ökat. Hösten 2010 var omkring 690 specialister i allmänmedicin verksamma inom VG Primärvård. Av dessa är ca 208 anställda på privat drivna vårdcentraler, vilket motsvarar ca 30 procent. Resterande 482 allmänspecialister är således offentligt anställda. Av dessa är knappt 30 procent över 60 år. De privat anställda läkarna är i genomsnitt något yngre och endast omkring 11 procent av dessa är över 60 år.

Det finns inga säkra siffror om utvecklingen av antal stafett/hyrläkare inom regionen men flera vårdgivare anger att de idag har färre stafett/hyrläkare jämfört med före vårdvalet.

Inför starten fanns förväntningar om att allmänläkare på nationella taxan skulle välja att gå in i VG Primärvård. Drygt en tredjedel av dessa, drygt 30, ingår idag i en VG Primärvårdsenhet.

När det gäller övriga yrkeskategorier finns det för närvarande inget tillförlitligt underlag. Införandet av VG Primärvård medförde en rörlighet mellan arbetsplatser för de flesta yrkesgrupperna verksamma på vårdcentralerna. Det första året har på många ställen inneburit fortsatt anpassning av antal anställda till uppdragets storlek. Uppgifterna om personal har ej ingått i uppföljningen/rapporteringen eftersom det utöver minimikraven är upp till respektive vårdenheter att anpassa detta. Beträffande yrkeskategorier som arbetar med psykisk ohälsa använder sig flera vårdenheter av underleverantörer för detta åtagande varför det är svårt att jämföra antalet anställda socionomer/psykoterapeuter/psykologer med tidigare förhållanden.

Primärvården är en viktig lärandemiljö för utbildningar, från gymnasieskolans omvårdnadsprogram till läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST). Vårdenheterna inom VG Primärvård tillhandahåller kliniska utbildningsplatser för de professioner som är verksamma vid vårdenheter och studierektorer utgör stöd för studenter, utbildningsläkare, handledare och chefer så att en god och hög kvalitet på utbildningstjänsterna i regionen kan uppnås.

Under 2010 har ca 3 000 studenter och elever varav nästan 800 på läkarlinjen handletts och haft praktik på vårdenheter inom VG Primärvård. 189 AT-läkare har gjort sin primärvårdstjänstgöring på 6 mån och 275 ST-läkare är anställda på vårdenheter inom VG Primärvård. ST-läkarna har tjänstgjort på vårdcentralerna och gjort sidotjänstgöringar inom andra specialiteter enligt deras individuella utbildningsplan.

Studierektorerna har till uppgift att verka för hög kvalitet och likvärdig utbildning i Västra Götalandsregionen oavsett driftsform och geografisk lokalisering. Studierektorerna granskar att gällande författningar och regionens fastställda kvalitetskrav följs och godkänner vårdenheter som utbildningsvårdcentraler. Studierektorerna är organisatoriskt placerade på de offentliga primärvårdsförvaltningarna men sedan 2010 samordnade i sin funktion av regional studierektorschef placerad på VG Primärvårdskontoret.

Vid ingången av vårdvalet hösten 2009 fanns 220 ST-läkare anställda i regionen vilket motsvarande 173 heltidstjänster. Första året med VG Primärvård har glädjande långt fler nya ST-läkare anställts än vad som var förväntat. 2010-09-01 uppgick antalet ST-läkare till 275 personer, motsvarande 220 heltidstjänster. Dessutom var 13 personer anställda för kompletteringstjänstgöring inför ST-tjänst. Det ökande intresset för ST i allmänmedicin kan ha flera orsaker men att vårdvalet i sig varit starkt bidragande är mycket troligt.

5 Styrning/Ledning

5.1 Uppföljning av uppdraget

Lagen om valfrihetssystem innebär att regionens styrning sker via förfrågningsunderlaget ”Krav- och kvalitetsboken” som gäller för alla vårdenheter och anger vad som krävs av vårdgivarna. Däremot anges inte hur uppdraget ska utföras utan detta avgörs av vårdenheterna själva. Detta ställer större krav på uppföljning dels att krav och villkor för uppdraget uppfylls, dels att följa upp kvaliteten på utförda tjänster.

Att en god och säker vård ges enligt fastställda krav följs i VG Primärvård upp genom:

- Verifiering (säkerställa att krav uppfylls i nära anslutning till verksamhetsstart)
- avtalsuppföljning
- medicinsk revision

Respektive hälso- och sjukvårdskansli har återkommande kontakt med vårdcentralerna i sitt område och ansvarar för den årliga avtalsuppföljningen. En gemensamt framtagen frågemall följs. Tidplanen för de första uppföljningsmötena har varierat i regionens olika delar och uppföljningen är inte slutförd 1 oktober 2010.

5.1.1 Verifiering

Under perioden december 2009 och början av 2010 genomfördes en verifiering av samtliga vårdenheter. Syftet var att följa upp att de krav och villkor som gäller för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård. En gemensam checklista användes. Granskningen visade att av 205 vårdenheter var det 6 vårdenheter som inte uppfyllde kraven. Västra Götalandsregionen krävde omedelbara åtgärder och vidtog sanktioner i form av avdrag av ersättning för vårdgivare samt skriftlig erinran enligt § 8 i kontraktet. Bristerna åtgärdades inom kort. Från och med 2011 kommer verifiering genomföras inför verksamhetsstart av VG Primärvårdsenhet med möjlighet att senarelägga start om krav ej uppfylls.

5.1.2 Medicinsk revision

Den medicinska revisionsenheten startade sin verksamhet i juni 2010. Uppdraget är att främja medicinsk kvalitet och patientsäkerhet inom VG Primärvård samt att stödja vårdcentralerna i deras arbete med kvalitet och patientsäkerhet.

Den medicinska revisionsenheten deltar också i avtalsuppföljningen, när det gäller att säkerställa att krav och villkor i Krav- och kvalitetsboken uppfylls. På så sätt fås en övergripande bild av VG Primärvård över hela regionen.

Den medicinska revisionsenheten kommer återkommande att delta i uppföljning/utvärdering av vårdcentralerna inom VG Primärvård, med varierande fokus beroende på tidpunkt och övrigt resultat. Ett tema vid en genomgång kan vara diabetes, ett annat stroke eller patienter med riskbruk/missbruk eller psykisk ohälsa. Vidare kan granskningar komma att genomföras baserade på inkommen information från olika håll eller avvikande resultat i den löpande uppföljningen, ibland med kort varsel eller utan föregående avisering. Flera granskningar baserade på inkomna klagomål har gjorts. Ett annat exempel är vårdcentraler med synnerligen låga kostnader för läkemedelsförskrivning vilket medfört en översyn av patientgrupp och förskrivningsmönster. En granskning har också gjorts av uppfyllandet av krav- och kvalitetsboken vad gäller BVC.

Resultatet från besök på vårdcentraler runt om i regionen ska alltid återkopplas till verksamheten i första hand och kan dessutom till exempel leda till fortsatt uppföljning på hälso- och sjukvårdskanslierna eller till specifika utbildningsinsatser.

5.1.3 Läkemedel

En farhåga som har funnits är att ett införande av vårdval kan medföra en oönskad effekt i form av en ökad antibiotikaförskrivning där läkarna blir mer generösa med recepten för att hålla patienten/kunden nöjd.

Under de senaste åren har vi i regionen haft en positiv trend där vi sakta men säkert närmat oss de mål som fastställts av STRAMA¹⁰ nationellt för antibiotikaförskrivning. I Västra Götalandsregionen kan vi inte se någon tendens till att antibiotikaförskrivningen har ökat det senaste året. Tvärtom, ser trenden med en minskande förskrivning av antibiotika ut att fortsätta och tycks inte på något vis ha påverkats av införandet av VG Primärvård.

REKlistan, en förteckning över rekommenderade läkemedel, terapiråd och upphandlade läkemedel i Västra Götalandsregionen, som är ett resultat av det arbete som lagts ner av regionens 24 terapigrupper. Ett nyckelord i detta arbete är kvalitet varför en hög följsamhet till REKlistan kan sägas ge en fingervisning om en god kvalitet i läkemedelsförskrivningen. Följsamheten till REKlistan definieras som andel rekommenderade DDD¹¹ av totalt antal DDD. Det skall poängteras att 100 procents följsamhet inte går att uppnå och ej heller vore önskvärt. Det är svårt att ställa nuvarande följsamhet mot hur det såg ut innan vårdvalet eftersom både REKlistan och antalet förskrivare har ändrat sig under denna tid. De incitament och effekter som kostnadsansvaret i VG Primärvård fört med sig talar dock för en viss ökning i denna följsamhet. De rekommenderade läkemedlen är ofta billigare och detta innebär en morot när man har kostnadsansvar för det man förskriver. Vi upplever också bland förskrivarna en ökad fokusering och medvetenhet kring sin förskrivning vilket förhoppningsvis också leder till en ökad följsamhet till REKlistan. Det är ännu för tidigt att dra några långtgående slutsatser men denna parameter kommer att följas noga framöver.

5.2 Ekonomi

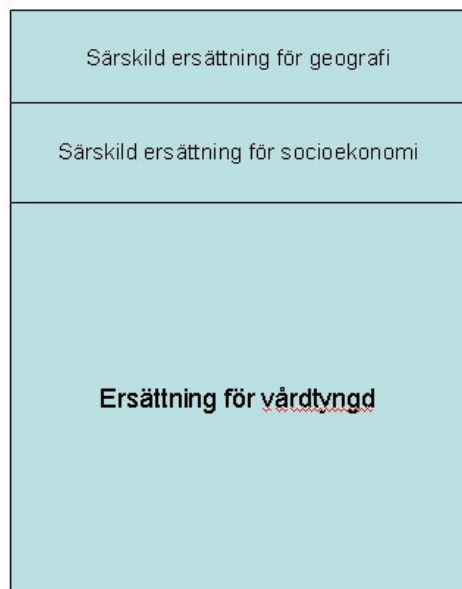
5.2.1 Kostnadskontroll

I Västra Götalandsregionens budget för 2010 avsattes 5 060 mnkr för VG Primärvård. Beloppet baserades på hälso- och sjukvårdsnämndernas budgeterade kostnader 2008 för den primärvård som ingår i VG Primärvård uppräknat med index till 2010 års nivå. Den tillämpade ersättningsmodellen i VG Primärvård ger regionen relativt god kostnadskontroll. De riskfaktorer som finns för regionens kostnadskontroll är framför allt befolkningsökning och täckningsgrad.

¹⁰ Samverkan mot antibiotikaresistens

¹¹ DDD = definierad dygnsdos. Förmodad genomsnittlig dygnsdos då läkemedel används av en vuxen person vid läkemedlets huvudindikation. Fastställs av WHO.

Relativa delar i ersättningsmodellen



Absoluta delar i ersättningsmodellen

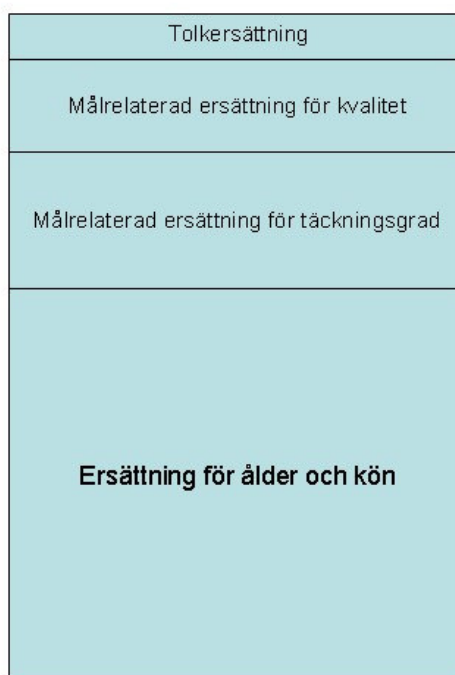


Diagram 13: Ersättningsmodellens olika delar

Ersättningen för ålder och kön respektive ersättningen för vårdtyngd har båda överskridit budgeterad nivå som en följd av en ökning av antalet invånare. De båda målrelaterade ersättningarna för täckningsgrad respektive kvalitet har å andra sidan inte nått upp till budgeterad nivå. Ökningen av täckningsgraden har helt enkelt inte ökat i samma utsträckning som man baserat budgeten på.

Svårigheterna med den målrelaterade ersättningen för kvalitet har vi varit inne på tidigare. Detta diagram ger dock inte en helt rättvisande bild då en del av denna ersättning för 2010 inte hade betalats ut vid tidpunkten för detta diagram. De manuella ersättningar och justeringar som gjort syns inte heller i diagrammet. Det rör sig dock om relativt sett små belopp och vi kan därför med stor sannolikhet säga att den utbetalda ersättningen är mellan 50-100 mnkr lägre än de budgeterade medlen. Det kan därmed konstateras att införandet av VG Primärvård inte har ökat kostnaderna för primärvård ur ett regionalt perspektiv. Däremot, kan det, för en enskild nämnd se annorlunda ut.

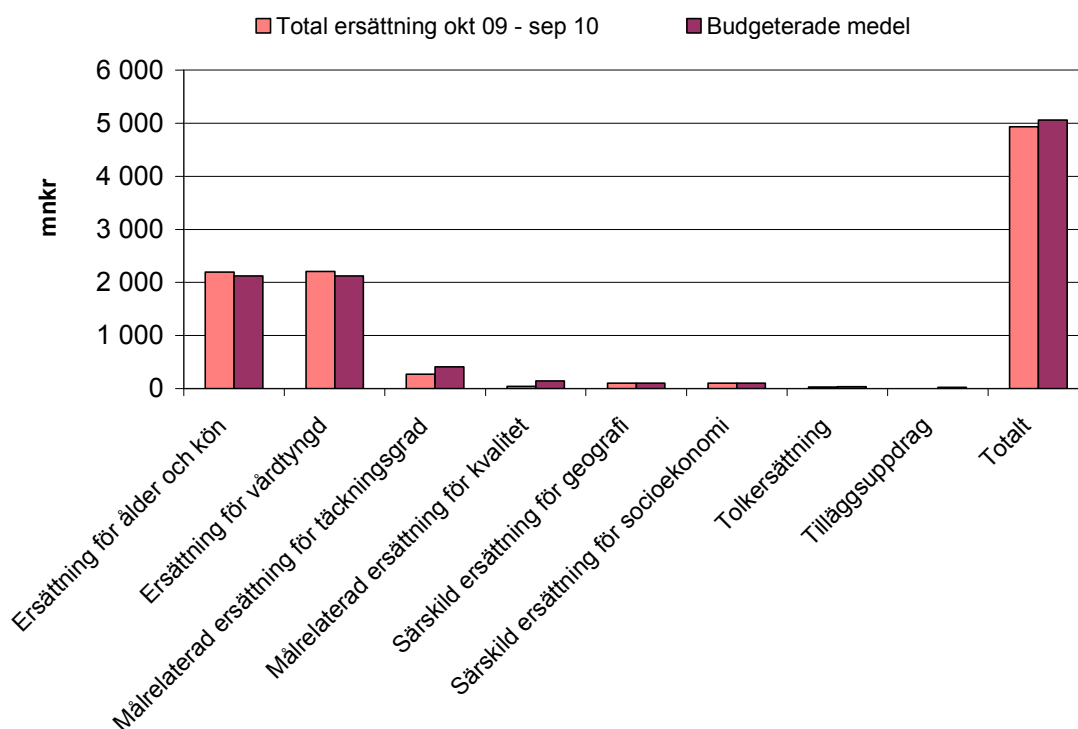


Diagram 14: Utbetalning per ersättningsgrupp under VG Primärvårds första 12 månader i relation till budgeterade medel.

5.2.2 Primärvårdskostnad per invånare och nämnd

Då det inför VG Primärvård avsattes olika resurser för primärvård inom respektive nämnd kunde man förvänta sig att en lika ersättningsmodell skulle leda till en minskad variation. Ett år efter VG Primärvårds start har 9 av 12 nämnder närmast sig genomsnittet (1,0). De nämnder som avviker är Norra Bohuslän (hsn 1), Dalsland (hsn 2) och Göteborg – Centrum Väster (hsn 5). Att hsn 1 och 2 avviker förklaras framförallt av att det där har utgått en relativt stor ersättning för geografi (glesbygdstillägg), men även att ersättningen för täckningsgrad och ACG är relativt hög i dessa båda nämnder. Detta indikerar att geografifaktorn och täckningsgraden i själva verket delvis ger ersättning för samma sak. Vad gäller hsn 5 finns skäl att tro att deras minskning jämfört med före vårdvalet beror på en förhållandevis låg ACG-vikt, något som i sin tur förklaras av en lägre grad av diagnosregistrering då läkare på nationella taxan i regel inte rapporterar in diagnoser.

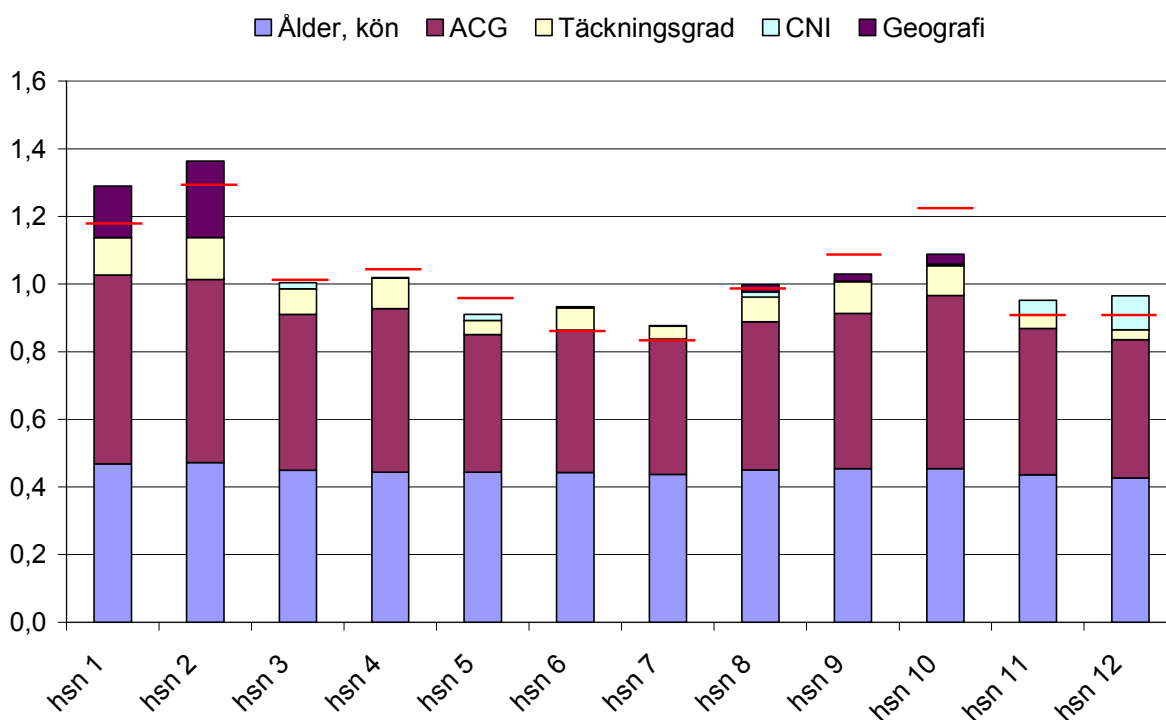


Diagram 15: De olika ersättningskomponenternas storlek per oktober 2010. Det röda strecket visar vilken nivå ersättningen per nämnd låg innan vårdvalets start.

5.2.3 Utvecklingen av läkemedelskostnaderna

Det är intressant att följa utvecklingen av läkemedelskostnaderna för att se om införandet av VG Primärvård fått någon form av effekt på dessa. Att analysera läkemedelskostnaderna är inte lätt då det finns en mängd faktorer som påverkar dessa kostnader.

Kostnadsutvecklingstakten för hela primärvården samt privat förskrivning av specialister i allmänmedicin har minskat med 4,5 procent jämfört med motsvarande period året innan. Samtidigt ser vi under denna period en generell minskning av kostnadsutvecklingstakten för läkemedel, något som även syns i kurvan för sjukhusen som helhet.

Sammantaget är det som vi nämnt tidigare svårt att analysera orsak och verkan men införandet av VG Primärvård ser inte ut att ha haft någon kostnadsdrivande effekt på läkemedelskostnaderna. Kurvan i figuren indikerar tvärtom, att VG Primärvård skulle ha haft en något dämpande effekt på denna kostnadsutveckling. Det faktum att denna reform har medfört att vi idag har fler vårdgivare som har ett kostnadsansvar för sin läkemedelsförskrivning än vad som var fallet före VG Primärvård talar också för det. Man bör dock vara observant på att detta kostnadsansvar inte medför en underförskrivning.

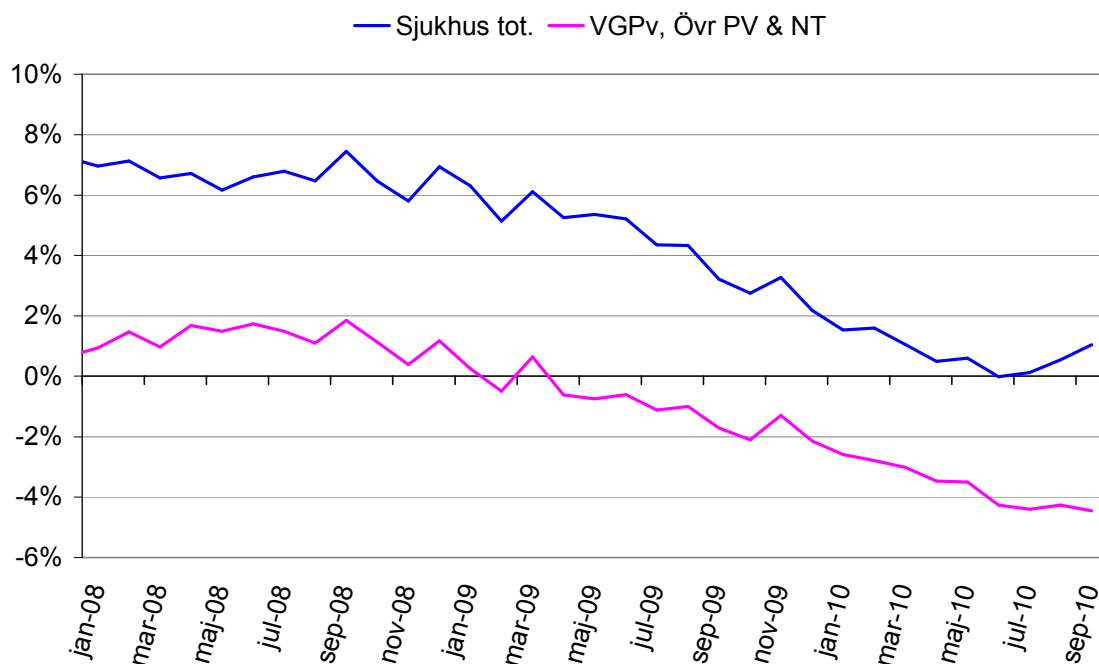


Diagram 16: Relativ förändring Rullande 12 Recept (Förmån) + Rekvisition (AUP) Källa: Concise

5.2 Ersättningssystemet

Vilka delar som ska ingå i ersättningsmodellen för VG Primärvård angavs redan i den idéskiss som utgjorde grunden för förändringen. Ersättningsmodellen är väldigt komplex och dess effekter är inte helt enkla att utläsa eller tolka. I det följande beskrivs ersättningsmodellen kortfattat. Avsnittet innehåller även beskrivning av den generella utvecklingen i några delar av modellen.

5.2.1 Kvalitet på indata

Ersättningsmodellens konstruktion gör att det är absolut nödvändigt med god kvalitet på all indata. Om någon vårdenhet lämnar bristfälliga uppgifter påverkar det utfallet även för andra. Korrigeringar till följd av brister i indata är därför väldigt svåra att göra. Det har funnits uppenbara brister i en del av det data som levererats, framför allt de första månaderna efter start. Några av dessa brister påverkade ersättningsberäkningen och gör det svårt att dra relevanta slutsatser av utvecklingen över tid. VG Primärvårdskontoret och analysenheten arbetar kontinuerligt för att stödja vårdenheterna i registrering och kvalitetssäkra data.

5.2.2 Primärvårdspeng

Merparten av ersättningen utgår i form av en primärvårdspeng, vilken följer invånarnas val av vårdenhet. Denna beräknas utifrån från respektive individs ålder, kön och vårdtyngd. Genom att kombinera ålder och kön med vårdtyngd ökar möjligheten att fördela ersättningen efter vårdbehov.

Ålder och kön

Hela ersättningsmodellen är sammankopplad via antalet listningspoäng, vilka beräknas utifrån en viktlista där varje individ är värd ett angivet antal poäng baserat på ålder och kön. Denna del i ersättningsmodellen är absolut, vilket innebär att exempelvis en kvinna, 56 år gammal, under ett givet år alltid genererar samma antal poäng och samma ersättningsnivå, oavsett

befolkningsutvecklingen i Västra Götaland. Det totala antalet poäng, och därmed den totala ersättningsnivån, varierar med demografiska förändringar.

Västra Götaland hade vid genomförandet av VG Primärvård 1 564 439 invånare. Av dessa var 7 853 listade vid vårdcentraler som verkade enligt andra vårdavtal. 1 556 586 individer var alltså listade vid vårdenheter inom VG Primärvård. Dessa genererade totalt 518 260 listningspoäng. Ett år senare uppgår befolkningen till 1 575 302 invånare, vilka alla är listade vid en vårdenhet inom VG Primärvård. De genererar totalt 527 400 listningspoäng, vilket innebär att den totala ersättningen på årsbasis har ökat med ca 80 mnkr.

Vårdtyngd

Ersättningsmodellen har ett inslag av vårdtyngd i syfte att kompensera vårdenheterna utifrån den sjuklighet som de möter och behandlar. Denna del i ersättningsmodellen baseras på en ACG-beräkning som sker varje månad och utifrån diagnoser satta inom primärvården under 15 månader bakåt i tiden. Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att genomsnittlig vårdtyngd i Västra Götaland, vid varje mättidpunkt, uppgår till 1,00, oavsett hur den faktiska vårdtyngden utvecklas. För att koppla ersättningen till vårdenhetens storlek multipliceras ACG-poängen med antalet listningspoäng.

Utvecklingen av denna faktor framgår på annan plats i detta dokument (avsnitt 5.3).

5.2.3 Målrelaterad ersättning för täckningsgrad

Syftet med täckningsgradsersättningen är att öka primärvårdens andel av öppenvårdsbesök. Täckningsgraden beräknas genom att samtliga besök, hos alla yrkeskategorier, som vårdenheten har kostnadsansvar för enligt VG Primärvård ställs i relation till de öppenvårdsbesök som invånare som valt vårdenheten har gjort hos samtliga offentligt finansierade vårdgivare i Sverige. Täckningsgraden ökar därmed om antalet besök inom uppdraget ökar mer än antalet besök i specialiserad vård. Detta kan exempelvis ske genom att vårdenheterna kopplar till sig nya yrkeskategorier och läkare med annan specialitet än allmänmedicin.

Täckningsgradsersättning utgår för varje procentenhet som vårdenhetens täckningsgrad överstiger 50 procent, till en maximal nivå om 80 procent. Varje utbetalning baseras på den genomsnittliga täckningsgraden under 4 månader bakåt i tiden. Den tidsperiod som valdes för beräkning av täckningsgrad bidrar till att det finns tydliga fluktuationer i utvecklingen över tid. Vårdenheternas täckningsgrad är generellt högre under sommarmånaderna, då primärvårdsverksamhet inte har sommarstängt i lika hög grad som den specialiserade vården.

Den genomsnittliga täckningsgraden beräknad utifrån konsumtion under perioden maj-augusti 2009 var 60,7 procent. Täckningsgraden per vårdenhet varierade mellan 37 och 79 procent och 27 vårdenheter hade en täckningsgrad understigande 50 procent. Ett år senare var den genomsnittliga täckningsgraden 61,2 procent och variationen per vårdenhet låg mellan 36 och 76 procent. Antalet vårdenheter med en täckningsgrad understigande 50 procent hade nu reducerats till fem.

Täckningsgraden är generellt högre vid vårdenheter i mindre kommuner och områden med glesare befolkning, där tillgången till specialistvård är lägre, än vid vårdenheter i storstadsområden med hög andel specialiserad vård. Detta innebär att det finns hög korrelation mellan vårdenheter med hög täckningsgrad och de som får särskild ersättning för geografi.

5.2.4 Särskild ersättning för socioekonomi

Ett viktigt skäl för att låta socioekonomiska faktorer påverka ersättningen inom VG Primärvård var att rikta resurser till vårdenheter med en socioekonomiskt svagare population för att arbeta mer aktivt förebyggande och hälsofrämjande. Socioekonomiska faktorer kan ha betydelse för uppkomst av ohälsa, förekomst av sjukdom och för individers livslängd, men även påverka benägenheten att söka vård.

Care need index (CNI) utgör grund vid beräkning av särskild ersättning för socioekonomi. CNI är ett validerat mått som har beräknats genom att ett antal svenska allmänläkare skattat olika förhållanden utifrån hur de påverkar belastningen på primärvårdsmottagningar. Måttet baseras på ensamstående 65 år och äldre, utlandsfödda¹², arbetslösa, ensamstående föräldrar, individer som flyttat sista året, lågutbildade samt barn under fem år. Ett högt CNI i en befolkning indikerar social utsatthet som borde berättiga till mer primärvårdsresurser.

Ett fast belopp om 100 mnkr per år (8,3 mnkr per månad) fördelas till vårdenheter vars CNI per listad invånare överstiger 2,5. Ersättningen baseras på antal poäng >2,5 samt på respektive vårdenhets storlek. Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att ersättningen per poäng bland annat beror på hur många vårdenheter som nått tröskelvärdet och hur stora dessa är. Vårdenheternas CNI beräknas varje månad av SCB, med utgångspunkt i aktuella vårdval. Flera av SCBs register uppdateras med längre intervall, som regel årligen. Dessa uppdateringar kan, när de sker, påverka såväl enskilda vårdenheters CNI som den allmänna nivån inom Västra Götaland.

Det är stor spridning i CNI mellan vårdenheter inom VG Primärvård. Vid den första ersättningsberäkningen, i november 2009, varierade CNI per listad invånare mellan 1,12 och 4,51. Då hade 46 vårdenheter ett index över 2,5. Dessa återfinns som regel i områden med hög socioekonomisk utsatthet också enligt andra mätningar.

Inför utbetalningen i oktober 2010 varierade CNI per listad invånare mellan 1,22 och 5,13, vilket alltså innebär en ökad spridning. Nu når 55 vårdenheter ett index över 2,5. Det enskilt viktigaste skälet till det ökade antalet vårdenheter med högt CNI är att SCB har uppdaterat sitt arbetslöshetsregister.

5.2.5 Särskild ersättning för geografi

Under arbetet med ersättningsmodellen för VG Primärvård ansågs en geografisk komponent behövas för att kompensera för merkostnader bland annat i samband med extern provtagning och för att vårdenheten behöver dimensionera sin verksamhet för ett större befolkningsunderlag än det som finns i närområdet, för högre personaltäthet till följd av regionala riktlinjer samt för längre transporter och resor.

Ett fast belopp om 100 mnkr per år (8,3 mnkr per månad) fördelas med hjälp av en geografisk faktor baserad på respektive vårdenhets avstånd till närmaste sjukhus, avstånd till större tätort samt befolkningstäthet i kommunen. Ersättning utgår till de vårdenheter som får en poäng som är högre än 9 och baseras på antal poäng >9 samt på respektive vårdenhets storlek. Denna del i ersättningsmodellen är relativ, vilket innebär att ersättningen per poäng beror på hur många vårdenheter som valt att etablera sig i områden där sådan ersättning utfaller.

¹² Födda i Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika eller Sydamerika

Vid den första ersättningsberäkningen, i november 2009, hade 32 vårdenheter fler än 9 poäng i den geografiska faktorn. Endast en vårdenhet nådde maximala 18 poäng. Detta förhållande kvarstod inför utbetalningen i oktober 2010. Även antalet invånare som valt de vårdenheter som får ta del av särskild ersättning för geografi och det antal listningspoäng som dessa genererar är relativt oförändrat över tid.

Det kan konstateras att det finns hög korrelation mellan vårdenheter med hög täckningsgrad och de som får särskild ersättning för geografi.

5.2.6 Målrelaterad ersättning för kvalitetsmål

Den målrelaterade ersättning som kan utgå för valda kvalitetsindikatorer uppgår inledningsvis till ca 3 procent av den totala ersättningen för VG Primärvård. Andelen av den totala ersättningen förutsätts öka i takt med att lämpliga indikatorer och datafångsten till dessa utvecklas.

Målrelaterad ersättning kan till och med år 2010 utgå för sex kvalitetsmål, nämligen telefontillgänglighet, deltagande i folkhälsorådens arbete, förekomst av ackrediterade laboratorier på vårdenhet, andel patienter över 75 år för vilka läkemedelsavstämning genomförts, andel kinoloner av totala UVI antibiotika samt anslutning till Nationella Diabetesregistret (NDR). Den målrelaterade ersättningen relateras, där så är relevant och möjligt, till vårdenhetens storlek genom antalet listningspoäng.

För några av dessa indikatorer har mätningar ännu inte kunnat genomföras. Utfall och utveckling av övriga indikatorer framgår på annan plats i detta dokument.

5.3 ACG

Det angavs tidigt under utredningsarbetet inför VG Primärvård att vårdtyngd skulle påverka ersättningen till respektive vårdenhet. Västra Götalandsregionen har införskaffat det IT-baserade verktyget ACG (Adjusted Clinical Groups) för att åstadkomma detta. Verktyget, som är utvecklat vid Johns Hopkins University i USA, antar att de diagnoser som har registrerats under en tidsperiod bakåt i tiden avgör individernas sjuklighet framåt i tiden.

För varje vårdenhet beräknas varje månad en ACG-vikt baserad på samtliga diagnoser som registrerats inom primärvård under en tidsperiod om 15 månader för de invånare som har valt vårdenheten.

Eftersom ACG baseras på diagnoskodning kan den enskilda vårdgivaren påverka utfallet i viss utsträckning. Det syns en tydlig förskjutning över tid i flera parametrar som påverkar ACG-vikten. Bland annat har arbetet med diagnosregistrering inom primärvård intensifierats. Den första utbetalningen av ersättning baserad på ACG avsåg vårdval per den 31 oktober 2009 och diagnosdata från perioden 1 juli 2008 – 30 september 2009. Diagnosfilen innehöll 3 006 366 diagnoser. Den tolfte ersättningsutbetalningen till vårdenheterna inom VG Primärvård avsåg vårdval per den 30 september 2010 och diagnosdata från perioden 1 juni 2009 – 31 augusti 2010. Diagnosfilen innehöll nu 4 686 594 diagnoser, vilket innebär att antalet diagnoser under första året med VG Primärvård har ökat med 55,9 procent. Andelen invånare med någon diagnos från primärvård under aktuell mätperiod har samtidigt ökat från 55,8 procent till 61,9 procent. Det kraftigt ökade antalet diagnoser har medfört en synlig ökning av den totala ACG-viktsumman. I den kommande förvaltningen av ersättningsmodellen bör ingå en årlig värdering av hur stor del av ökningen som beror på förbättrad registrering respektive vad som är tecken på en faktisk vårdtyngdsökning.

Inför varje ersättningsutbetalning beräknas varje vårdenhets relativa ACG-vikt, vilket betyder att den genomsnittliga ACG-vikten inom systemet vid varje tidpunkt är 1,00. Variationen mellan de olika vårdenheternas relativa ACG-vikt är påtaglig, men minskar över tid. Vid den första ersättningsberäkningen hade den vårdenhet vars relativa ACG-vikt var lägst ett värde på 0,28 och den med högst vikt ett värde på 1,56. Vid den tolfte ersättningsutbetalningen varierar den relativa ACG-vikten per vårdenhet mellan 0,50 och 1,40. 180 av de 200 vårdenheterna hade en relativ ACG-vikt mellan 0,70 och 1,30. För flertalet vårdenheter sker en utveckling av den relativa ACG-vikten mot genomsnittet. Skillnaden mellan den lägsta och den högsta vikten kan förväntas fortsätta minska ytterligare något, men det är svårt att förutse hur stor den slutligen kommer att vara.

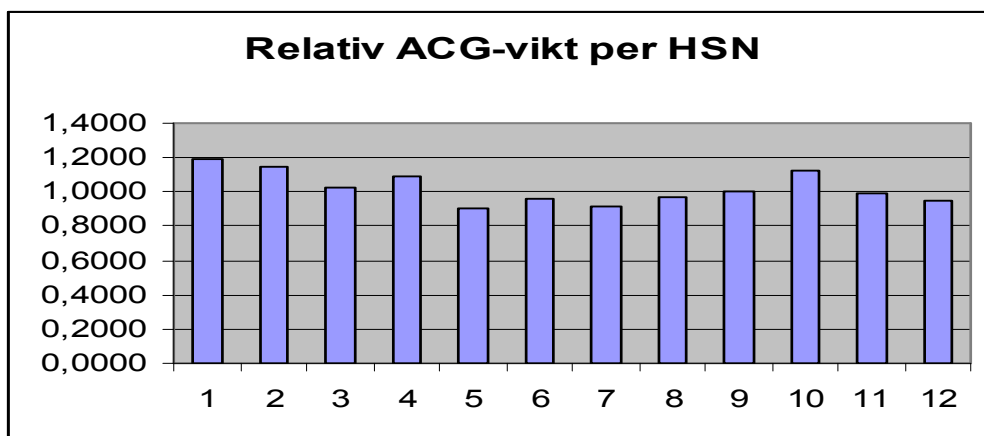


Diagram 17: Relativ ACG-vikt per HSN juli 2009 - september 2010

I diagrammet ovan framgår att den relativa ACG-vikten per nämnd varierar mellan 0,90 och 1,19. Detta innebär att skillnaderna har minskat. Vid mätning till och med december 2009 låg variationen mellan 0,81 och 1,21 och vid mätning till och med december 2008 mellan 0,75 och 1,25. För samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder med undantag av HSN 1, norra Bohuslän, sker en rörelse mot genomsnittet.

6 Sammanfattande slutsatser och fortsatt utveckling

6.1 Patienten/medborgaren

Ett grundläggande syfte med VG Primärvård är att stärka patientens ställning och att öka invånarnas förtroende för primärvården.

Efter ett år med VG Primärvård talar mycket för att införandet av vårdvalssystemet inneburit att patienterna har stärkt sin ställning gentemot vårdgivarna. Tillkomsten av många nya vårdgivare har gjort att invånarnas valfrihet och valmöjligheter har ökat. En relativt stor andel av invånarna har inledningsvis utnyttjat sin valfrihet och gjort medvetna val av vårdenhet.

Tillkomsten av drygt 60 nya vårdcentraler samt ökat öppethållande har generellt sett inneburit en större tillgänglighet till vård. Den konkurrens som uppstått har påverkat vårdgivarnas beteenden och gjort dem mer ”kundorienterade”. Detta har bland annat resulterat i bättre bemötande och service.

Undersökningar som regelbundet utförs av ”Vårdbarometern” visar att invånarnas förtroende för primärvården fortsätter att öka.

De erfarenheter som vi dragit under det första året ger också ett bra underlag till fortsatta förbättringar. Områden som kommer att bli föremål för sådant arbete är exempelvis särskilt resurskrävande patientgrupper, som till exempel äldre och multisjuka samt personer med behov av hembesök. Det kan finnas en risk att dessa patienter inte blir tillräckligt prioriterade av vårdgivarna. Skälet kan vara en osäkerhet för att höga kostnader i form av utredning och behandling inte kompenseras tillräckligt i ersättningen.

En annan iakttagelse är att besöken har minskat för patienter med olika slag av psykisk ohälsa. Detta föranleder en fördjupad analys för att bedöma om och i så fall vilka åtgärder som behöver göras för att säkra tillgången till vård för denna patientgrupp

Därutöver finns det anledning att se över möjligheterna att förstärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i VG Primärvård då detta inte givits tillräcklig prioritet.

Patienternas följsamhet till sitt val av vårdenhet varierar. Det är framför allt i Göteborgsområdet som en stor del (20 procent) av besöken sker på annan vårdenhet än den valda eller hos läkare anslutna till den nationella taxan. En förklaring är givetvis det stora utbudet av vårdenheter och taxeläkare som finns i Göteborg. För vårdenheterna medför det svårigheter att ta ett helhetsansvar för sina patienter samtidigt som det bidrar till en ekonomisk osäkerhet. Det kan därför behövas informationsinsatser till befolkningen om vad vårdvalet innebär och om betydelsen av att vara konsekvent med sitt vårdval för att få vård med bättre kontinuitet. Det kan även finnas skäl att överväga en större differens i patientavgiften för besök vid vald vårdenhet respektive besök vid annan vårdenhet.

Ovanstående är exempel på frågor som kommer att beaktas i det fortsatta utvecklingsarbetet, bland annat i översynerna av ersättningssystemet respektive uppföljningsindikatorerna inför 2012.

6.2 Verksamheten

Konkurrens – lika villkor

En del vårdgivare har under året haft synpunkter på att vårdenheterna inte konkurrerar på lika villkor. Västra Götalandsregionen ska verka för att förutsättningar och villkor är lika för såväl offentliga som privata vårdgivare men så länge dessa i vissa delar lyder under olika lagrum går det inte att uppnå en fullständig konkurrensneutralitet. I vissa fall gynnas de offentliga och i andra fall de privata. T.ex. begränsar nuvarande utformning av Kommunallagen och Lagen om offentlig upphandling möjligheterna till samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare.

Ej heller går det att undvika att nyetablerade vårdenheter har ett svårare utgångsläge än tidigare etablerade vårdenheter vilket gäller generellt för alla marknader och nyetableringar. Detta förstärks i en vårdvalsmodell med det breda uppdrag som gäller i VG Primärvård. De svårigheter för nyetableringar som gällde vid övergången till VG Primärvård kommer att bli mer märkbara för nya aktörer efter starten då nuvarande vårdgivare är etablerade och har ett uppbyggt patientunderlag. Trots dessa etableringssvårigheter startade 64 nya vårdenheter i VG Primärvård den 1 oktober 2009 varav 61 var kvar efter 1 år. Ytterligare några (4-5) har startat eller är på väg att starta.

Ett problem som är särskilt påtagligt för vårdenheterna i Göteborgsområdet är att många av patienterna som går hos allmänläkare verksamma på nationella inte får sina diagnoser registrerade i ACG-systemet vilket missgynnar de vårdenheter där dessa patienter är listade. I det fortsatta utvecklingsarbetet bör man undersöka möjligheterna att få de allmänläkare som är verksamma på den nationella taxan att inrapportera diagnoser till regionen.

Produktion – besök

Inför beslutet att införa VG Primärvård framfördes farhågor om att ett ersättningssystem, som inte byggde på prestationsersättning, skulle leda till en försämrad produktivitet i form av färre besök och då framför allt läkarbesök. Det kan konstateras efter första året med VG Primärvård att antalet läkarbesök ökat med ca 10 procent vilket delvis kan förklaras av ökningen av antalet vårdenheter och läkare. Antalet sjuksköterskebesök har minskat vilket till en del kan förklaras av den stora vaccinationsinsatsen som gjordes i slutet av 2009 och början av 2010 och som tog mycket resurser i anspråk. Besök hos psykologer, psykoterapeuter och kuratorer har också minskat, vilket behöver analyseras och följas upp ytterligare i det fortsatta arbetet. Sammantaget är totala antalet besök i VG Primärvård i stort sett oförändrat jämfört med tidigare.

En farhåga som framfördes i remissomgången inför införandet av VG Primärvård var risken att primärvården, bland annat som en följd av ersättningssystemet, skulle hänvisa patienterna i ökad utsträckning till sjukhusen. En särskild utredningsgrupp har därför följt patientströmmarna under året till regionens sjukhus. Denna uppföljning visar ingen regionalt enhetlig bild. Akutbesöken har ökat på Skas och SÄS samt inom vuxenvården på SU medan de akuta besöken vid barnsjukvården inom SU minskar. Antalet remisser till sjukhusen har ökat vilket kan ses som en naturlig effekt av att antalet läkarbesök i primärvården ökat. Däremot går det inte att se någon ökning av de polikliniska besöken på sjukhusen. Uppföljning kommer att fortsätta under 2011. Det är särskilt förvånande att akutbesöken på sjukhusen inte har minskat i Göteborg då tillgängligheten till vårdenheterna kraftigt ökat på

både dagtid och jourtid med överkapacitet på tider. En förklaring kan vara traditionella besöksmönster men det kan finnas andra förklaringar som bör utredas ytterligare.

Gränssnitt

Gränssnittsfrågan och då särskilt kostnadsansvaret är den fråga som vårdgivarna lyfter fram som en av de viktigaste att lösa så snart som möjligt. Ansvarsfördelningen mellan länssjukvården och primärvården har historiskt sett hanterats olika i regionen och därmed också fördelningen av kostnaderna för till exempel laboratorieundersökningar och röntgenundersökningar. Tolkningen av ansvarsfördelningen har sedan lång tid inneburit problem för de olika vårdnivåerna. VG Primärvård förutsätter ett lika uppdrag och kostnadsansvar för alla vårdenheter i hela regionen. Då historiska gränssnitt fortfarande tillämpas har problematiken kring ansvarsfördelningen accentuerats.

För att minska risken att patienter kommer i kläm har regionen tillsatt en särskild utredningsgrupp för att ta fram förslag på hur frågan kan hanteras. Det är också angeläget att beställningarna av all hälso- och sjukvård som gränsar till VG Primärvård samordnas och anpassas till det nya regelsystemet.

BVC

Den tidigare vårdkedjan mellan MVC och BVC har förändrats i och med att flera nya BVC har etablerats. Några vårdcentraler tillhandahöll inte barnvårdcentral vid starten 1 oktober 2009 men efter krav från regionen om omedelbar åtgärd och utfärdande av sanktioner rättades detta till. En osäkerhet kring var barnen varit listade och deras BVC-tillhörighet har förekommit. Det har för flera av de nystartade barnvårdscentralerna varit svårt att uppnå det antal barn som krävs enligt Krav- och Kvalitetsboken.

En uppföljning av samtliga BVC i regionen kommer att göras i samarbete med de centrala barnhälsovårdsenheterna då barnhälsovårdens årsstatistik för 2010 blir klar.

Samverkan

Samverkan mellan vårdgivare inom såväl VG Primärvård som andra vårdnivåer är en viktig förutsättning för att sjukvården ska fungera effektivt och patienten få en bra vård.

Den samverkan som vårdenheterna enligt Krav- och kvalitetsboken ska medverka i, till exempel med andra vårdenheter, sjukhus, kommuner, samordningsförbund, fungerar olika bra i regionen. Förbättringar behöver göras, framför allt i Göteborgsområdet där det finns många olika vårdaktörer. Samverkan mellan primärvård, kommuner och sjukhus har funnits sedan tidigare där primärvården har representerats av den offentliga primärvården. I VG Primärvård har det varit svårt i en del områden att få med de nystartade vårdenheterna i denna samverkan. I det fortsatta arbetet behöver vi följa upp hur samverkan mellan VG Primärvårdsenheter, sjukhus, kommuner m.fl. fungerar och överväga olika stimulansåtgärder för att förbättra denna samverkan

Kvalitet

En av grundtankarna med VG primärvård är att i hög grad fokusera på kvalitet och det som ger mervärde för patienterna/invånarna. Arbetet med att ta fram relevanta kvalitetsmått som styr rätt är ett komplext och långsiktigt arbete. Under första året har uppföljningen fokuserat på ett begränsat antal kvalitetsmål som ingått i ersättningsmodellen. För de flesta av dessa har måluppfyllelsegraden förbättrats under första året. Det är dock för tidigt att generellt uttala sig om detta innebär reella kvalitetsförbättringar eller om det rör sig om ändrade registreringsförfaranden. Inför 2011 har gjorts en omfattande revidering av kvalitetsindikatorerna och ett helt nytt uppföljningssystem (SPEAR) har tagits i bruk. Detta system ger såväl den enskilda vårdcentralen som vårdgivaren mycket goda förutsättningar till analyser och jämförelser. Det ger också regionen förutsättningar till en ökad resultatpublicering gentemot invånarna vilket är en viktig del i att öka inflytandet i vården.

Administration

Många vårdgivare anser att VG Primärvård medfört en ökad administrativ belastning på grund av alla uppgifter som ska registreras i journalen eller rapporteras till regionen. Det gäller dels uppgifter för att rätt ersättning ska utbetalas, dels uppgifter som regionen behöver för sin uppföljning.

Avsikten är att dessa uppgifter till allra största delen ska kunna inhämtas automatiskt från befintliga register. Detta kommer att förbättras i det fortsatta arbetet med modellen.

6.3 Kompetensförsörjning

Ett annat mål för VG primärvård är att modellen ska skapa förutsättningar för arbetsgivarna att erbjuda tilltalande arbetsplatser med stor frihet att organisera och utforma verksamheten. Modellen ska också attrahera fler läkare – framför allt specialister i allmänmedicin – att arbeta med primärvård i Västra Götalandsregionen.

Med tanke på att det tillkommit många nya privata vårdgivare i VG Primärvård, varav en del tidigare haft olika former av vårdavtal med regionen och andra arbetat på den så kallade nationella taxan, är det svårt att få fram bra jämförelsetal för respektive personalkategori. Det kan ändå konstateras att antalet specialister i allmänmedicin som arbetar med primärvård har ökat.

Särskilt glädjande är det ökade (+ 28 procent) intresset för att specialistutbilda sig i allmänmedicin. Antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat från 173 till 220 (heltidstjänster) under ett år.

Det har hittills inte gått att få fram ett tillförlitligt underlag för att bedöma förändringar när det gäller andra yrkeskategorier men det kan konstateras att antalet besök hos dessa har minskat vilket kommer att uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

6.4 Ekonomi

Regionens budget och kostnader för VG Primärvård

Kostnaderna för VG Primärvård har blivit något mindre än det totalbelopp som avsattes i regionens budget 2010 och som byggde på hälso- och sjukvårdsnämndernas budgeterade kostnader för uppdraget 2008 uppräknat med index. På nämndnivå har kostnadsutfallet varierat, några nämnder har fått ökade kostnader för primärvård medan andra fått minskade jämfört med tidigare. Detta är en konsekvens av modellens konstruktion som bygger på samma ersättningsprinciper för hela regionen. Utvecklingen på nämndnivå överensstämmer i stort med de antaganden och simuleringar som gjordes inför beslutet om VG Primärvård.

Ersättningssystemet

Ett utredningsarbete har påbörjats för att utifrån erfarenheterna de första två åren se över hela ersättningsmodellen inför 2012.

Vårdgivarna upplever ersättningsmodellen i stora delar som bra och rättvis. Man anser dock att den är svårgenomtränglig och oförutsägbar vilket gör det svårt att planera för kommande intäkter och kostnader. Vårdgivarna har framfört önskemål om högre detaljeringsgrad i utbetalningsunderlaget för att bättre kunna följa upp i alla delar. I arbetet med att se över och eventuellt revidera ersättningsmodellen inför 2012 bör ambitionen vara att om möjligt förenkla den nuvarande modellen och göra den mer transparent. Samtidigt är det viktigt att inte göra alltför omfattande förändringar som drastiskt ändrar förutsättningarna för de nu etablerade vårdenheterna.

Ett av målen för VG Primärvård är att primärvården ska svara för en allt större andel av invånarnas vårdbehov. I detta ligger att primärvården ska stimuleras till att ha ett brett utbud av olika kompetenser för att kunna ta hand om allt större andel av den öppna och nära vården. Primärvårdens andel av vårdkontaktarna utläses i ersättningsmodellen i den så kallade täckningsgraden som är ett relationstal mellan de besök patienten gör i primärvården i förhållande till patientens alla öppenvårdsbesök i sjukvården (inklusive besök på sjukhus). Under det första året har täckningsgraden för VG Primärvård totalt endast ökat marginellt med en halv procent. Många vårdgivare anser att ersättningssystemet inte kompenserar tillräckligt för att bredda kompetensen utöver de baskrav som anges i Krav- och kvalitetsboken. Detta behöver analyseras närmare i samband med översynen av ersättningssystemet inför 2012.

En annan del i ersättningsmodellen som vårdgivarna kritiserat och som bör övervägas i det fortsatta arbetet är regionens tillämpning av den målrelaterade ersättningen för kvalitetsmålen. Kritiken gäller att den del av den avsatta penningpotten för den målrelaterade ersättningen, som inte utdelas på grund av ej uppnådda måltal, i praktiken fungerar som besparingsbeting. Problemet kommer att beaktas i den pågående översynen.