



Vägval för Vårdval

- så gjorde man i sju landsting och regioner

På uppdrag av Vårdföretagarna:

Lil Ljunggren Lönnberg

Hans Kilsved

Rådhusgruppen City

Innehåll

1	Inledning	4
1.1	Syfte	4
1.2	Tidigare material och rapporter	5
1.3	Rapportens disposition	5
2	Varför vårdvalsreform	7
2.1	Så började det	7
2.2	Motiv för införandet.....	8
2.3	Slutsatser	9
3	Principerna för Vårdvalen	11
3.1	Omfattning av uppdraget i Vårdvalet.....	11
3.2	Ersättningsmodell.....	13
3.2.1	Fast ersättning	13
3.2.2	Rörlig ersättning.....	14
3.2.1	Målrelaterad ersättning	15
3.3	Etableringsfrihet.....	16
3.4	Slutsatser	19
4	Processen inför och under genomförandet.....	21
4.1	Bakgrund - Det politiska initiativet	21
4.2	Mål för processen – Samspelet mellan partierna.....	22
4.3	Processtödet – Samspelet politiker–tjänstemän	23
4.4	Systemets politiska förankring	25
4.5	Slutsatser	25
5	God hälsa och vård på lika villkor för invånarna.....	27
5.1	Etablering av nya vårdgivare ökar tillgängligheten och valfriheten... ..	27
5.2	Fler som får vård och på rätt ställe?	28
5.3	Förebyggande och hälsofrämjande arbete.....	30
5.4	Slutsatser	31
6	Villkor för vårdgivarna.....	33
6.1	Omfattningen av uppdraget	34
6.2	Listningsförfarandet	35
6.3	Uttalade önskemål om andelen offentlig - privat vård	37
6.4	Förutsättningarna för att verka på en konkurrensutsatt marknad	38

6.5	De ekonomiska förutsättningarna	39
6.6	Konkurrensneutrala regelverk.....	40
6.7	Slutsatser	40
7	Styrning och ledning	42
7.1	Ny styrning – nya roller	42
7.2	Slutsatser	44
8	Uppföljning.....	45
8.1	Uppföljning av krav för ackreditering.....	45
8.2	Uppföljning för att underlätta patientens val.....	46
8.3	Uppföljning för vårdens utveckling	48
8.4	Infrastruktur som stödjer uppföljning	50
8.5	Slutsatser	53
9	Vägval för framgångsrika Vårdval	55
9.1	Vårdval ska ge alla invånare bra primärvård	55
9.2	Skapa hållbara överenskommelser om Vårdvalet.....	56
9.3	Gör vårdenheterna delaktiga i utvecklingen	57
9.4	Informera om Vårdvalet	58
9.5	Prioritera uppföljning.....	58
9.6	Lika villkor och konkurrensneutralitet.....	59
9.7	Skulle Vårdvalet gynnas av en nationell nivå?	60
10	Bilagor	61
10.1	Litteraturförteckning	61
10.2	Intervjuade personer	63

1 Inledning

Obligatoriskt Vårdval i primärvården gäller från den 1 januari 2010. När beslutet kom innebar det nya och olika förutsättningar för landstingen och regionerna. En handfull av dem hade redan innan beslutet startat processen att införa Vårdval i någon form, varav tre landsting redan var igång. Eftersom tiden mellan beslut och införande var kort hade de landsting/regioner som redan beslutat om Vårdval eller åtminstone påbörjat processen, ett försteg jämfört dem som ännu inte hade kommit igång.

Vi har valt att studera de sju landsting/regioner som var först med att införa Vårdval, dvs. Landstinget Halland, Stockholms läns landsting, Landstinget Västmanland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Landstinget i Kronoberg och Landstinget i Östergötland.

1.1 Syfte

Syftet med den här rapporten är att i dessa landsting/regioner studera och redovisa:

- de upplevda förutsättningarna för genomförandet, ställningstagandena till utformningen av modellerna
- hur beslutsfattare och tjänstemän så här långt har uppfattat effekter av reformen.

Avsikten har således inte varit att vetenskapligt belägga olika effekter utan att genom framförallt intervjuer kunna fånga en översiktlig bild av hur processerna och resultaten av dessa har upplevts.

Studien har genomförts av Lil Ljunggren Lönnberg och Hans Kilsved, båda konsulter verksamma inom Rådhusgruppen City, på uppdrag av Vårdföretagarna. Vi har studerat förfrågningsunderlag och utgivna rapporter om Vårdvalet m m. och inhämtat synpunkter från ansvariga tjänstemän på berörda myndigheter. Vi har också intervjuat femton politiker från både majoritet och opposition samt inhämtat information från åtta ansvariga tjänstemän i de sju landstingen/regionerna (se bilaga). På så vis har vi skapat oss en bild av processerna före och under genomförandet samt de upplevda konsekvenserna av olika ställningstaganden. Alla intervjuer har kunnat föras under stor öppenhet och vid flera tillfällen som en dialog. Vi vill gärna tacka alla dem som delat med sig av sina synpunkter och erfarenheter. Det har varit avgörande för tillkomsten av rapporten. Vid återgivande av synpunkter och åsikter från de olika samtalen och intervjuerna har vi valt att, i de flesta fall, inte uppge källan utan låter citaten vara anonyma. Det har inneburit att samtalen har kunnat vara öppnare och förtroligare. Inom citationstecken står uttalanden från intervjuerna, som kanske inte ordagrant återger vad som sagts, men i sak är korrekt återgivna. Slutsatserna som redovisas är våra egna.

1.2 Tidigare material och rapporter

Sedan Landstinget Halland, först av alla, lanserade Vårdval har många rapporter publicerats och många synpunkter lämnats på utformningarna av de olika vårdvalsmodeller som Halland och efterföljande landsting/regioner fattat beslut om. Socialstyrelsen har i uppdrag att granska införandet ur ett medborgarperspektiv och har lämnat två rapporter till regeringen. Konkurrensverket ska följa införandet för att bevaka konkurrensneutraliteten och har lämnat sin första rapport. Kammarkollegiet har ett ansvar för upprättande och drift av en nationell databas för annonsering av valfrihetssystem. Verket för näringslivsutveckling (NUTEK) ansvarar för en informationssatsning gällande lag om valfrihetssystem. Sveriges kommuner och landsting (SKL) har ett särskilt vårdvalsnätverk med olika arbetsgrupper. Ett antal redovisningar av de olika modellerna, granskningar av dessa och jämförelser med åtföljande förslag till förbättringar och utvecklingar har kommit från exempelvis PRO, Läkarförbundet, Timbro, Vårdföretagarna, SKL och Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet. Vi har i vår rapport avstått från att såväl göra en fullständig redovisning av hur systemen ser ut, som att göra utförliga jämförelser mellan landstingen/regionerna. Den informationen finns att hämta i redan publicerade rapporter i tillämpliga delar hänvisar vi istället till dessa. Vi har sett vår uppgift som mer framåtriktad.

Sedan regeringens proposition om Vårdval i primärvården¹ kom har man i flera landsting/regioner valt att inte använda Vårdval som namn för sin modell. Exempel på det är Hälsoval Skåne och VG Primärvård. I den här rapporten har vi för enkelhets skull valt att kalla alla landstings/regioners modeller för Vårdval.

1.3 Rapportens disposition

Rapporten inleds i kapitel 2 med en kort beskrivning av bakgrunden och utvecklingen fram till Vårdval inom primärvården. Här finns också en kort genomgång om varför det ansågs nödvändigt med en reform och bevekelsegrunderna för denna.

Kapitel 3 ger en överblick av de viktigaste beståndsdelarna i Vårdvalet; omfattningen på uppdraget, ersättningsmodellerna samt etableringsmöjligheterna och dess olika utformning i de besökta landstingen och regionerna. Gjorda överväganden redovisas utifrån intervjuerna.

I kapitel 4 redovisas de processer som ledde fram till beslut om Vårdval. Här redogör de intervjuade för vad de anser vara avgörande för att besluten skulle bli väl avvägda och lyckosamma.

¹ Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården

En av de viktigaste frågorna för primärvården är frågan om jämlik vård för alla invånare och i kapitel 5 redovisas viktiga utgångspunkter för att öka rättvisan i vården. Det handlar om tillgänglighet och bemötande, om att få rätt vård på rätt ställe. Det handlar också om riskerna med att missa helhetsansvar, förebyggande och hälsofrämjande arbete.

I kapitel 6 tas frågorna om lika villkor för vårdgivarna upp. Det handlar om villkoren mellan offentliga och privata vårdgivare men också mellan stora och små. Det som upplevs som mest avgörande är omfattningen av uppdraget, listningsförfarandet, omställningsförmågan, ekonomin och regelverket.

Kapitel 7 behandlar frågan om den förändrade styrningen och rollfördelningen till följd av reformen.

I kapitel 8 belyses vikten av en uppföljning av hög kvalitet ur olika synvinklar och fokuseras infrastrukturens betydelse för att underlätta uppföljningen.

Slutligen i kapitel 9 redovisar vi några av de vägval vi bedömer att landstingen och regionerna står inför i den fortsatta utvecklingen av Vårdvalet.

Varje kapitel avslutas med slutsatser som sammanfattar det vi upplevt som kärnan i respektive avsnitt från intervjuerna.

2 Varför vårdvalsreform

2.1 Så började det

Två olika synsätt bryts mot varandra sedan mer än femtio år. Det ena synsättet betonar områdesansvar och fokuserar på samspelet mellan primärvården och lokala samarbetspartners för att uppnå strukturella hälsoeffekter som sjukvården inte kan uppnå ensamt. Det andra synsättet betonar valfrihet för patienterna och kontinuitet i relationen mellan läkare och patient.

Områdesansvar har i hög grad förknippats med utbyggnaden av den offentligt drivna primärvården och valfrihet med privatläkare. Dessa har samexisterat och ända sedan 1955 har patienter kunnat vända sig till privatläkare och betala samma enhetstaxa som i offentlig vård. Taxeläkare har förekommit främst i storstäderna, men haft en begränsad roll vid sidan av det offentliga systemet.

Privatläkarna blev väsentligt fler från 1994 då husläkarreformen genomfördes, med i huvudsak brittisk förebild. Reformen betonade den personliga relationen mellan patient och läkare. Patienterna skulle lista sig hos den läkare de valde. Men framför allt innebar reformen etableringsfrihet för nya privatläkare. Den fria etableringsrätten avskaffades av den nya riksdagsmajoriteten senare samma år, men de val av läkare som gjorts fortsatte att gälla och patienterna hade även framgent möjlighet att välja sin läkare under förutsättning att denne hade kapacitet att ta emot nya patienter.

I vissa delar av Sverige fick husläkarreformen begränsad betydelse. I andra delar fick den ett bestående genomslag, som i Västmanland, där familjeläkare etablerades som politiskt begrepp och rönt bred politisk uppslutning. Uppemot hälften av länets familjeläkare drev verksamhet i privat regi. I storstäderna ledde husläkarreformen till att många invånare listade sig hos privatläkare.

I Halland ville man vidareutveckla styrformerna och införde i politisk enighet och efter långa förberedelser Vårdval Halland. Denna process inleddes redan år 2003. I bakgrunden fanns diskussioner om att förtydliga beställarrollen, där politikerna skulle bestämma vad patienten hade rätt till, men inte hur vården skulle utföras. Reformen gav också nya villkor för de offentliga vårdenheterna. Hallänningarna hämtade inspiration från studiebesök i Kanada, Nederländerna, Danmark och Storbritannien. Forskare deltog i diskussionen där man utvärderade erfarenheter från andra håll.

Samtliga landsting och regioner som genomfört vårdvalssystem har refererat till Halland som en av sina viktigaste inspirationskällor. Även de landsting och regioner som valt andra lösningar än Halland har använt de halländska erfarenheterna som referens.

Efter valet 2006 ville fler landsting och regioner införa etableringsfrihet och vårdvalssystem. I samtliga landsting som vi studerat har modellerna vuxit fram

i samarbete mellan tjänstemän och de politiska ledningarna. Under tiden från att utredningarna startat fram till beslut har man ofta haft kontakter med andra landsting och utbytt tankar om olika lösningar. De tankar och lösningar som utvecklats i Region Skåne och av Stockholmslandstinget har varit särskilt viktiga referenspunkter för andra landsting.

I diskussionerna om Vårdvalets slutliga införande har framför allt Stockholmslandstinget även hämtat inspiration från det valfrihetssystem som infördes inom äldreomsorgen, som i sin tur har en dansk förebild och till vissa delar redan prövats i Nacka kommun.

2.2 Motiv för införandet

I propositionen om Vårdval i primärvården² skriver regeringen att det grundläggande syftet med att införa ett vårdvalssystem i primärvården, är att stärka patienternas valmöjligheter och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstingen beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården förväntas stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Genom att pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till att stimulera kvalitetsutveckling, eftersom stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet. Det skapas därmed konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet. Lagen är enligt propositionen en del av regeringens strävan att sätta brukaren i fokus med en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare. Vi har frågat företrädarna för landstingen och regionerna om det också har blivit så.

Motiven för de landsting/regioner som valde att införa vårdvalssystem innan lagen trädde ikraft var vid våra intervjuer tämligen samstämmiga. Primärvården fungerade inte så bra som man önskade. Många invånare, framför allt i större städer, upplevde att det var omöjligt att få tid hos läkare i primärvården och man sökte sig därför istället till akutsjukvården som därmed ofta fick en alltför stor belastning. I glesbygdsområden var det ofta svårt att bemanna vårdcentraler och därmed kunna erbjuda invånarna den vård de var i behov av. Även om flera landsting/regioner i teorin hade möjlighet för invånarna att välja vårdcentral fungerade det inte i praktiken. Alla vårdcentraler med gott rykte hade nått sitt listningstak, dvs. man tog inte emot nya patienter.

Även om problemen varierade mellan landstingen/regionerna så fanns det ändå gemensamma önskemål om att stärka individernas makt över sin egen vårdssituation. De formulerades i kort sammandrag så här: Invånarna skulle ges möjlighet att få tillgång till läkare och annan personal inom rimlig tid. De skulle

² Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården

i ökad utsträckning få vårdbehoven tillgodosedda i den första linjens sjukvård, ha kontinuitet i sina vårdkontakter och kunna känna trygghet i att få möta rätt kompetens, bli sedda och kunna känna tillit till personalen. Samtidigt skulle vården ges möjlighet att ha en helhetssyn, att kunna beakta alla faktorer avseende individen och samverka för att motverka ohälsa.

Alla intervjuade i landstingen/regionerna ger uttryck för att det är invånarnas behov som sätts i fokus. Men ska invånarna få den vård de vill ha och ges möjlighet att välja krävs, enligt de flesta intervjuade, att det finns en mångfald av vårdgivare. Det ger i sin tur en konkurrenssituation som kan leda till ökad kvalitet inom vården under förutsättning att kvaliteten följs upp och synliggörs.

För att uppnå de önskade effekterna i ett vårdvalssystem har man också, över de politiska partigränserna varit överens om vikten av långsiktighet och bred uppslutning bakom beslutet. I de flesta landsting/regioner är det endast Vänsterpartiet som valt att ställa sig utanför uppgörelsen. Stockholms läns landsting är det enda av de sju intervjuade där man inte har en bred politisk uppgörelse om Vårdvalet.

Några röster från samtalen:

”Det är viktigt att ha klart för sig vilka problem man vill lösa. Vi ville flytta fokus från verksamhet till invånare. Vårdval är mer än ett ersättningsystem, det är en styrmodell.”

”Primärvården skapade inte den trygghet invånarna behövde och hade inte de kompetenser som krävdes. Man svarade inte i telefon och man hade begränsade öppettider. Folk strömmade därför till akutsjukvården. Något behövde göras. Det var viktigt att första linjens sjukvård kunde ta fler patienter för att öka effektiviteten.”

”Vi hade redan innan Vårdvalet politiska beslut om att jag fick gå till vilken vårdcentral jag ville, men i verkligheten var det omöjligt att komma in på många vårdcentraler. De populära vårdcentralerna hade nått kapacitetstaket och tog inte emot fler patienter. Det var att bjuda med armbågen.”

”Många säger att Vårdval ger vårdgivarna möjlighet – men vi säger att det ger patienter valmöjlighet.”

2.3 Slutsatser

För landstingens och regionernas företrädare har Vårdvalet i första hand handlat om ett tydligt ställningstagande för att vården är till för patienten – inte tvärtom. Patientens makt över vården skulle stärkas på bekostnad av vårdens producenter. Genom att ge patienten rätt att välja och välja bort gynnas vårdenheter som ger högre tillgänglighet, trevligare bemötande och bättre medicinsk kvalitet. Vården ska ges på patientens villkor och politiken ska företräda invånarna – det har varit reformens ledstjärna.

I andra hand kommer önskemålen om att underlätta för fristående vårdföretag att etablera sig. Det har för politiken varit ett medel att åstadkomma ökat utbud och därmed större valfrihet, men sällan haft ett egenvärde.

Men reformen syftar också till att skapa en kreativ dynamik, där förhoppningen är att konkurrens och mångfald ska stimulera utvecklingen av effektivitet och kvalitet.

De flesta anser i intervjuerna att den önskade maktförskjutningen nu är genomförd. Men det är viktigt att inse att de resultat man säger sig vilja uppnå genom att införa Vårdval inte uppstått i och med detta. Tvärtom är det en lång process från principbeslutet fram till implementeringen av det nya systemet med svåra avväganden och beslut om utformning, som blir helt avgörande för om resultaten ska bli de önskade. Vi kommer i de fortsatta avsnitten att ta upp några av de, som vi uppfattar, viktigaste och avgörande vägvalen som landstingen/regionerna stod inför och hur dessa har hanterats.

3 Principerna för Vårdvalen

3.1 Omfattning av uppdraget i Vårdvalet

Enligt Socialstyrelsens slutrapport ”Införande av vårdval i primärvården”³ uppvisar vårdenheternas allmänmedicinska uppdrag stora likheter i de olika landstingen/regionerna. Kraven och skyldigheterna som redovisas i förfrågningsunderlagen, dels som en del av grund- eller basåtagande, dels som generella villkor eller motsvarande, har stor samstämmighet. Det betyder att enligt Socialstyrelsen är uppdragen i samtliga landsting/regioner relativt breda och svarar väl mot definitionen av primärvård i 5§ HSL:

”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”.

I så gott som alla landsting ingår hembesök, jour- och beredskap, läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård, hälsoundersökningar för asylsökande, smittskydd, utfärdande av olika intyg, samverkan med andra vårdgivare och huvudmän, medverkan vid katastrof och beredskap, utbildning, forskning och utveckling samt uppföljning av verksamheten.

I alla de besökta landstingen/regionerna utom ett ligger kostnadsansvaret för mödrahälsovård utanför åtagandet för Vårdvalet. Västmanland som har det bredaste uppdraget är det landsting som också valt att lägga in mödrahälsovården. Flera andra landsting uppger att det är naturligt att också mödravårdscentralerna så småningom ska omfattas av Vårdvalet, alternativt bli ett eget Vårdval. Barnhälsovården ligger däremot inom Vårdvalets åtagande i de flesta landsting/regioner, utom i Skåne och Stockholm, vilka har valt att lägga BVC som eget Vårdval.

När det gäller rehabilitering har fem av de sju landstingen/regionerna lagt kostnadsansvaret för denna inom ramen för Vårdvalet. I Stockholm och Västra Götalandsregionen ligger de utanför. I Västmanland låg all rehabilitering inne i familjeläkaransvaret, men i samband med införandet av Vårdvalet lyftes det ekonomiska ansvaret för sjukgymnastik, naprapater och kiropraktorer ut från systemet.

Läkemedelskostnaderna har behandlats på flera olika sätt.

- I Landstinget Kronoberg och i Landstinget i Östergötland har vårdgivarna fullt kostnadsansvar för all förskrivning av allmänläkemedel till invånare som valt vårdenheten oavsett vem som förskriver dem.

³ Införande av vårdval i primärvården, slutredovisning, Socialstyrelsen, 2010-02-10

- I Region Skåne har vårdgivarna 50 procent kostnadsansvar för de basläkemedel de listade invånarna konsumerar oaktat vem eller var läkemedlet förskrivits.
- I Västra Götalandsregionen betalar varje förskrivare för de läkemedel man själv förskriver.
- I Stockholms läns landsting, Landstinget Halland och Landstinget Västmanland ligger läkemedelskostnaderna utanför Vårdvalet.

Den största skillnaden i omfattningen av uppdraget finns mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting/regioner. I Stockholm har man för närvarande 13 olika Vårdval och man listar sig i första hand hos en husläkare, inte en vårdenhets. Därutöver finns Vårdval för bl.a. barnavårdcentral, mödravårdscentral, logopedverksamhet, fotsjukvård, läkarinsatser i särskilda boenden samt förlossningar.

Även Region Skåne har valt att dela upp sin primärvård, där har man i två olika Vårdval (vårdenhet och BVC). Utöver det har regionen två Vårdval som finansieras inom ramen för rehabiliteringsgarantin; Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Multimodal Smärtbehandling (MMS) för vilka patienten behöver en remiss för att kunna välja vårdgivare. Politiskt har nyligen beslutats om ett femte Vårdval; val av mödravårdscentral (MVC) från april 2011.

Så gott som alla politiker som intervjuats i de sju landstingen/regionerna har varit tydliga med att det är viktigt att primärvården eller närsjukvården som några landsting väljer att kalla den, har ett brett uppdrag som ska klara stora delar av den sjukvård befolkningen har behov av. Äldre är den gruppen av patienter som har flest besök och tar mest tid, och den gruppen prioriterar oftast kontinuitet i vårdkontaktarna. Därför måste, enligt PRO⁴, Vårdvalet inriktas mot enheter med ett brett uppdrag som kan möta äldres behov av fungerande vårdkedjor och lotsar i vården.

I Stockholms läns landsting där man valt att inte samla uppdraget till en helhet, utan låta det vara uppdelat i delar, har det framförallt varit en fortsättning av traditionen men det har också ansetts vara mer stimulerande för vårdgivare att kunna specialisera sig inom olika områden. Skillnaden mellan alliansen och de rödgröna i synen på omfattningen av uppdraget har hittills inte skilt sig åt i någon större utsträckning. Nyss annonserade dock oppositionen att de vill se ett bredare uppdrag för vårdenheterna.

Röster från samtalen:

"Det är ingen ny nivå vi har infört i Vårdvalet utan det är fortfarande den gamla primärvården. Vi hade en väldigt diskussion om närsjukvård som är något annat än

⁴ Vårdval, PRO granskar vårdval i landsting och regioner och föreslår riktlinjer 2008-02-26

primärvård, det är att ha nära vård, också den som delvis idag sker på sjukhus. Vi har släppt den tanken utan har istället primärvård och sjukhusvård.”

”Det fanns en tydlig uttalad vilja att flytta öppenvård från sjukhusen till primärvårdsenheterna. Politikerna var överens om att vi hade en underutbyggd primärvård. Man ville flytta sjukvård nedåt i vårdkedjan.”

”Vi har hittills haft en fragmenterad vård, nu vill vi ha en sammanhållen. Det vill också brukarna ha – de vill välja paketlösningar, men inte välja för mycket. Trickigheterna ligger i att avväga övergångarna mellan vårdformer.”

”Vi ville att Vårdvalet skulle omfatta en större del än tidigare. Vi ville inte ha så små vårdvalsdelar inne i själva Vårdvalet. Vi ville ha en helhet. Vi ville att man skulle ta ansvar för medborgarnas vård.”

”Helhetsyn är viktig endast för den lilla gruppen äldre och sjuka, som dock tar mycket tid”.

3.2 Ersättningsmodell

3.2.1 Fast ersättning

Alla landsting/regioner utom Stockholms läns landsting har ett ersättningssystem som till största består av en fast ersättning som följer den listade patienten. Drygt 80 procent av ersättningen är fast och är antingen fördelad efter ålder, ålder och kön eller efter vårdtyngd (ACG⁵) och socioekonomi (CNI⁶) samt ibland med en faktor utifrån geografisk placering eller med en mix av samtliga parametrar. I Landstinget i Östergötland har man dessutom en basersättning till små enheter vilken man dock avser att avskaffa på sikt. De första landstingen som införde Vårdval valde en ersättning baserad på åldersgruppering, men under utrednings- och införandeperioden har såväl vårdtyngdsfaktorn som den socioekonomiska faktorn kommit att spela en allt viktigare roll. Insikten om att utlandsfödda personer har ett generellt tidigare insjuknande i åldersrelaterade sjukdomar har t ex lett fram till slutsatsen att enbart åldersrelaterad ersättning inte motsvarar vårdtyngden i invandrartäta områden.

Tolkersättning har inte bara använts för att kompensera för tolkkostnader. I Västra Götalandsregionen exempelvis har dubbel tolkersättning betalats som ett alternativ till användning av socioekonomisk faktor. Det har inneburit att de vårdenheter som satsat på att rekrytera flerspråkig personal och som kan möta patienterna på deras hemspråk inte erhållit tolkersättning. Det kan ha motverkat etablering av vårdenheter som specialiserar sig på vissa språkgrupper framför allt i stora städer. Socioekonomiskt index är till skillnad

⁵ ACG är en förkortning av Adjusted Clinical Groups

⁶ CNI är en förkortning av Care Need Index

från tolkersättning neutralt till hur kommunikationen mellan vårdpersonal och patient sker.

Flera landsting/regioner planerar att ta hänsyn till andra faktorer än ålder i nästa version av Vårdvalet, i högre eller mindre grad. Även om många landsting nu når en samsyn kring den långsiktiga utformningen av ersättningssystemen, når man skilda slutsatser på kort sikt när man i olika grad vill undvika att enskilda vårdenheter drabbas av kraftiga övergångseffekter.

Frågan om att föra in vårdtyngd och socioekonomi som faktorer i ersättningssystemet har varit en av de frågor som varit föremål för överläggningar mellan partierna i flera landsting och där har partierna kompromissat. Detta har varit en av socialdemokraternas viktigaste profilfrågor.

För de flesta har det varit självklart att välja fast ersättning i modellen för huvudparten av ersättningen. Hur den fasta ersättningen ska beräknas finns det däremot ingen samstämmighet om. Det har för många varit att bryta ny mark och landstingen har sneglat på varandra. Vi utgår från att de nuvarande ersättningsmodellerna kommer att fortsätta utvecklas. Landstingen kommer att följa upp resultaten och jämföra såväl inom landstingen som med andra. Alla letar efter den perfekta lösningen, den som betalar för att människor hålls friska.

3.2.2 Rörlig ersättning

I Stockholms läns landsting, där man har en rörlig ersättning med ca 60 procent, har man i stort sett byggt vidare på det system som i politisk enighet togs fram redan under förra mandatperioden 2005. Där får vårdenheterna betalt efter antal besök. Motivet för den höga rörliga ersättningen, säger landstingsledningen, var i första hand att de ville få fler besök i primärvården.

Vårdvalsmodellen i Stockholm har fått stark kritik från samtliga fackliga och yrkesorganisationer⁷. Thomas Flodin, ordförande i Läkarförbundets avdelning i Stockholm, uttrycker i november 2009 kritiken så här:

"Ersättningsmodellen är på många sätt avgörande för det sätt som vården organiseras och för stora och små prioriteringar i vårdens vardag. Många lätta läkarbesök favoriseras i dag framför längre mer resurskrävande besök av t ex multisjuka äldre. Det tvärprofessionella arbetssätt som utvecklats på många vårdcentraler försvinner till förmån för en mer produktionsfokuserad vårdform där läkaren står i centrum. Den ökade betoning som läggs på att maximera antalet besök sker på bekostnad av arbetsmiljö och kompetensutveckling. Att ersättningsmodellen inte tar hänsyn till vårdtyngd är som många påpekat en avgörande

⁷ Sveriges Riksdag/WebbTV: Socialutskottets hearing 2009-01-27

svaghet. En större andel fast ersättning istället för rörlig besöksersättning borde införas. Vårduppdraget borde utformas så att ett större inslag av samarbete mellan olika yrkesgrupper gynnas.”

Primärvården i stockholmslandstinget har ökat sina besök väsentligt, men man har ännu inte sett att besöken minskat i någon större utsträckning i andra delar av vården. Akutbesöken ligger t ex fortfarande på en hög nivå. Av den egna uppföljningen framgår dock, enligt de intervjuade, att antalet besök har ökat i utsatta områden och är antalsmässigt för första gången fler än i mer välbärgade områden.

I en modell med rörlig kostnadsersättning kan nyetableringar leda till okontrollerade kostnadsökningar och för patienterna onödiga besök. Det säger man sig inte ha upplevt i Stockholm. Kostnaderna håller sig inom budgeterade ramar och man följer besöksmönstren noga. Det pågår dock en översyn av ersättningsmodellen och man avser att införa en ny modell från år 2011. Inför denna förändring söker landstinget inspiration från olika håll, inte minst utanför landets gränser. Man vill gärna ha en modell som tar hänsyn till diagnos men också till insatt behandling.

3.2.1 Målrelaterad ersättning

I de flesta landsting/regioner finns också en målrelaterad ersättning. Det är dock endast en liten andel, runt tre procent av ersättningen. I några landsting används den målrelaterade ersättningen som morot och ett tillägg utbetalas när måluppfyllelsen är nådd. I andra landsting används avdrag som piska när önskad nivå inte uppnås. Man kan få tillägg/avdrag för bl.a. läkemedel, tillgänglighet, täckningsgrad, hälsofrämjande insatser, registrering i kvalitetsregister, registrering av diagnos.

I en rapport från SKL⁸ har en kartläggning gjorts av samtliga landstings målrelaterade ersättningar i primärvården. Enligt rapporten hoppas flera landsting att de ska kunna utvidga och utveckla principerna om målrelaterad ersättning. Avsikten är att öka antalet mål och indikatorer så att den målrelaterade ersättningen ska bli en större andel av den totala ersättningen. Det framgår också av rapporten att man vill ha fler mål och mått som baseras på resultat, snarare än på strukturer och processer. En viktig slutsats i rapporten är att det finns all anledning för landsting och regioner att arbeta gemensamt i det fortsatta utvecklingsarbetet. Sådant samarbete finns redan regionalt och borde, enligt rapporten utvecklas ytterligare på nationell nivå.

I våra intervjuer var det flera av politikerna som var osäkra på hur stor andel av den totala ersättningen som relaterar till kvalitet och resultat. Att andelen är låg, menade man, beror i stor utsträckning på svårigheterna att ta fram

⁸ Målrelaterad ersättning i primärvården – Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009, Sveriges kommuner och Landsting, 2009

kvalitetsindikatorer som man också kan följa upp emot. Men i några av landstingen/regionerna resonerar man samtidigt som att det inte alltid krävs så hög andel för att kunna få önskad styrningseffekt.

Röster från samtalen:

"Bedömningen var att det fanns ett behov av att öka besöken med närmare 20 procent, så den ökning som skett var definitivt både önskad och förutsedd."

"Det fanns inga delade meningar om att den största delen av vårdpengen skulle vara fast utifrån antal listade. Det är viktigt för att slippa risken att man tar emot besök som egentligen inte skulle behöva komma till doktorn."

"Vi har ett system där vi har en fast betalning per patient, dessutom får vårdcentralen behålla patientavgiften. Det trillar inte ut extra ersättning för att det görs fler besök. Dessutom är ersättningen inte knuten till läkaren utan till vårdcentralen."

"Vi var också överens om att de äldre medborgarna ska ha en rejält mycket högre listpoäng. Om man jämför en 40-åring och en 80-åring, så får man sex gånger så mycket pengar för 80-åringen."

"Vi ville ha ett ersättningssystem som tar hänsyn till olikheterna - därför var en socioekonomisk viktning nödvändig. En sådan kan ta hänsyn till gamla människors komplicerade vårdbehov."

"Vi ville lyfta upp att det blir vård efter behov och inte bara snabba klipp i centralorten."

"Tyngdpunkten ligger på de allra äldsta och det är för att undvika gräddfilssnacket om att bara ta friska patienter. Det har varit relativt framgångsrikt, men kanske behöver vi vika mer."

"Det var en farhåga att de små på landsbygden inte skulle kunna finnas kvar. Därför har vi med en geografisk faktor som betyder att fem miljoner kronor fördelas utifrån avstånd till sjukhus. Cirka tio vårdcentraler får del av detta."

"Oppositionen krävde tidigt att vi skulle göra någon sorts socioekonomisk viktning. Men då fanns inte CNI och ACG. Istället införde vi en dubblad tolkersättning, för att åtminstone göra någonting. Om vi gjort om processen skulle vi ha infört ACG från början."

3.3 Etableringsfrihet

När riksdagen beslutade om obligatoriskt Vårdval innebar det i praktiken att det blev fri etableringsrätt för privata vårdgivare. Landstinget Halland som var tidigast med att införa Vårdval hade i sitt första förfrågningsunderlag en tvingande regel som innebar att ingen vårdgivare kunde etablera sig, utan att vara överens med landstinget om den geografiska placeringen. I realiteten blev det aldrig skarpt läge eftersom man från bägge håll hade ett intresse av att etableringen skedde där det fanns goda möjligheter till listningar och samtidigt ett behov av nyetablering.

Enligt propositionen om Vårdval i primärvården ska alla landsting/regioner införa Vårdval och då tillämpa Lagen om valfrihet⁹. Därmed undanröjdes möjligheten att reglera den geografiska placeringen. Flera av politikerna, såväl de i majoritet som i opposition anser att obligatoriet som regeringen infört strider mot det kommunala självstyret, men har egentligen inget emot innehållet i propositionen.

I alla de besökta landstingen/regionerna tillkom det nya enheter i samband med införandet av Vårdvalet. I flera landsting var det överraskande många och på de flesta håll var man också nöjd med spridningen av de nya etableringarna.

Västra Götalandsregionen fick flest nya vårdenheter, betydligt fler än man hade förutsett och inte endast i Göteborgs innerstad, utan även i förorterna till Göteborg och i övriga delar av regionen. Det visade sig vara attraktivt att etablera sig i t ex nordöstra Göteborg trots att det tidigare varit svårt att rekrytera läkare dit. Det kom in så många som 272 ansökningar, ett trettioital hoppade av tidigt, några bestämde sig för att avstå från expansion, några godkändes inte, men det skrevs kontrakt med 205 stycken. Regionen hade redogjort för behovsbilden i de olika områdena i regionen inför etableringen så ingen vårdenhet har frånträtt sina planer på etableringsställe efter ansökan.

I Kronoberg fick man sex nya vårdenheter, varav två i Växjö samt tre gamla tidigare LOU- upphandlade som övergick till Vårdvalet. Det är överlag små enheter som etablerats och de finns också på små orter.

I Skåne tillkom tolv helt nya vårdenheter, dessutom ville fjorton familjeläkarenheter som redan hade vårdavtal med regionen komma med i Hälsoval Skåne. Önskemålet var att få till stånd fler etableringar i glesbygden och det fick man även om det också blev många nyetableringar i Malmö och Lund. Nu finns inga ”vita fläckar” i regionen.

I Stockholms läns landsting har man hittills fått 37 nya vårdenheter, varav sju nya på Järvafältet. Man har inga ”vita fläckar” men sannolikt en viss överetablering i några områden där konkurrensen kan komma att tvinga fram nedläggningar på grund av bristande lönsamhet.

I några landsting är frågan om etableringsfrihet en kvarstående konfliktpunkt. Från den rödgröna oppositionen har man där anført att man vill kunna säga nej till etableringar i ett område man betraktar som välförsörjt, om det samtidigt finns ”vita fläckar” på andra håll inom landstinget. I andra landsting säger oppositionen att man vill kunna styra var etableringen sker. De erfarenheter som nu växer fram får givetvis betydelse för hur hårt detta krav kommer att drivas. I de landsting som lyckats täcka vita fläckar utan att inskränka etableringsfriheten kan en fungerande praxis vägas mot behovet av ytterligare förändringar. I Region Skåne har samråd inför etablering stor betydelse. I Västmanland och Östergötland har man lyckats åstadkomma

⁹ Regeringens proposition 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem

etableringar genom en kombination av offentlig upphandling och vårdval. Där finns också modeller som tillåter att etablering sker i flera steg, genom att landstinget tillåter filialer till etablerade vårdenheter.

Flera av landstingen/regionerna har valt att ta med skrivningar om samråd om geografisk placering inför etablering. I juridiskt avseende har en sådan skrivning ingen verkan, men för att skapa en samsyn om var behoven finns och var en etablering skulle kunna vara framgångsrik kan den ändå, anser flera, ha ett värde. Det blev en kompromiss som bägge sidor kunde leva med. Även flera av alliansens politiker har uttryckt sympati för att man har träffat innan etableringen, inte minst för att klara ut förutsättningarna.

I praktiken har det hittills inte inträffat att någon vårdgivare etablerat sig, i strid med landstingets avrådan. Även i landsting/regioner där man i avtalen inte har inskrivit något samrådsförfarande händer det ofta att en ny vårdgivare som vill etablera sig tar kontakt för att få veta var det finns bäst förutsättningar att lyckas med en nyetablering.

I diskussionerna om vad etableringsfrihet egentligen får för konsekvenser kvarstår det fortfarande vissa farhågor, även om alla intervjuade politiker är överens om, att de värsta farhågorna inte har besannats. Flera ansvariga tjänstemän tror inte att etableringsfriheten kommer att vara ett politiskt diskussionsämne i framtiden. Man har erfart att företag som vill etablera sig också är intresserade av att välja lokalisering, där det finns patientunderlag och goda förutsättningar att bli lyckosamma. De intervjuade menar att intressena oftast sammanfaller för politikerna och vårdgivarna när det gäller val av lokalisering. De tendenser till överetablering som man nu ser kommer sannolikt att rättas till. De vårdenheter som inte får patienter och som därmed inte klarar sin ekonomi kan inte fortsätta. De fortsatta farhågorna handlar snarare om ekonomi; att skattepengar används till onödiga etableringar som inte har rimliga chanser att bli beständiga.

Vårdföretagen själva är bekymrade för att landstingen/regionerna inte ska ta konsekvenserna av att offentliga vårdenheter tappar patienter och lägga ner dem. Att skjuta till skattepengar ökar kostnaderna och skapar dessutom orättvisa villkor.

I flera landsting har beslutet om Vårdvalet förenats med ett engångsanslag till de offentliga vårdenheterna för omställning. När ett landsting väljer att lägga ner offentliga vårdenheter med hänvisning till att de inte uppfyller kvalitetskraven, aktualiseras sannolikt en diskussion om landstingens ägaransvar för de offentliga enheterna och eventuellt även rimligheten i kvalitetskraven. Några omfattande nedläggningar har dock, i skrivande stund, ännu inte inträffat.

Röster från samtalen:

"Ingen har begärt placering på olämpligt ställe men vi skulle förmodligen inte klara ett ifrågasättande juridiskt."

"I praktiken har ingen etablerat sig utan kontakt och resonemang. Någon kanske har ändrat sig från vad man tänkte från början men vi har inte tvingat någon och det beror på att de begriper själva var det lönar sig att etablera sig."

"Vårdval och fri etablering kräver en viss överetablering för att fungera."

"Idag har vi lite för många vårdcentraler tycker jag."

"Om vi skulle styra de geografiska etableringarna skulle vi också tvingas vara med och ta risk, så det avstår vi ifrån. Vi upphandlar för de orter där ingen vill etablera sig."

"Vårdföretagen vill etablera sig i centrum, inte i förorterna eller på platser med namn som slutar på by. De är mer ute efter snabba pengar. Jag tror ändå att det finns ett behov av att styra etableringen dit där det finns behov."

"Jag har inga som helst synpunkter på om du etablerar dig, om var och en betalar själv efter sin bärkraft och är beredda att betala vad det kostar. Men om det är en skattefinansierad verksamhet där medborgarnas pengar används, då har jag ett ansvar för att politiken ser till helheten och då är det min uppgift att göra politiska avvägningar. Den rätten vill jag förbehålla mig som politiker."

3.4 Slutsatser

Socialstyrelsen skriver i sin rapport om Vårdvalet att det inte är så stor skillnad på omfattningen av uppdraget, som det kan uppfattas vid en första genomläsning av de olika regelböckerna. Vi delar i princip den bedömningen. Det är mer sättet att beskriva uppdraget som skiljer. Ambitionsnivån när det gäller primärvårdens ansvar i framtiden skiljer också. Flera landsting vill fortsätta flytta resurser från andra delar av vården för att stärka den första linjens sjukvård, medan några anser att omfattningen nu är rätt. Självfallet spelar utgångsläget stor roll. Enligt Socialstyrelsen och enligt de ansvariga själva får omfattningen av uppdraget anses relativt väl avvägt.

Där det har funnits tveksamheter om vilka verksamheter som ska ingå i uppdraget och hur regelverket ska utformas för att skapa rätt incitament hos patienter och vårdenheter, har man hellre väntat för att kunna utreda vidare. Två olika parallella utvecklingslinjer kan urskiljas. En utvecklingslinje där uppdraget ytterligare utvidgas och där täckningsgraden förväntas öka. Den andra utvecklingslinjen innebär att det blir fler olika Vårdval inom landstingen/regionerna.

Uppdragets omfattning och bredd har ifrågasatts framförallt av de privata vårdgivarna. För att undvika höga trösklar vid etablering har man velat begränsa uppdragen. Det finns, menar man risker för att etableringar i glesbygd uteblir, vilket i sin tur leder till att valfriheten begränsas. Det kan också leda till att små lokala företag inte klarar etableringskraven och att endast landstingens egna vårdenheter samt stora vårdkoncerner ges möjlighet att bedriva

verksamhet Alla politiker vi har samtalat med, förutom Alliansen i Stockholm, har emellertid varit tydliga med att det är viktigt att primärvården, eller närsjukvården som några landsting väljer att kalla den, har ett brett uppdrag som ska klara stora delar av den sjukvård befolkningen har behov av. Det går före vårdföretagens behov. Vi ser att vissa landsting/regioner valt lösningar för de breda uppdragen, som sökt undanröja de mindre företagens eventuella konkurrensnackdelar genom att exempelvis tillåta samarbete med underleverantörer. Det finns sannolikt möjligheter att välja lösningar som såväl tillgodoser patienternas behov av helhetslösningar, som stödjer och underlättar även för mindre vårdenheter att bedriva verksamhet.

Utformningen av ersättningssystemet blir i hög grad styrande i Vårdvalet. Ersättningen följer patienterna och skapar på så sätt starka incitament för olika beteenden. Det är tveksamt om landstingen i tillräcklig utsträckning har kontroll över vad som händer bland såväl patienter som vårdenheter och samverkande enheter inom och utanför sjukvården. De intervjuade, såväl politiker som tjänstemän, ser möjligheten att med det nya ersättningssystemet kunna effektivisera verksamheten och samtidigt öka kvaliteten. Men detta har ännu inte fått tydligt genomslag. Det är för tidigt att uttala sig om träffsäkerheten i ersättningsmodellerna och det finns för få indikatorer för att kunna mäta påverkan på framförallt den medicinska kvaliteten. Det är angeläget att ersättningsmodellerna granskas, följs upp och förbättras efter hand som det finns säkrare data tillgängliga.

Den fria etableringen är och har varit en laddad fråga i de politiska samtalen över blockgränserna. Utfallet blev dock inte så illa som många kritiker hade befarat, flera av dem medger att de blivit positivt överraskade. Det blev förvisso fler etableringar i citykärnorna men det skedde inte på bekostnad av verksamheten i de vita fläckarna – tvärtom har man på flera håll lyckats få nya etableringar till områden som tidigare varit underförsörjda. Men det betyder inte att de socialdemokrater vi intervjuat gett upp sin ståndpunkt om att etableringsfriheten ska begränsas. Ingen av dem driver dock frågan om att bryta upp reformen eller att återgå till något som fanns innan. Det är frågan om mindre justeringar. Vi gör bedömningen att om det blir en annan majoritet efter valet i höst skulle den sannolikt begränsa etableringsfriheten och införas ett obligatoriskt samrådsförfarande inför etablering.

4 Processen inför och under genomförandet

4.1 Bakgrund - Det politiska initiativet

Över alla partigränser ger politikerna en likartad vittnesbild av situationen före vårdvalsreformen. Politikernas kontakter med invånarna handlade ofta om vårdens bristande tillgänglighet och enskilda fall av dåligt bemötande. Många politiker kände en växande frustration över politikens begränsade räckvidd; att man trots lokalstyrelser, hög ambition och detaljnivå i sina beslut inte förmådde nå fram till mötet mellan läkare och patient.

Det var lätt att enas kring tanken att den som bäst kunde bedöma om bemötandet i vården var acceptabelt var patienten själv. Fram växte tanken på ett nytt styrsystem; att ersättningen skulle följa patienten. Den oro som fanns månade om vårdkrävande patienter, om sjukvården i glesbygd och i socialt utsatta områden. Vårdval Halland visade att det gick att skapa en fungerande modell och att det gick att skapa en politiskt stabil lösning.

De politiska processerna har ofta inletts med att politikerna genomfört gemensamma studiebesök i Halland och att man anordnat konferenser där de halländska erfarenheterna spelat en stor roll.

Partierna har haft delvis olika tyngdpunkt i sina politiska utgångspunkter, men i huvudsak har slutsatserna sammanfallit. Etableringsfrihet för vårdgivare har varit i fokus för allianspartierna. Oron för att utebliven styrning av etableringarna skulle leda till att glesbygd och socialt utsatta områden skulle få sämre sjukvård har funnits starkare på den rödgröna sidan, som också känt farhågor för att privata företag ska göra stora vinster genom att välja bort olönsamma patienter. Över partigränserna har man dock enats om att ställa tydliga krav på vårdgivare som etablerar sig, för att försäkra sig om seriositet och långsiktighet. Regler har upprättats som hindrar vårdenheterna att säga nej till någon patient. Inget parti har uttalat ointresse för vård på lika villkor och alla är överens om vikten av god uppföljning för att säkerställa att detta verkligen blir fallet.

De skillnader som noteras mellan olika landsting och regioner i valet av vårdvalsmodeller är framför allt betingade av historiska förutsättningar. De skillnader som finns mellan regionerna har skapat regional sammanhållning över partigränserna. Så har Skåne valt att lägga stor vikt vid en sammanhållen vård och har haft ett starkt fokus på att föra ut vård från sjukhusen till primärvården. Så har Stockholm velat öka tillgängligheten och få patienterna att oftare vända sig till primärvården. Så har vårdvalsreformen i Västra Götaland präglats av att man tidigare varit uppdelad på fyra olika sjukvårdshuvudmän, fortfarande har en lokalstyrelse för varje kommun och haft en stark variation mellan olika delar av regionen.

4.2 Mål för processen – Samspelet mellan partierna

Den politiska kulturen skiljer sig åt mellan olika landsting och regioner. Flera politiker vittnar om hur en resultatorienterad samsarbetsanda underlättat den politiska processen. I Halland har kontinuitet och enighet haft ett egenvärde. Reformens förberedelser fick ta den tid som man ansåg behövdes för att bli eniga. Enskilda politiker har spelat stor roll i vissa regioner och landsting; de har personligen velat stå fadder för en varaktig reform med bred förankring och har vinnlagt sig om att skapa enighet.

Samtidigt har vårdvalsreformen handlat om centrala sjukvårdspolitiska frågor och har givit partierna möjlighet att profilera sig i sina hjärtefrågor. Etableringsfriheten har varit viktig för allianspartierna, men genom riksdagsbeslutet om obligatoriskt vårdval, har denna komponent lyfts ur förhandlingarna mellan partierna. I vissa landsting har det funnits en stark betoning av att särskilt främja de små vårdföretagens möjligheter att etablera sig – på andra håll har inte storleken spelat någon större roll.

I Stockholm uppstod tidigt en politisk laddning kring vårdvalsreformen och där var inte viljan att uppnå en gemensam lösning tillräckligt stark. Tvärtom har vårdvalsreformen blivit en fråga som använts för att skapa politiska kontraster och bidra till mobilisering. På båda sidor vittnar man dock om att skillnaderna mellan blocken inte var så stora att de egentligen motiverade ett uteblivet samarbete.

När vi lyssnat till de politiska företrädarna i Stockholm är det tydligt att majoriteten ville få ett snabbt genomslag av reformen och att man tidigt ville få många nya små privata aktörer. Man valde därför en modell som kunde ge den effekten. Stockholmslandstinget präglas av en lätttröglig väljarkår och för majoriteten har det varit viktigt att kunna visa påtagliga resultat redan under innevarande mandatperiod. I Stockholm fanns också en ambition att få personer som sällan eller aldrig besöker vården att få en kontinuitet i sin läkarrelation. Man ville medvetet öka antalet besök.

I flera andra landsting har man betraktat politisk oenighet som en riskfaktor; att den kan hota reformens genomförande och långsiktiga överlevnad. Av omsorg om vårdföretagen har man velat skapa stabila och förutsebara villkor. Därmed hoppas man att fler ska vilja och våga etablera sig, investera i lokaler och personal.

Flera av de inblandade anger att det viktigaste för att undvika oenighet och skapa underlag för kompromisser är att inte ha bråttom. Brådskan skapar oro bland dem som ska fatta beslut; att de ska bli ansvariga för något som de inte överblickar och som de är oroliga för ska fungera mindre väl. För att oppositionen ska medverka i ett beslut fordras att de inte känner sig pressade och att de ser värdet i att skapa en lösning som varar över majoritetsskiftet. Värdet kan handla om att få egna prioriterade frågor tillgodosedda.

För att undvika brist på överblick och stress handlar det dels om att ägna sammanhängande tid till diskussioner kring viktiga avvägningar, dels att ge tid för att utreda alternativ, dels om att ge tid för förankring och dels om att ha en öppen attityd till att genomföra förändringar om utfallet visar sig bli annorlunda än man tänkt sig – att resultatet står i fokus.

I de landsting som lyckats fatta beslut i politisk enighet har det funnits ett starkt fokus på det som förenar. Tjänstemännen har bistått i processen genom att på ett tidigt stadium identifiera riskfaktorer för politisk oenighet. Man har arbetat med gradvisa preciseringar för att utgå från de mål man är överens om innan man övergår till att diskutera de lösningar där man är oeniga. Frågorna har brutits ner i sina minsta beståndsdelar och vid avvägningar mellan olika mål har man gjort en tydlig skala som illustrerat hur man kan röra sig mellan olika ytterlighetspunkter. Man har haft ett samspel med tjänstemännen kring utformningen av lösningar och haft en möjlighet att skapa kompromisser som varit möjliga för alla att ställa upp bakom. Man har samtidigt haft noggrann kontroll över kvarstående konfliktpunkter, men sett dem som frågor där det behövs ytterligare diskussioner.

Kompromisserna har främst gällt etableringsfrågor, lika villkor för vårdgivare och olika socioekonomiska hänsyn, som återspeglat sig i olika justerade ersättningar, tolkersättning, särskilda uppdrag etc.

I Region Skåne har kompromissen inneburit att man gjort en symbolisk markering vid valet av namn på reformen. Vårdval har blivit Hälsoval för att markera att man haft ett bredare syfte med reformen.

Röster från samtalen:

"Förändring genom tålamod"

"De politiska partierna har verkligen gjort eftergifter åt varandra"

4.3 Processtödet – Samspelet politiker–tjänstemän

I Halland växte modellen för Vårdval fram genom ett samspel mellan politiker och tjänstemän. Man hade också medverkan av fristående forskare. Genom studiebesök i andra länder skaffade man sig referenser till olika sätt att organisera och betala för primärvård. Besluten växte fram vartefter.

När andra landsting studerade Halland fick de tillgång till de kunskaper och insikter som utvecklats där. Men när de själva formulerat sina modeller har lokala förutsättningar vägts in. Region Skåne har använt en intressant modell för att genomföra den politiska processen.

Där publicerades i januari 2008 en kort tjänstemannarapport som tydligt beskrev ett antal strategiska vägval, där man för varje vägval kunde välja mellan två riktningar. Detta sätt att presentera bidrog sannolikt till att strukturera och tydliggöra politikens betydelse. Det servade dialogen mellan partierna när man

systematiskt kunde beta av frågorna punkt efter punkt. Beslutet beskrevs som en avvägd punkt på en skala mellan två ändrar. Detta sätt att beskriva gynnade sannolikt kompromisstanken. De vägval som beskrevs i rapporten var de följande:

- Omfattningen av basuppdraget – skulle endast befintlig primärvård ingå eller skulle den omfatta all öppenvård inklusive den som ges på sjukvårdsmottagningar och av övriga specialister.
- Beskrivningen av ekonomiskt ansvar – skulle man koppla ersättningen till täckningsgrad eller skulle man ge vårdenheterna ett totalt finansiellt ansvar.
- Nivån för ackrediteringen – var det vårdgivaren eller vårdenheten som skulle ackrediteras
- Geografisk styrning – skulle etableringsfrihet råda eller skulle det finnas inslag som styr nyetableringar till vita fläckar
- Detaljeringsgraden i uppdrag och avtal – skulle allt täckas in i grunduppdraget/avtalet eller skulle det förekomma tilläggsuppdrag
- Begränsningar i medborgarnas val av vårdenhet – främst frågan om det skulle vara begränsningar i möjligheten att göra omval
- Begränsningar i vårdenhetens skyldigheter gentemot medborgarna – främst frågan om vårdenheten skulle få införa tak för listning
- Fast eller rörlig vårdpeng
- Viktning av vårdpengen efter vårdtyngd eller socioekonomiska faktorer
- Om vårdenheten skulle betala när patienten anlitar andra vårdenheter
- Om ersättning för läkemedel skulle ingå i vårdpengen
- Om vårdenheten skulle ha betalningsansvar för medicinsk service

I samma PM förtecknas riskerna i projektet. Uppräkningen av riskfaktorer inleds med risken för politisk oenighet. Det var tjänstemännen som gjorde denna bedömning och den bejakades av politikerna. Därmed lades grunden för att gå vidare och göra en bedömning av vilka frågor som var mest laddade och riskerade att skapa oenighet.

När processen drivits framåt har tydliga strategibeslut i de övergripande frågorna väglett i detaljerna och medverkat till en process med gradvisa preciseringar. Under införandeprocessen har det varit odramatiskt att göra justeringar med hänvisning till de övergripande målen.

4.4 Systemets politiska förankring

Flera politiker som har varit verksamma länge inom sjukvårdspolitikerna menar att den tidigare produktionsstyrningen gav en känsla av verklighetskontakt och kontroll genom detaljeringsgraden och själva mängden beslut som fattades. Det kan ibland vara svårt att inse hur färre men mer övergripande beslut om kvalitetskrav, regelverk och ersättningsnivåer kan öka den styrande effekten.

Inför principbesluten har en noggrann politisk beredning skett, men när väl vårdvalsmodellen mejslats ut, riskerar man att en känsla av kontrollförlust uppstår. Flera politiker vittnar också om att det är en stor skillnad mellan de kontakter man tidigare haft med olika vårdenheter om budget, organisation och ledarskap och de studiebesök man nu gör för att behålla verklighetskontakten.

I flera landsting har man också haft en lokal förankring genom områdesstyrelser, som dominerats av olika produktionsstyrningsbeslut. Dessa styrelser har kunnat förmedla synpunkter på detaljer i verksamheten, beträffande lokaler, öppettider, personal etc. Med nya styrformer har dessa områdesstyrelser avvecklats och besluten har flyttats till verksamhetens ledningar.

4.5 Slutsatser

När vi lyssnat till vad de inblandade politikerna anfört när det gäller erfarenheter från beslutsprocesserna kan några punkter som uppfattas som extra viktiga urskiljas.

- Tydlighet kring strategiska mål, så att de kan vara vägledande på detaljnivå.
- Tydlighet kring avvägningar, där man inte ensidigt valt en av två ytterligheter.
- Realistisk bild av tidsåtgång från utredning till genomförande, för att undvika beslutsfattande på bristfälliga underlag, beslutsfattande under stress, brister i informationen till allmänheten och problem som endast gäller under införandet.
- Tydlig erfarenhetsåterföring och vilja till omprövning
- Att hela tiden fokusera på invånarna och deras behov

Det kan finnas anledning, åtminstone vad gäller Stockholm, att skilja på de politiska ambitionerna, på kort respektive lång sikt. För Stockholms del gäller att när en bred marknad med små företag väl är etablerad, klarar dessa även att överleva en modell som inte gynnar nyföretagande i lika hög grad. När Vårdvalet går över från etableringsfasen till en mer stabil fas finns det förutsättningar för att göra förändringar som i högre grad väger in andra mer

långsiktiga motiv. När blicken riktas framåt bör således förutsättningarna att nå enighet vara större.

5 God hälsa och vård på lika villkor för invånarna

Enligt andra paragrafen i Hälso- och sjukvårdslagen¹⁰ är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Denna centrala målsättning för den svenska hälso- och sjukvården innebär att vården ska ges på lika villkor, oberoende av vem som får den, lika villkor när det gäller bemötande, vård och behandling ska gälla för alla, oavsett personliga egenskaper som ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att värna om den enskilda människans rätt till god hälsa, vård och omsorg.

Ambitionerna med Vårdvalen är enligt flertalet intervjuade att åstadkomma vård på lika villkor och vård efter behov för alla invånare. Det man framför allt lyft fram i samtalen är nedanstående.

5.1 Etablering av nya vårdgivare ökar tillgängligheten och valfriheten

I alla de sju landstingen/regionerna har det tillkommit nya privata vårdenheter i samband med införandet av Vårdval. Alla intervjuade anser att invånarna fått förbättrad tillgång till vård. Flera av såväl de ansvariga tjänstemännen för Vårdvalet som politikerna menar dessutom att man på vissa orter ser en viss överetablering och framförallt allianspolitikerna anser rentav att det behövs för att systemet ska fungera.

Även om flera landsting/regioner även tidigare har haft valfrihet i primärvården för befolkningen har den varit begränsad eftersom vårdenheterna ofta hade tak för antalet listade patienter. Det var vanligt att vårdenheter med attraktivt läge och gott rykte hade fulltecknade patientlistor. Privata vårdgivare var oftast upphandlade till ett fast pris och de offentliga var anslagsfinansierade, incitamenten för att öka patientstocken saknades.

I Vårdvalet tillåts inte längre några tak i listningarna. I några landsting/regioner har vårdenheten tillfälligt kunna ansöka om stopp för att hinna rekrytera, utbilda och utöka verksamheten. Men sammantaget kan vi konstatera att det numera råder valfrihet för invånarna när det gäller att såväl lista sig på en vårdenhet som att besöka en. Också tillgängligheten har förbättrats, såväl befintliga som nystartade vårdenheter, har överlag längre öppettider än vad de

¹⁰ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr: 1982:763

hade tidigare. Det är betydligt enklare att komma fram på telefon och man kan snabbare få besökstider hos läkare och annan personal.

Alla intervjuade bekräftar att det fanns farhågor om vita fläckar och några landsting/regioner har tagit beslut om att det måste finnas minst en vårdenhets i varje kommun. Skulle situationen uppstå att ingen vårdgivare är villig att etablera sig inom Vårdvalet så kan det hanteras genom att landstinget erbjuder en privat vårdgivare att etablera sig eller bestämmer sig för att starta en vårdenhets i egen regi. Som tredje alternativ kan landstinget upphandla en vårdenhets enligt LOU, då blir priset sannolikt högre. Reglerna för denna hantering varierar mellan landstingen/regionerna och i många landsting finns en osäkerhet, om situationen är förutsedd. Osäkerheten gäller också hur man ska hantera patientstocken om t ex offentlig regi ersätts av privat regi.

Röster från samtalen:

"Det har varit för mycket att invånarna har varit till för hälso- och sjukvården och inte tvärtom."

"Brukargrupperna säger att nu svarar vårdenhetserna i telefon och man får komma. Där fanns en stor förbättringspotential."

"När vårdenhetserna fick kostnadsansvar för jourmottagning började alla ha kvällsöppet."

"Patienten styr. De har pengarna med sig. Patienten kan ta pengarna och gå."

"Vi ville skapa fokus på invånarna och deras väg i vården med en dörr in och med fokus på kvalitet och behov. Vi har varit buskramare och fallit i den fällan och glömmat bort dem vården är till för. Nu för vi tillbaka det."

"Där vi tidigare såg vita fläckar, där har vi nu fått etableringar som växer. En privat aktör har öppnat, först i liten omfattning men har nu vuxit i takt med att området har vuxit. När man öppnade där flyttade folk över som gått inne i stan. Det är bra; där du bor vill du ofta ha din vård."

"Först beslutade alliansen att man skulle upphandla de tre vårdcentralerna. Men den upphandlingen gick åt skogen och då skulle man istället sälja mottagningarna. Men man fick inga bud. Det fanns inga tydliga regler för försäljning. Därtill kommer avknoppningar när personalen tar över. De har gjort mycket stor vinst sedan de lämnade landstinget. Där har också tydliga regler saknats."

5.2 Fler som får vård och på rätt ställe?

Vi har kunnat konstatera att det har blivit lättare att komma till doktorn med utökade öppettider, enklare att nå vårdenhetsen på telefon och de allra flesta har också en vårdenhets inom rimligt avstånd från bostaden. Vi har också i intervjuerna fått klart för oss att alla återkopplingar tyder på att människor känner sig bättre bemötta, synliggjorda och tryggare i sina kontakter med vårdenhetsen.

En uttalad målsättning i de flesta landstings/regioners styrande dokument är att fler ska få del av första linjens sjukvård, dvs. i primärvården. I framförallt storstäderna har invånarna tidigare hellre besökt sjukhusens akutmottagningar eller föredragit att vända sig direkt till specialister. Det var inte kostnadseffektivt och därför har den politiska ambitionen i Vårdvalet varit att öka andelen besök till vårdenheterna i primärvården. Det tycker man sig också ha lyckats med. I Skåne har man kunnat lägga ner flera jourläkarcentraler efter vårdvalsstarten och också på andra ställen redovisar man effekter i samma riktning, även om de inte ännu givit underlag för lika stora organisatoriska förändringar. Den så kallade täckningsgraden är ett mått på andelen besök i primärvård i förhållande till totala antalet besök i vården. Ambitionen är hos flera av landstingen/regionerna att höja denna andel med ett visst antal procentenheter. Om fler invånare som inte tidigare uppsökt vården, nu får del av primärvården råder det osäkerhet om.

Om vårdens medicinska kvalitet har påverkats av reformen vet man dock inte ännu. Det är för tidigt att uttala sig om detta och därtill förenat med betydande svårigheter att isolera Vårdvalets inverkan från andra kvalitetsdrivande faktorer. Några av politikerna ser gärna att patienterna själva tar ansvaret för att bedöma kvaliteten och med det som utgångspunkt sedan väljer vårdkontakt. Men de flesta politiker anser att det är ett politiskt ansvar som inte enskilda individer kan ta. Därför anser man också att det finns ett stort behov av att förbättra uppföljningen av medicinska resultat.

Röster från samtalen:

"Ansvaret kan inte läggas på enskild medborgare att upprätthålla den medicinska kvaliteten. Sambället måste garantera den. Valet får ske på andra grunder såsom bemötande och tillgänglighet."

"Politikerna har märkt av att mejlen och telefonsamtalen med klagomål minskat kraftigt. Brukargrupperna säger att nu svarar vårdenheterna i telefon och man får komma. Där fanns en stor förbättringspotential."

"Sist och slutligen är patientupplevd kvalitet viktigast. Det är samma med fritt val av skola, föräldrar väljer efter hörsägen. Skolvalet visar att väldigt få söker på resultat. Det är upplevd kvalitet som är det viktiga."

"Vi följde inte upp medicinsk kvalitet från början och vi är fortfarande inte bra på det. Vad är kännetecknet för vad som är viktigt för invånarna? De utgår från att man får en vård av god kvalitet."

”Vi ligger bra till om man tittar nationellt. Men vi önskar att vi haft bättre mått på kvalitet och inte bara på medicinsk kvalitet. Resultatmått och servicemått behövs.”

5.3 Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Det finns ett antal riskfaktorer vid utformningen av Vårdvalet som politikerna/ledningen i landstingen/regionerna är tämligen överens om. Det är exempelvis problematiskt, oavsett om modellen bygger på fast eller rörlig, att inom ramen för ersättningen kräva att vårdenheterna ska arbeta förebyggande och hälsoinriktat, samverka med andra enheter i primärvården och andra delar av sjukvården. Det gäller också deltagande i olika gemensamma aktiviteter för att driva utvecklingen av vården framåt. En icke negligerbar risk är att de patienter som inte själva kan bevaka sina intressen, inte får den vård de har behov av. Det kan gälla medicinering likaväl som rehabilitering eller förebyggande insatser för att undvika allvarligare sjukdom. Därmed föreligger även en risk för bristande effektivitet. Fungerande samverkan med andra delar av samhället riskerar att slås sönder om incitamenten förändras.

SKL pekar i en rapport¹¹ på svårigheterna att inom Vårdvalets ram få vårdgivare att prioritera arbete med de för sjukvården så viktiga frågorna att förebygga sjukdom och främja hälsa. Hos samtliga landsting/regioner finns skrivningar i förfrågningsunderlagen om hälsofrämjande och förebyggande arbete och några beskriver mål och visioner. Man har ofta några parametrar för uppföljning av detta, antingen som utförd aktivitet, t ex råd och stöd eller som i några fall insatt aktivitet, t ex samverkan med andra parter i lokalsamhället. Men SKL konstaterar att system för uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder är underutvecklade. De flesta landstingen/regionerna har valt att bygga in ersättningen för detta i den fasta ersättningen och endast i ett fåtal fall finns den som en del av en målrelaterad ersättning.

Föreningen för Familjecentralers Främjande pekar i ett brev till äldre- och folkhälsominister Maria Larsson och SKL:s ordförande Anders Knape¹², på att förebyggande insatser till föräldrar och barn i tidiga åldrar är av ytterst stort samhällsekonomiskt värde i det längre perspektivet och att familjecentralerna i Sverige har det uppdraget. Verksamheten är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande och riktar sig till föräldrar och barn. Den samlokaliserar olika verksamheter inom kommun och landsting och bygger bort stuprören. Vårdvalet riskerar, enligt föreningen att splittra basen för denna samverkan. De oroar sig för att det blir svårare och kanske omöjligt att bedriva en samverkan i den form som skett hittills. Risken är att detta leder till

¹¹ Hälsofrämjande och förebyggande i vårdval 2009, Sveriges kommuner och landsting, 2010-04-13

¹² Konsekvenser av Vårdvalets införande för familjecentralernas arbete i Sverige, Föreningen för Familjecentralers Främjande, januari 2010

en alltmer ojämlik vård. Man skriver att man redan sett att där ett system med ersättning per besök har införts, som i Stockholm har familjecentraler lagts ned. I Halland där barnhälsovården ligger utanför Vårdvalet har många privata barnavårdscentraler startat, vilket har lett till att BVC på familjecentraler får för få inskrivna/år och hotas av nedläggning.

För de flesta äldre med stora vårdbehov gäller att kontinuitet och närhet till vård är viktigare än just rätten att välja, skriver PRO, i sin granskande rapport av Vårdvalet¹³. Det är därför av största vikt att utforma ersättning och villkor på ett sätt som gynnar kontinuiteten och att ge såväl vårdgivare som patienter ett ansvar för detta.

Företrädarna för landstingen/regionerna säger att de ännu inte i någon större utsträckning har sett några negativa konsekvenser i dessa avseenden. Det hänger sannolikt i hög grad ihop med att det är svårt att mäta effekter när reformen varit i kraft endast en kort tid. Men man är medveten om riskerna. För att motverka en negativ utveckling har man t ex i Skåne-regionen valt att övergångsvis lägga tilläggsuppdrag för att uppmuntra fortsatt samverkan men gärna i nya former. Om vårdenheten gör ett lokalt avtal om samverkan med kommunen och inkluderar öppen förskola, socialtjänsten och vårdenheten, får de viss ersättning. Har de även med MVC, får de full ersättning.

Röster från samtalen:

"I Vårdvalet finns en risk för fragmentisering, ännu mer än vad det har varit hittills. Vi vill se mer av sammanhållna vårdkedjor runt patienterna. Vi vill ha mer vård utanför sjukhuset, men med stöd och hjälp därifrån. Vi vill ha mer av läkarmedverkan i hemmet för att slippa inläggningar för äldre patienter. Vi ser för lite av det här i Vårdvalet. Fokusera primärvården mycket mer runt patienterna, få till incitament och styrning. Hälsofrämjande tänkande behövs det mer av."

"Man ska vara medveten om att vi i första hand vill bedriva ett hälsofrämjande arbete och jag kan vara rädd för att om man ska få mer betalt för att man sätter sjukdomsdiagnoser så kan det slå fel. Vi försöker hitta verktyg för att främja förebyggande och hälsofrämjande vård."

"De vårdcentraler som visar att man har ett gott hälsotal skulle kunna få bli titulerade hälsocentraler och det kunde generera mer pengar, då tror jag att det går."

5.4 Slutsatser

Det fanns farhågor inför införande av Vårdval i landstingen och regionerna, flera av dem var gemensamma för de olika landstingen och gick tvärs över partigränserna. Det fanns bl.a. en oro för att invånare i vissa områden skulle få sämre möjlighet till vård. Man befarade att inget vårdföretag skulle vilja

¹³ Vårdval, PRO granskar vårdval i landsting och regioner och föreslår riktlinjer, Pensionärernas riksorganisation, februari 2008

etablera sig i utsatta och vårdtyngda områden. I vissa fall befarade man en risk för kostnadsdrivande överetablering i mer välbärgade områden. Där fanns också en oro för att primärvårdens medverkan i gemensamma vårdprocesser och olika samverkansgrupper skulle minimeras. Vissa av farhågorna visade sig överdrivna, framförallt avseende effekterna av de olika etableringarna. Men fortfarande finns oklarheter i hur de för patienterna så viktiga frågorna om sammanhängande vård och helhetsansvar kommer att hanteras när fristående utförare ersätter områdesbaserad vård. Kan ersättningssystemet stimulera samverkan mellan olika aktörer runt patienten?

Detta måste bevakas för att den fortsatta utvecklingen av primärvården inte ska leda till ojämlika villkor för invånarna och patienterna. Omfånget av och detaljeringsnivån i de uppställda kraven, omfattningen av uppdraget och ersättningssystemens utformning, styr i hög grad vårdgivarnas beteende och måste kontinuerligt ses över och utvecklas.

6 Villkor för vårdgivarna

I regeringens proposition Vårdval i primärvården föreskrivs att alla offentliga och privata vårdgivare som verkar med offentlig finansiering ska ha lika villkor och att alla utförare ska behandlas lika. Det gäller såväl ersättningssystem som krav ställda på vårdgivarna. I så stor utsträckning som möjligt bör kraven garantera konkurrensneutralitet mellan olika aktörer. Regeringen har givit Konkurrensverket i uppdrag att svara för uppföljning och utvärdering ur konkurrenssynpunkt av Vårdvalen. I en rapport¹⁴ från november 2009 beskrivs några viktiga förutsättningar för att ett vårdvalssystem ska bidra till valfrihet, mångfald och väl fungerande konkurrens till nytta för det allmänna och brukarna.

Den första förutsättningen är möjligheten att etablera sig som vårdgivare. De viktigaste faktorerna för att tillräckligt många vårdgivare ska etablera sig är enligt Konkurrensverket, uppdragets omfattning, befolkningsunderlag och ersättningsnivå.

Den andra förutsättningen är tillträde till kunder och den är beroende av att det är enkelt att byta vårdgivare, att invånaren får göra aktiva val och listningssystemets konstruktion är konkurrensneutralt.

Den tredje förutsättningen för reell konkurrens är att invånarna är välinformerade och gör rationella val. Ett problem med informationen är, enligt Konkurrensverket, att kunderna i Vårdvalet inte ställs inför olika pris utan ska ta ställning till andra faktorer som inte är lika uppenbara.

Konkurrensverket kommer att följa utvecklingen av Vårdvalet i landstingen och regionerna med utgångspunkt i bl a dessa förutsättningar och rapportera till regeringen dels den 19 maj 2010 och dels den 25 november 2010.

I våra samtal med företrädare för de sju landstingen/regionerna har vi koncentrerat frågeställningarna på hur de upplever villkoren för vårdgivarna och konkurrenssituationen mellan de offentliga och privata vårdgivarna. I några fall sammanfaller de frågeställningar de intervjuade tar upp med dem som också Konkurrensverket beskriver.

Alla landsting/regioner har ambitionen att villkoren ska vara lika för alla vårdenheter oavsett huvudman. Alla är överens om att det också är så modellerna ska utformas, men det finns dock ett antal faktorer som påverkar konkurrensvillkoren. Dessa kan slå åt bägge hållen och är delvis beroende av de politiska ambitionerna, även om de inte är uttalade. De frågeställningar som har diskuterats är beskrivna i det följande.

¹⁴ Uppföljning av vårdval i primärvården – Förutsättningar och hinder, Del 1, Konkurrensverket, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5, november 2009

6.1 Omfattningen av uppdraget

Några av de intervjuade personerna tar upp att det kan vara ett hinder för nya vårdenheter att etablera sig om uppdraget är för brett. Det ställs krav på omfattande kompetens, öppettider mm. Flera vårdgivare har också själva uppgivit, enligt en rapport till Vårdföretagarna¹⁵ att de ser svårigheter i att etablera sig i landsting/regioner med breda basuppdrag. Ju större krav som ställs på verksamheten desto mer premieras större enheter och försvåras för mindre företag att etablera sig. Det riskerar, skriver man, att leda till mindre mångfald.

Men ingen av de intervjuade politiska företrädarna i sex av landstingen/regionerna är beredda att med detta som argument minska omfattningen av uppdraget. Patienternas behov är riktninggivande. Något landsting beskriver i sitt program det som:

"Vårdenheterna inom primärvården ska vara patientens stöd, samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt från patientens behov ska vårdenheterna inom primärvården klara av att utreda, diagnostisera och behandla vanliga sjukdomar, ge omvårdnad, svara för interdisciplinära rehabiliteringsinsatser och speciellt under en långvarig sjukdom stödja möjligheterna för patienten att leva ett så bra liv som möjligt."

För att klara uppdraget måste vårdenheterna ha en bred kompetens. Har man det inte själv kan det lösas genom samverkan, med underleverantörer eller på andra sätt. Så sker också och Landstinget Kronoberg ger tydliga exempel.

I Stockholms läns landsting är ett av skälen till att dela upp Vårdvalet i tretton olika delvårdval, just att förenkla för mindre företag att kunna etablera sig och klara konkurrensen. Ingen motsäger detta, men många intressenter är kritiska mot de effekter som uppstår när man lägger så stor tyngd på detta mål och har valt denna lösning. Det uppdelade Vårdvalet får kritik från läkarna. I Läkarförbundets förslag till riktlinjer för en vårdvalsmodell¹⁶ skriver man:

"ur patientens perspektiv är det mycket som talar för att vårdgivarnas uppdrag är brett. Svenska allmänläkare har en bred kompetens och bör därför kunna leda ett omfattande uppdrag."

Röster från samtalen:

"Man klarar det breda uppdraget trots små vårdenheter genom att allt inte behöver finnas på enheten, men att man ska ha avtal om hur man löser det. Du kan köpa sjukgymnastik genom avtal, lika med psykiatri, få stödsamtal av någon terapeut som man har avtal med."

¹⁵ Ett bättre Vårdval Sverige- Vårdföretagare om vårdvalen, Vårdföretagarna, 18 november 2009

¹⁶ Läkarförbundets förslag till riktlinjer för en vårdvalsmodell, Sveriges läkarförbund, 2009

Teoretiskt kan du sitta själv och ha läkarmottagning med olika avtalskonstruktioner för övriga insatser.”

6.2 Listningsförfarandet

Konkurrensverket skriver i sin rapport Uppföljning av vårdval i primärvården¹⁷ att utformningen av icke-valsalternativet får stor betydelse för vårdgivarnas möjligheter att etablera sig eftersom de flesta landsting/regioner valt ett ersättningssystem där större delen av ersättningen är fast och följer individen. Listningsförfarandet har störst betydelse i samband med att valfrihetssystemet införs eftersom den första listningen ligger kvar tills invånarna aktivt väljer en annan vårdgivare. I takt med att systemet utvecklas och att allt fler invånare har gjort aktiva val kommer betydelsen av ickevalsalternativet och listningsproceduren att minska.

Konkurrensverket har identifierat fyra olika fördelningsprinciper för icke-valsalternativ och initial listningsprocedur:

- Val av vårdgivare i tidigare system
- Tidigare besök hos vårdgivare
- Närhetsprincipen
- Egen regi

Den fjärde och sista principen har inte tillämpats i något av de sju landsting/regioner som vi har studerat. De flesta som redan innan Vårdvalets införande hade någon form av listningsmöjligheter har tillämpat den första principen som huvudalternativ. Det vanligaste är kombinationer av de tre första alternativen. Något landsting har vid tillämpandet av det tredje alternativet, dvs. geografisk närhet, valt att endast ta med de existerande vårdcentralerna innan införandet av Vårdvalet, dvs. i första hand de offentliga.

Röster från samtalen:

”Listningen kunde ha gett upphov till stora kostnader och mycken osäkerhet om vi valt att gå ut till alla. Vi ville öka valfriheten på ett tryggt sätt. Alla medborgare har fått information men inte eget brev.”

”Vid införandet av Vårdvalet fick alla erbjudande om att lista sig på någon av de vårdenheter som var med från starten, såväl gamla som nya. Ickevalsalternativet var i första hand där man gjort merparten av sina besök de tre senaste åren alternativt den geografiskt närmast belägna vårdenheten. Vi ville inte ha ”hela havet stormar”. Initialt kunde det ha blivit ett problem, men ingen invånare upplevde det. Regelverket var transparent och tydligt.”

¹⁷ Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder, Konkurrensverket, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5, november 2009

"Listningen skulle bygga på två aktiva val, det första innebar att vi skickade hem ett förslag till medborgarna på den vårdenhet som låg geografiskt närmast, accepterar du detta så gör du ett val eller så väljer du en annan, vilken som helst. Det blir två aktiva valmöjligheter."

"De nya vårdenheterna som var med vid starten fick inga passiva listningar, som jag minns det. Varför? Ja det är en bra fråga, vi ville kanske försöka undvika "hela havet stormar". Våra egna vårdcentraler fick en liten fördel. Jag har ingen minnesbild av hur vi diskuterade."

Stockholms läns landsting har valt att endast lista invånare som gör aktiva val, med det förbehållet att de som var listade i det gamla husläkarsystemet finns kvar listade hos samma husläkare, även i det nya Vårdvalet, om inte invånaren gjort ett nytt aktivt val.

Inget landsting/region anser det nödvändigt att alla invånare gör aktiva val; tvärtom anser flera att det är bra med kontinuitet och ville inte ha för stora rörelser. På sikt, i takt med att informationen blir bättre och uppföljningarna tydligare, räknar de med att människor kommer att göra medvetna val.

Vårdföretagarna¹⁸ är kritiska till den passiva listningen som förekommit i alla landsting och regioner utom Stockholmslandstinget. De skriver att det gynnar redan etablerade aktörer och framförallt vårdenheter som drivs i landstingens regi, eftersom det är mycket svårt att arbeta upp en kundstock utan att ha passivt listade patienter. Det gynnar också större vårdbolag som har ekonomi nog att ta en förlust under flera år för att bygga upp en aktiv kundstock. Mot detta ställs då politikernas värdering av att inte i onödan oroa invånarna.

Röster från samtalen:

"Vi hade ingen stor informationskampanj inför Vårdvalet. Vi sa: "Är Du nöjd med Din vård behöver du inte göra något." Vi hade inget hela havet stormar. Det blev ändå så att många gamlingar blev oroliga för att de inte skulle få behålla sin doktor."

"Vi tänkte inte så mycket på det, men man ska förtjäna de patienter man får."

"Jag kan inte gå in till Konsum och kräva tretusen kunder för att etablera mig. Det är svårare att komma in efteråt, men that's life. Jag tycker att det är bra som det är, man får visa att man är duktig för att få komma in. Vi lever i ett län som växer så det finns möjligheter."

"Systemet bygger på att man har friska patienter listade. Alla nya patienter som kom till den här nystartade vårdenheten var ju patienter som redan hade kontakt med vården, som var sjuka. Den fick en orimlig arbetsbörda och alldeles för lite pengar. Efter ett par månader slog den igen."

¹⁸ När konkurrensen sätts ur spel – Villkor för privat vård och omsorg, Vårdföretagarna, april 2010

6.3 Uttalade önskemål om andelen offentlig - privat vård

Den vanligaste inställningen bland politikerna har varit att invånarna ska vara i fokus och att det är deras möjligheter till bra vård som ska stärkas. För att det ska vara verklig valfrihet måste det finnas många utförare och det måste vara fritt tillträde till dessa. Mångfaldsbegreppet är nyanserat, men vi har tolkat att de flesta intervjuade anser att det måste finnas många vårdgivare. Flera har dock uttalat att det inte finns några politiska ambitioner att öka andelen privata vårdgivare.

I flera landsting/regioner har alliansen klart uttalade önskemål om ökad andel privata vårdgivare och i några fall på bekostnad av de offentliga. Ett exempel är Landstinget i Östergötland där ett stort antal offentliga vårdcentraler är ifrågasatta när det gäller tillgänglighet och öppettider och där politiska beslut om nedläggning kan förväntas som skapar nya etableringsmöjligheter för privata företag. Ett motsatt exempel är Landstinget Kronoberg som vid införandet av Vårdvalet gynnade de egna vårdgivarna genom att inte ställa samma krav på dem som de som skulle nyetableras; de offentliga blev kollektivt godkända utan granskningsförfarande.

Sammantaget kan man se att sedan Vårdvalet infördes har andelen privata vårdgivare ökat i alla de besökta landstingen och regionerna. Endast i ett fåtal har det också tillkommit någon eller några vårdgivare i offentlig regi.

Röster från samtalen:

"Vi har inga ambitioner och inget mål med viss andel privata. Men fler aktörer är trevligt och ger mer valfrihet."

"För den politiska ledningen har det aldrig varit viktigast att skapa förutsättningar för nyföretagande. Det har inte funnits någon uttalad vilja till omfördelning från offentligt till privat, mer av "Gärna nya entreprenörer, men må bäste man vinna."

"Konkurrensutsättning har inte varit ett eget mål, utan tillgängligheten har varit viktigast! Där fick vi snabb utdelning."

"Vi vill ha fler privata företag."

"Det finns inte någon långsiktig ambition för den landstingsdrivna vården. Verksamheten inriktas snarast på avveckling."

"Det sker inga nyetableringar alls av landstingsdrivna vårdcentraler."

De offentliga har svårt att klara kraven och vi räknar med att de ersätts av privata."

"Vi godkände alla de befintliga offentliga vårdenheterna utan ansökan och utan granskning. Vi sa att de har haft det gamla uppdraget, så de godkändes utan validering. Nu i efterhand tycker jag att vi borde granskat dem också och gått igenom dem i gruppen för godkännande."

"Trösklarna för etablering är löjligt låga. I praktiken blir alla vårdgivare godkända."

6.4 Förutsättningarna för att verka på en konkurrensutsatt marknad

Steget från att ha funnits inom en anslagsfinansierad verksamhet till att komma till en verksamhet som betalas i förhållande till utförda prestationer är långt, längre än många av de intervjuade politikerna och även tjänstemännen insåg. I de flesta av landstingen/regionerna underskattade man svårigheterna för de offentliga vårdenheterna att ställa om sig. Ledningarna för den offentliga produktionen underskattade behovet av information och tiden för förberedelser för dessa vårdenheter. Nödvändigheten av ett nytt ledarskap i en verksamhet som ska bedrivas enligt marknadsmässiga villkor är stor; ny personalpolitik krävs. Utbildning krävs av såväl chefer som övrig personal. På vissa orter har omställningsbehoven varit stora. De flesta är överens om att detta har varit en konkurrensnackdel för de offentliga vårdenheterna. De har förlorat patienter. Det är en erfarenhet man gärna delger andra.

Å andra sidan kan man säga att många privata företag inte alltid inser vad det innebär att verka på en konkurrensutsatt marknad som samtidigt är politiskt styrd och där förutsättningarna kan ändras med kort varsel; med endast sex månaders resit. Den aspekten har såväl politikerna som tjänstemännen haft med i beredningsprocessen inför införandet. Det är en av anledningarna till att en bred politisk uppgörelse stått högt upp på önskelistan för tjänstemännen och också varit en av de viktigaste komponenterna för politikerna. Alla utom stockholmspolitikerna har varit så måna om att få ett långsiktigt stabilt system att de har varit beredda att kompromissa och göra upp om Vårdvalet.

Från vårdföretagen framförs synpunkter om att auktorisationskraven skiljer sig väsentligt åt mellan landstingen. Ett företag som godkänts i ett landsting blir inte automatiskt godkänt i ett annat. I vissa landsting ställs mer detaljerade krav på kompetens och bemanning. Landstingen uppvisar även skillnader i definitionen av olika begrepp. För företag som är verksamma i flera landsting framstår skillnaderna som irrationella och godtyckliga. De fungerar i praktiken som etableringshinder.

De inledande investeringar som ett vårdföretag behöver göra för att etablera en verksamhet skiljer sig åt mellan landstingen. I vissa landsting har man vinnlagt sig om att skapa en infrastruktur som ställs till etablerande företags förfogande. Därmed sänks tröskeln för etablering och minskas de fördelar som stora vårdkoncerner och franchisegivare har av att använda egenutvecklade program som konkurrensmedel.

Röster från samtalen:

"Vår egen regi borde ha tagit för sig mer. De var inte riktigt mogna. Råd till andra politiker: Om man tror att man förberett verksamheten så har man nog ytterligare ett år kvar för att de ska vara med på vagnen och se möjligheterna. Under senaste året märker vi nu att de möter upp på ett helt annat sätt och möter upp önskemål och är mer tillgängliga på kvällar och helger."

"Vi misslyckades med att stödja de offentliga verksamhetscheferna i att få utbildning och hjälp med hur anpassningen skulle klaras. Det brukar jag säga till andra som ska genomföra Vårdval, att tänk på det."

"Vår egen regi upplever ibland att vi ställer högre krav på dem. Det är det här med roller, vi är ju ägare."

6.5 De ekonomiska förutsättningarna

Ersättningen i de olika landstingen/regionerna varierar. Flera landsting valde att lägga in extra medel i budgeten inför genomförandet av Vårdvalet, t ex Stockholmslandstinget och Landstinget Halland. Andra landsting samlade ihop alla medel som hade använts till verksamheter inom det som sedan blev Vårdvalet och fördelade ut det i ersättningssystemets olika komponenter. Ingen intervjuad säger att detta var ett besparingsprojekt och att man passade på att dra ner budgeten. På frågan om ersättningen är rimlig får vi olika svar. Flera politiker tycker att vårdgivarna får bra betalt, men uppfattningarna spretar och är absolut inte entydiga. En möjlig mätbar variabel på om det är goda ekonomiska villkor för vårdgivarna skulle kunna vara antalet och andelen nyetablerade vårdenheter; då ligger Västra Götalandsregionen och Stockholms läns landsting bra till.

Eftersom omställningen blev stor för många offentliga vårdenheter när de på kort tid tappade många patienter fanns det risk för att landstingen skulle tvingas till förlusttäckning långt utöver budgeterade medel. Men eftersom de flesta av de vårdenheter som tappade patienter var sådana som tidigare haft problem med rekrytering, hade de ofta vakanser och därmed enklare att hantera neddragningar. I de flesta landsting/regioner har man också en ordning som tillåter att man utjämnar resultaten mellan de offentligt drivna vårdenheterna, på samma sätt som större vårdkoncerner kan göra. Men det är ändå inte oproblematiskt, vårdenheter med goda resultat kan behöva erkännanden och få behålla en beskurd del av överskottet. Frågan om resultatutjämnning inom den offentliga produktionen är således knappast färdigdiskuterad i de politiska ledningarna.

Misstänksamheten från de privata vårdgivarna är stor och man ifrågasätter om inte landstingen genom subventionerade overheadkostnader de facto täcker upp egna förlustverksamheter. Detta förnekar de tjänstemän och politiker vi har samtalat med. Det har dock förekommit att omställningsmedel ställts till den egna regins förfogande för att under en övergångsperiod klara övergången utan uppsägningar.

Röster från samtalen:

"I förhållande till andra landsting så har vi ganska hög ersättning, men uppdragen kan ju skilja. Det är för tidigt att säga hur vårdenheterna klarar sig, såväl de offentliga som de privata."

"Var det ekonomiskt lockande för nyetablerade? Vi tror inte att ersättningen är låg. En del företag menade att det var ekonomiskt attraktivt att starta."

"De offentliga tappade ungefär motsvarande 20 Mkr vid införandet. Det sattes igång ett besparingspaket som de har lyckats tämligen väl med. Det fanns 10 procent vakanta tjänster vid starten som löstes med hyrläkare. Dessa har nu minskat, vilket underlättade."

"De säger att många offentliga vårdcentraler har tappat den friska befolkningen. Diabetiker och äldre flyttar inte. De yrkesverksamma har bytt. Den största vårdcentralen har fått 12 700 listade, de var tidigare specialistläkarhus och var kända för att snabbt kunna ta emot. Ersättningen som är relaterad till ålder är visserligen låg på den vårdcentralen, men de har plockat russinen ur kakan, kanske. Det går inte att leda i bevis ännu."

6.6 Konkurrensneutrala regelverk

De landstingsdrivna vårdenheterna lyder under dels lagen om offentlig upphandling och dels landstingets egna beslut som att vårdenheterna ska utnyttja landstingets egna system, lokaler, röntgenutrustningar m.m. Det kan fördyra driften för de offentliga vårdenheterna.

Frågan om hur momskompensationen slår finns det inga samstämmiga uppfattningar om. I flera landsting har ansvariga tjänstemän inte någon bestämd uppfattning. Storleken varierar också, tjänstemännen har i några fall gjort egna beräkningar och kommit fram till att sex procent, som är det vanligaste, innebär överkompensation för de privata vårdgivarna. Flertalet har dock inte för avsikt att hantera frågan utan avvaktar nationella initiativ.

I flera landsting/regioner har framförallt socialdemokraterna drivit frågorna om att det ska införas krav på de privata vårdgivarna i avtalen som motsvarar kraven på de offentliga. Det gäller personalens meddelarfrihet, anställningsvillkor som motsvarar kollektivavtal samt insyn i redovisningar av bland annat personaltäthet och personalsammansättning.

Röster från samtalen:

"Lika förutsättningar gäller oavsett driftsform. Det har vi klarat så långt det går. Offentlighetsprincipen gäller ju för de offentliga vårdgivarna och de måste respektera LOU mm. Men i övrigt håller vi strikt på det".

"Man har overheadkostnader för att man tillhör koncernen Landstinget. De offentliga måste finnas i gemensamt telefon- och datasystem. De måste hyra lokaler som landstinget äger. Detta är de privata inte drabbade av. De offentliga är tvungna att ingå i ett jourssystem idag som de privata inte är med i. Detta är exempel på att de offentliga har högre kostnader."

6.7 Slutsatser

Omfattningen av uppdraget är inte i första hand en konkurrensfråga utan det handlar i första hand om vårdinnehåll och om såväl patienternas som läkarnas

önskemål och behov av helhetslösningar och sammanhållna vårdkedjor. Mot det finns en oro hos Vårdföretagarna att uppdragets omfattning leder till svårigheter för små företag att klara landstingens krav och att de offentliga och de stora vårdkoncernernas vårdenheter slår ut de små lokala verksamheterna. Dessa två ståndpunkter måste vägas mot varandra.

Listningsförfarandet i de olika landstingen/regionerna har varit utsatt för hård kritik från Vårdföretagarna som skriver att det gynnar redan etablerade aktörer och framförallt vårdenheter som drivs i landstingens regi, eftersom det är mycket svårt att arbeta upp en kundstock utan att ha passivt listade patienter. Det gynnar också större vårdbolag som har ekonomi nog att ta en förlust under några år för att bygga upp en aktiv kundstock.

Listningsproceduren har haft störst betydelse i de landsting/regioner som inte har befolkningstillväxt. Där är möjligheterna till nyetableringar efter starten mindre eftersom endast inflyttningar genererar nya patienter.

Listningsförfarandet kan inte göras ogjort, men landstingen kan lära av eventuella misstag inför nya reformer. Vi vill särskilt peka på behovet av information innan erbjudandet om listning går ut. Om inte invånarna känner till Vårdvalet och vad det innebär, vilket många gånger varit fallet, spelar heller inte rättvisa regler i listningsförfarandet någon stor roll. Med bättre information ökar sannolikt de aktiva valen i samband med listningen.

I samtalen med företrädare för landsting/regioner om lika villkor för vårdgivarna var det slående att det fanns en stor medvetenhet om att olikbehandling kan ha varit till de privata vårdgivarnas nackdel, men man hade också flera exempel där de offentliga vårdgivarna kunde tänkas missgynnas. Ambitionerna hos alla inblandade gick dock inte att ta fel på – man vill skapa lika villkor för alla vårdgivare. Patientens bästa är riktningssgivare.

7 Styrning och ledning

7.1 Ny styrning – nya roller

Problembilden för primärvården innan Vårdvalet beskrevs i ett av landstingen/regionerna i underlaget till reformen så här:

”Det finns en stark styrning av ekonomi, produktion och i viss mån tillgänglighet, men en svagare styrning av verksamhetens kvalitet och utveckling. Det saknas en samlad strategi för hur den privat drivna vården ska bli en del av närsjukvården alternativt att en eventuell strategi inte genomsyrar den praktiska verksamheten. Den samlade bedömningen är att den nuvarande styrningen av primärvården behöver förändras och utvecklas. Det kommer att behövas en omstrukturering och överföring från sjukhusen till primärvården för att kunna hantera nuvarande och framtida resursbrister. Det förekommer ett hälsofrämjande arbete i primärvården, men det ges en undanskymd roll genom den nödvändiga medicinska prioritering som görs. Det saknas för närvarande tillräckliga incitament för insatser och utveckling kring det hälsofrämjande arbetet och uppdragen är i många delar alltför vaga för att kunna omsättas i verksamheten.”

Bilden varierar en del mellan landstingen/regionerna. I några landsting fanns det inte några större problem inom primärvården, men man såg ändå behov av att utveckla och förnya vården med tanke på framtida behov. Därtill kommer utvecklingen av ny teknik och nya behandlingsmetoder. I några av landstingen/regionerna var problemen större, framförallt såg man att fel nivåer inom vården utnyttjades av patienterna. I takt med att allt mer kan hanteras på primärvårdsnivå blir det ineffektivt att människor söker sig till sjukhus och akutmottagningar. På flera håll hade man brist på läkare och långa väntetider. Man behövde nya styrinstrument och starka incitament för att stimulera till effektivare utnyttjande av de samlade resurserna. Det är i det ljuset man ska se utvecklingen av vårdvalsmodellerna.

Vårdvalet innebär ett nytt sätt att styra primärvården. Inspiration hämtades från såväl andra länder som utvecklat liknande modeller till andra verksamheter inom Sverige i framförallt kommunerna. Den bärande tanken är att styra invånaren till den vårdenhet som man själv valt och blivit förtecknad hos. Systemet ska utmärkas av att vården ges på den lägsta effektiva nivån. Styrningen ska stimulera vårdgivaren att ta väl hand om de invånare som har valt vårdgivaren. Det ska löna sig att vara tillgänglig och att snabbt och effektivt erbjuda god vård inom ramen för den egna vårdenheten eller med hjälp av avtal med andra vårdgivare.

Styrningen har förskjutits från att detaljstyra produktionen till att styra mot uppsatta mål och resultat. Patientens möjlighet att välja och att välja bort vårdenheter är en förutsättning för att det ska fungera. En annan förutsättning är att politikerna sätter upp tydliga mål och tar fram mätbara resultat för att kunna följa upp mot målen. Det gäller att inte längre peta i detaljerna utan istället arbeta med uppföljningar och utvärderingar. Flera av de intervjuade

politikerna säger att det har varit en svår men nödvändig omställning. Att inte lägga sig i och inte längre kunna agera i enskilda ärenden när medborgare hör av sig, är inte så enkelt, men det gynnar vården. Andra menar att man länge har jobbat på det sättet och att det här inte gör så stor skillnad. Många politiker upplever den nya styrformen som en befrielse.

Den politiska organisationen har i de flesta landsting/regioner anpassats till vårdvalsmodellen. Hälso- och sjukvårdsnämnden är beställare av primärvård. En tjänstemannalett professionell egenregionorganisation svarar för utförarfrågor och när denna ställs inför strategiska beslut svarar landstingsstyrelsen för ägarrollen. Problem kan uppstå om landstingsstyrelsen blandar vårdpolitiska motiv med omsorg om den egna regionen.

I Västra Götalandsregionen är de tolv lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna nu befolkningsföreträdare. Det finns dessutom fem primärvårdsförvaltningar med en primärvårdsdirektör som leds av en styrelse, varav fyra ledamöter är politiska och en ledamot är opolitisk inom ramen för en försöksverksamhet under denna mandatperiod. De är ansvariga för driften av de offentliga vårdenheterna, alltså utförare. De kan ansöka om att få starta och lägga ned offentliga vårdenheter. Ägarrollen finns hos ett nybildat Vårdproduktionsutskott som i sin tur lyder under Hälso- och sjukvårdsutskottet som är beställare av primärvård och finns direkt under regionstyrelsen. Här behandlas ansökningar om att få starta vårdenheter, såväl offentliga som privata. Regionstyrelsen kan skicka ägardirektiv till primärvårdsstyrelserna.

I de mindre landstingen har det varit svårare att i den politiska organisationen skilja på rollerna. I Landstinget Halland där man har varit igång några år, anser man inte att det är några problem att hålla isär rollerna. Där finns förutom landstingsfullmäktige och landstingsstyrelse, sex lokala nämnder dvs.. en för varje kommun. Deras uppdrag är att följa alla hälsobehov hos befolkningen i kommunen - inte bara närsjukvård. Man ska ha aktiv kontakt med invånare, brukare och företrädare för kommunen. Nämnderna träffar överenskommelse med respektive vårdgivare inom ramen för Vårdvalet. En driftstyrelse för bland annat närsjukvården är ansvarig för driften av vårdenheter i egen region och får sina uppdrag och ramar av landstingsstyrelsen.

Några landsting anser att man ännu inte klarat ut sina roller och från tjänstemannasidan anser man att det är ett problem. I något landsting diskuterar man bolagisering av egenregion som en lösning.

Röster från samtalen:

"Vi vill inte styra hur utan vad som ska uppnås. Vi har i alla fall tagit ett steg framåt. För att kunna släppa hur, måste vi kunna följa upp på resultat. Då kan vi släppa mer. Det är en balansgång. Vi har relativt många nyckeltal som vi följer upp."

"Politiken håller sig på respektavstånd. Vi slår fast spelreglerna. Vi ställer krav på ackreditering. Vi konfirmerar det slutliga avtalet."

”Vi har bara en styrelse här i landstinget. Det är därför vi har delat upp Vårdvalet i två delar på tjänstemannasidan. En tjänsteman hanterar själva Vårdvalet och beställningen till de privata. En annan tjänsteman hanterar våra egna verksamheter och ser till att regelverket följs. Visst kan det vara svårt att i en styrelse vara både beställare och samtidigt ha egna utförare som utför uppdraget.”

7.2 Slutsatser

Vårdvalsreformen har givit politikerna förutsättningar att släppa ifrån sig detaljstyrningen i primärvården. Men ännu återstår mycket innan denna ambition är fullt genomförd. Fortfarande är regelböcker och andra direktiv alltför omfattande och ofta på alltför detaljerad nivå. Från politikernas sida är man oftast medveten om detta och tjänstemännen vittnar om hur svårt det är att släppa detaljerna. Det är också viktigt att man i de landsting där man ännu inte har en tydlig uppdelning av rollerna mellan beställaransvar, utföraransvar och ägaransvar, gör den åtskillnaden.

Den stora utmaningen för samtliga landsting och regioner är att ta fram tydliga och uppföljbara mål som politikerna kan använda i sin styrning och som gör att de kan känna sig trygga i sin roll som medborgarföreträdare.

8 Uppföljning

8.1 Uppföljning av krav för ackreditering

Landstingens auktorisation av vårdenheterna syftar bland annat till att pröva seriositeten hos ledningen för verksamheten. Vårdföretag ska i samband med etablering inge dokument som styrker att de uppfyller grundläggande krav. De vårdenheter som inte uppfyller grundläggande krav släpps inte in.

De företag som blivit auktoriserade gör ett åtagande genom det avtal de tecknar med landstinget. Avtalet hänvisar till en regelbok som justeras med jämna intervall, oftast årligen. Ändringar aviseras minst sex månader i förväg.

De flesta landsting/regioner granskar vårdenheternas verksamhet åtminstone i en årlig översyn och en avstämning görs mot gjorda åtaganden i avtal och kraven i regelboken. I samband med att den årliga rapporten upprättas kan landstinget ge kvitto på att verksamheten uppfyller de krav som ställts. Några landsting har inrättat särskilda granskningsenheter.

Om den årliga översynen resulterar i krav på förändringar i verksamheten bör det finnas en tydlig beskrivning av tidsfrister för rättning och vad som händer om detta inte sker i tid. Om någon del av den avtalade tjänsten inte levererats bör ersättningen i denna del utebli. Detta fungerar olika i de sju landsting och regioner vi besökt. I flera fall är det kopplat till ersättningssystemet och vårdenheterna kan få avdrag för uteblivna resultat.

Landstinget bör också kunna genomföra inspektion av verksamheten under löpande verksamhetsår, om man uppmärksammas på brister i redovisning till Bolagsverket och Skatteverket, bristande tillgänglighet, uteblivna rapporter eller vissa typer av patientanmälningar. Även Socialstyrelsen utövar tillsyn som kan leda till åtgärder, exempelvis indragen läkarlegitimation.

Det är vanligt att landstingen/regionerna påpekar avvikelser och i förekommande fall även varnar för indragen ersättning för del av verksamhet som inte uppfyller kraven. Åtgärder efter återkommande varningar bör övervägas särskilt och ytterst bör tillstånd kunna dras in.

Grova styrkta avvikelser bör kunna föranleda omedelbar indragning av tillståndet.

Ett grundläggande problem, i framförallt några landsting, är dock att gränsvärden för kvalitetskraven på vårdenheterna inte alltid varit så tydligt formulerade i förfrågningsunderlag, avtal och regelbok. Det gör det givetvis svårare att driva krav om indragning av tillstånd.

Regelböckerna innehåller skakrav som sägs vara obligatoriska, men som inte följs upp och där inget sker vid avvikelse. Det förekommer också att regelböckerna innehåller börkrav, som mer får karaktär av önskelista, när de inte motsvaras av vare sig ersättning eller uppföljning.

För att driva kvalitetsarbetet fordras ett i förväg känt och nyanserat sanktionssystem som sätter fokus på rättelser.

Röster från samtalen:

"Vi har problem med efterlevnaden av reglerna i regelboken. Det är mycket som står där som inte fungerar i praktiken. Det står att alla vårdcentraler ska vara fysiskt tillgängliga, men det är inte så. Det är inte en enda vårdcentral som blivit avauktoriserad för att de inte uppfyllt kraven."

"Åtta vårdcentraler hade i november problem med att klara kvalitetskraven, HSN tillskrev landstingsstyrelsen och svaren kom i mitten på januari. En vårdcentral har klarat december och januari, men de andra sju har fortfarande problem, alla sju är landstingets egna. De klarar inte tillgänglighet trots utbildning och information. Den stora omställningen är att de fått krav på sig. En del klarar det, andra inte. Ägaren måste vidta åtgärder. Landstingsstyrelsen är ägare och ytterst ansvarig för produktionen. De har tid på sig till i maj att vidta åtgärder."

8.2 Uppföljning för att underlätta patientens val

I Vårdvalet förväntas patienten göra rationella val och i sitt vårdval välja den vårdgivare som förefaller ge mer patientupplevd nytta än andra vårdgivare. Många patienter må vara passiva och visa tröghet inför att byta vårdgivare när de väl en gång gjort sitt val, men de förväntas inte göra irrationella val.

Patientens egna upplevelser av tillgänglighet och bemötande spelar stor roll för den spontana bilden av vårdens kvalitet. Genom bortval straffar patienten den vårdenhet som patienten inte anser håller måttet.

Patientorganisationer, sociala media och massmedia spelar en roll för att ge spridning åt såväl enskilda subjektiva upplevelser som objektiva fakta. Patienten behöver därmed inte basera sina val på självupplevd vårdkvalitet.

Sveriges första nationella patientenkät gjordes av landstingen hösten 2009 genom SKL. Enkäten skickades ut till 165 000 personer och 100 000 patienter svarade, en svarsfrekvens på dryga 60 procent. Norrbottens landsting deltog inte i undersökningen. Vid sammanställningen av den nationella patientenkäten framkommer tydligt vilka vårdenheter som uppnår bra resultat. Fyra frågor ställs:

- Känner Du förtroende för den läkare som Du träffade?
- Kände Du att Du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?
- Skulle Du rekommendera den här vårdenheten till andra?
- Hur värderar Du som helhet den vård/behandling Du fick?

Enkäten visade på mycket stora skillnader mellan landets olika vårdenheter. Undersökningen visar att patienterna blir mest missnöjda när de vid ett inbokad besök får vänta och inte får information om orsak till väntan och hur länge

väntan beräknas behöva bli. Resultatet av patienters upplevda kvalitet finns tillgängligt för medborgarna på 1177.se och där ges också möjlighet för jämförelser av resultaten mellan olika vårdenheter/vårdgivare.

Invånarna kan knappast själva bedöma den medicinska kvaliteten, ändå anser de flesta att vårdens kvalitet är avgörande för valet av vårdenhet. I Vårdföretagarnas Vårdindikatorn¹⁹ svarar 62 procent av männen och 55 procent av kvinnorna att den avgörande faktorn är kvaliteten på vården vid val av vårdenhet. Där ligger ett stort ansvar på sjukvårdshuvudmännen att aktivt arbeta med att utveckla indikatorer för att mäta även den medicinska kvaliteten i vården och göra dem tillgängliga för invånarna.

Alla landsting/regioner är överens om vikten av att underlätta för invånarna att kunna jämföra vårdenheter, men det är endast Stockholm som hittills har en jämförandetjänst för medborgarna. Den jämför fyra variabler av patientupplevd kvalitet. Det är möjligt att söka närmaste vårdcentral och det går att jämföra olika vårdcentraler med utgångspunkt i variablerna. Sveriges kommuner och landsting har tillsammans med Socialstyrelsen under senare år tagit fram Öppna jämförelser inom vården, som i stor utsträckning bygger på inrapporteringar till olika kvalitetsregister. Dessa är inte i första hand till för invånarna utan snarare för professionen. Genom Svenskt Näringslivs initiativ till hemsidan Omvård.se har informationen gjorts överskådlig och lättillgänglig också för vanliga medborgare. För den kvalitetsmedvetne patienten är öppna jämförelser av tillgänglighet, bemötande och vårdens medicinska resultat, liksom publicerade rangordningar av vårdenheterna, ett stöd för välinformerade val. De spelar också stor roll för att ge ledning och personal ett kvitto på de ansträngningar som görs för att fortlöpande förbättra kvaliteten.

Patientens valfrihet är viktig som drivkraft för ökad vårdkvalitet, men är otillräcklig för att ge alerta korrektiv och styrimpulser i skarpa lägen. Patienterna har rätt att förvänta sig att vårdenheterna uppfyller grundläggande krav på vårdkvalitet. Patientens informationskostnad för att vara välinformerad och tidsutdräkten i reaktionen när det gäller medicinsk kvalitet betyder att den politiska organisationen måste ta det övergripande ansvaret för att kvaliteten mäts och granskas i alla vårdenheter på likartat sätt samt att den redovisas och presenteras på ett sätt som kommer alla invånare till del. Detta har varit och är fortfarande en uppgift som inte fungerar tillfredsställande i landstingen/regionerna. Svårigheterna att definiera mått, samla in dem och presentera dem framhålls som skäl. Alla är dock överens om vikten av att det görs.

Röster från samtalen:

¹⁹ Vårdindikatorn – primärvård, Vårdföretagarna april 2010

”Sist och slutligen är patientupplevd kvalitet viktigast. Det är samma med fritt val av skola, föräldrar väljer efter børsägen. Skolvalet visar att väldigt få söker på resultat. Det är upplevd kvalitet som är det viktiga.”

8.3 Uppföljning för vårdens utveckling

Kvalitetsarbete är i första hand en värdeskapande process, där strukturerat arbetssätt används, nya metoder prövas och resultaten säkras, där evidensbaserad kunskap om goda metoder sprids, där sämre metoder utmönstras och de bättre metoderna implementeras utan tidsutdräkt.

Det positiva kvalitetsarbetet syftar till att låta de vårdenheter som uppnår bäst resultat visa vägen för de övriga. En mångfald av utförare förväntas leda till ökad kreativitet. En förutsättning för kunskapsspridning är dock ett sammanhållet kvalitetsarbete. Detta kan givetvis ske inom landstingets egna produktion, inom en vårdkoncern eller i ett utbyte mellan alla vårdenheter som är verksamma inom ett område.

De kvalitetskriterier som används i Vårdvalen vid bedömning av vårdkvaliteten kan uppdelas i patientupplevd kvalitet och indikatorer på kvalitet. Indikatorerna kan sedan uppdelas på servicekvalitet och medicinsk kvalitet.

Den patientupplevda kvaliteten handlar i hög grad om tillgänglighet och bemötande, men kan givetvis också handla om hur patienten uppfattar vårdenhetens medicinska kompetens. Patientens upplevelse är subjektiv och kan grundas på associationer som väcks i mötet med vårdenheten.

Viktiga indikatorer på kvalitet, med avseende på tillgänglighet, kan vara registrerade väntetider i telefonväxel till vårdcentralen. Vårdenheterna kan åläggas att redovisa statistik över telefontillgänglighet. I Västmanland t ex är samtliga offentliga vårdenheter och en del privata anslutna till den gemensamma landstingsväxeln. Arbete pågår med att kunna koppla in även övriga privata vårdenheter i landstingets växel. Då kan landstinget följa tillgängligheten kontinuerligt. Även i de andra landstingen/regionerna mäter man i stor utsträckning tillgänglighet och väntetider som t ex hur stor andel av dem som söker kontakt med läkare som kan bokas in inom 24 respektive 48 timmar.

Socialstyrelsen utvecklar baskrav för den medicinska kvaliteten och är också tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, inte minst med rätt att dra in enskilda läkares legitimation. I höstas kom de första nationella indikatorerna för primärvården framtagna av Socialstyrelsen²⁰. Syftet är att huvudmän, vårdgivare, ansvariga för kvalitet, verksamhetsuppföljning och förbättringsarbete ska kunna få lättillgänglig information om nationellt fastställda indikatorer. Indikatorerna ska kunna användas för uppföljning på

²⁰ Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården, Socialstyrelsen, 2009-11-22

olika nivåer – nationellt, regionalt och/eller lokalt. Indikatorerna kommer också att användas i Socialstyrelsens egna nationella uppföljningar och utvärderingar. Indikatorerna i biblioteket ska däremot inte, enligt Socialstyrelsen, uppfattas som en uppsättning indikatorer som det är obligatoriskt för alla vårdgivare inom primärvården att fortlöpande mäta och registrera. Synpunkterna från avnämarna handlar om att man önskar sig fler indikatorer för hälsofrämjande och förebyggande arbete, mer generella och mindre sjukdomsspecifika indikatorer. Man tog också upp problemet med olikheter i uppdrag och kvalitetskrav mellan landstingen och att det saknas ett nationellt definierat uppdrag för primärvården.

Flera landsting har utvecklat egna kvalitetskriterier för den medicinska kvaliteten som redovisas i regelböckerna. Det pågår också ett intensivt utvecklingsarbete och många har i sina regelböcker aviserat att de senare kommer att göra uppföljningar i olika avseenden.

Den kommunala självstyrelsen ger landsting och regioner rätt att ange sin egen ambitionsnivå och att göra skilda prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det finns dock anledning att ifrågasätta om detta också ska innebära att kriterierna för medicinsk kvalitet varierar över landet. Det förefaller vara en viktig uppgift för den nationella nivån att lägga fast definitioner och krav på de informationssystem som förmedlar mätningar av den medicinska kvaliteten.

Vårdenheterna är ofta själva intresserade av kvalitetsmätningar och öppna jämförelser, eftersom man härigenom får ett kvitto på sina ansträngningar att bli bättre. Ingen vill hamna sist och när det ändå sker utlöser det omedelbart frågor om verksamhetens ledarskap och är ofta inledning till mer omfattande förändringsprocesser.

Många vårdgivare vill använda ranking i sin marknadsföring, dels för att säkra fortsatt förtroende från existerande patienter och ge dem erkännande för att de har valt rätt, dels för att rikta sig till potentiella patienter i områden där skillnaderna mellan utförarna är stora. Det är sannolikt att vi framöver får se mer ”aggressiv” framtoning från dem som nått höga placeringar. Men än mer betydelsefull är rankingen när vårdgivaren vill rekrytera personal. En hög ranking är en indikation på ett seriöst och strukturerat kvalitetsarbete och kan göra vårdgivaren till en mer attraktiv arbetsgivare. Därmed uppstår positiva spiraler när attraktiva arbetsgivare kan knyta till sig den mest attraktiva personalen. Vårdgivare som når låga placeringar får på motsvarande sätt sannolikt uppleva en negativ spiral; hur kompetent personal söker sig bort om man inte snabbt inleder förändringsarbete.

Röster från samtalen:

”Utmaningen ligger i att mäta det rätta – inte bara det lätta. Men om man ska göra rätt blir det ofta komplext och svårtillgängligt.”

"Ambitionen är att bygga en gemensam indikatorstruktur tillsammans med andra landsting och regioner. Tanken är att de öppna jämförelserna ska visa alla i professionen hur de ligger till. Ingen vill ligga sist."

"Det är svårt att mäta medicinsk kvalitet, i synnerhet i primärvården, framför allt för att effekterna är så långsiktiga."

"Kvalitetsindikatorerna behöver inte vara lättillgängliga – de har inte allmänheten som målgrupp."

"Vi utför uppföljning för utvecklingens skull - inte så mycket för att följa upp ackrediteringen."

"Det har hos politikerna funnits en övertro på att kunna redovisa kvalitet. Men jag tror inte det är möjligt fullt ut i primärvården. Allmänhet kommer aldrig att vara särskilt intresserade. Men det räcker med att professionen inte vill ligga sist på listan. De vill komma upp. Det påverkar ryktet när pressen börjar presentera resultaten."

8.4 Infrastruktur som stödjer uppföljning

Uppföljningen uppvisar stora skillnader mellan landstingen. I vissa landsting ställs omfattande krav på uppföljning och rapportering av de vårdföretag som deltar i vårdvalet. På andra håll har processen inletts med att söka definitioner på vad som ska följas upp, medan själva uppföljningen till största delen ännu återstår. Med tiden kommer sannolikt uppföljningskraven att konvergera och ett antal kvalitetskrav utkristallisera sig som nationell standard. Socialstyrelsen och SKL kan i det sammanhanget spela en viktig roll.

Vi har noterat att det finns en stor spännvidd mellan olika landsting när det gäller synen på den infrastruktur som kan stödja uppföljningen. En grundläggande förutsättning för att kunna genomföra en meningsfull uppföljning är att man kan enas kring en gemensam terminologi och gemensamma rutiner vid

- vårdregistrering,
- diagnosticering,
- förskrivning av läkemedel,
- vårdbegäran och konsultation (remiss),
- resursplanering,
- bevakning och
- sjukskrivning.

Socialstyrelsen som utvecklat ett nationellt indikatorbibliotek i nära samarbete med läkarprofessionen, har ingen möjlighet att påbjuda vårdenheterna att rapportera till olika nationella register och än mindre vidta några sanktioner mot de vårdenheter som inte rapporterar. I vissa landsting har man valt att

premiära de vårdgivare som rapporterar till nationella register inom ramen för kvalitetssättningen. Många vårdgivare vittnar dock om den administrativa börda som följer av att manuellt föra in uppgifter i de register och rapporter som landstinget kräver.

Framtagandet av gemensam statistik underlättas om landstinget och vårdgivarna kan enas kring hur uppföljningen ska ske och vem som ansvarar för utförandet. Utförandet kan underlättas om landstinget påbjuder eller erbjuder anslutning till gemensamma IT-system och ger stöd till upphandling av hård- och mjukvara genom att vårdenheterna kan utnyttja landstingets ramavtal med olika leverantörer. När systemen är gemensamma kan avtal träffas om användande av automatiska sökmotorer som hämtar uppgifter ur vårdgivarnas databaser för sammanställningen av uppföljning och statistik.

Med tanke på de stora kostnader som är förknippade med utvecklingen av nya IT-system skulle det vara av stor betydelse om det fanns nationella standarder att tillgå, eventuellt skapade med öppen källkod, så att de kan kompletteras med tillägg som är unika i ett landsting eller hos en vårdgivare. En jämförelse kan lätt göras med det nyligen införda nationella IT-stödet för tandvård.

I flera landsting saknas gemensam standard till och med inom den egna produktionen. Än mindre har man kommit fram till någon slutsats om vilka krav som ska ställas på fristående vårdenheter. Enskilda vårdkoncerner utvecklar till höga kostnader egna system som snart blir en del av företagens profil och ett kraftfullt konkurrensmedel. Det är förståeligt om företagen senare inte vill avstå från att utnyttja de fördelar de skaffat sig.

I Östergötland ställer landstinget krav på att vårdenheterna ska använda ett och samma IT-system. Moduler som tillkommer under avtalsperioden och som anses nödvändiga för god vårdadministration m.m. ska användas. Vårdgivaren får tillgång till IT-programmet på samma villkor som landstingets enheter och får samma tillgång till IT-support. Central konfiguration och administration utförs av landstingets systemförvaltare. Om vårdenheten samarbetar med annan vårdgivare som inte använder påbjudet IT-system ska överenskommelse träffas med landstinget om hur dokumentationsplikten ska utföras.

Östgötalandstinget ställer också krav på vårdenheter som etablerar sig att de ger en tid om fyra månader för att personalen ska kunna delta i förberedelser och utbildning för att använda IT-systemen. Landstingets IT-enhet svarar för installation, utbildning och anpassning. I Östergötland överförs information till landstingets vårddatalager och väntetidsdatabas i enlighet med samma riktlinjer som gäller för landstingets egna verksamheter. Det är ett exempel på att det är möjligt.

Landstingens behov av välfungerande uppföljning understryker behovet av att ta ställning till frågan om ett gemensamt IT-system eller åtminstone behovet av att formulera krav på gränssnitt, så kallade API:er (Application Programming Interface), där information ska kunna genereras digitalt och exporteras till landstingens gemensamma statistik- och uppföljningsprogram.

Landstingen bör också kunna ställa krav på vårdenheterna att de levererar tillförlitlig och gemensamt definierad tillgänglighetsstatistik ur sina telefonisystem som anger väntetider, andel som fått svar och som ger möjlighet att generera urval för enkät.

De journalsystem som används bör tillåta landstingets eller vårdföretagets egna sökmotorer att plocka ut uppgifter och statistik. Systemet bör ge stöd för olika behov av samordning, planering och dokumentering. En av de viktigaste erfarenheterna när det gäller hanteringen av pandemier, med vaccineringen mot svininfluensa färskt i minnet, är att systemet bör kunna ge aktuell information om väntetider och vaccintillgång.

Värnandet om patientens integritet hör till de invändningar som rests mot långtgående krav på gemensamma journal- och IT-system. Frågor om behörighet och sekretess saknar givetvis inte betydelse. De har särskilt uppmärksammats i samband med att kända personer vårdats på sjukhus och obehöriga gått in och läst i patientjournalen och därmed gjort sig skyliga till olaga dataintrång. Värnandet om patientens integritet kan dock innebära att akutsjukvården riskerar sakna viktig information om patienten i ett läge när detta är viktigt och att vårdenheter som tar emot en ny patient som valt att lista om sig har svårigheter att få ta över patientens journal från tidigare vårdgivare.

Läkarförbundet kommenterar i sin rapport²¹ hur man ser på infrastrukturens roll.

”Bättre rutiner för överföring av information mellan olika vårdnivåer måste skapas och en journal som följer patienten måste införas vilket förbättrar uppföljningen av behandlingen. Det är också viktigt att man följer och har tillgång till nationella och regionala råd/riktlinjer.”

”Det är uppenbart att IT-lösningar måste utvecklas som gör att inrapporteringar kan ske med automatik eller åtminstone med så liten läkartid avsatt som möjligt.”

Röster från samtalen:

”Ett av problemen är principen att fånga uppgifter direkt från systemen. Det försenar möjligheterna. Men det är svårt att lägga på mer arbete på vårdcentralerna.”

”Vi har misslyckats totalt med att etablera ett gemensamt system. Man borde utgå från medborgarnyttan. Det är mest praktiskt för mig som medborgare om läkarna kan se min journal och vilka mediciner jag tar.”

”Breda uppdrag kräver mer av IT och annat. Flera privata vårdgivare hade bra IT-system, en del bättre än våra. Vi kunde erbjuda ett av fyra dåliga. Jag är orolig för att det inte är tillräckligt bra men det jobbas på det. Vår målsättning är en patient – en journal år 2012.”

²¹ Vårdval i primärvården – hur bör den utformas? Läkarförbundet, 2009

"Informationen måste gå att utbyta, men än så länge innebär det att alla måste ha samma IT-system. Det är så vi undviker att man måste ha sidosystem för uppföljning"

"Vi har pekat ut vad vårdenheterna ska orka leverera in. Vill vårdföretagen att vi fixar paketet så gör vi det. Väldigt många tyckte det var bra och nappade. Vi vill ha så lite manuell hantering som möjligt. Läkarna ska kunna ägna sig åt vården."

8.5 Slutsatser

Den sociala ingenjörskonsten i Sverige bygger i hög grad på samhällsekonomisk analys och objektiva mått. Hälso- och sjukvården har en väletablerad tradition där evidensbaserad kunskap används som grund för förändringar. Det kan uppfattas som provocerande när patienternas subjektiva värderingar ställs mot analyser baserade på fakta. Vårdenheter som fått oförtjänt dåligt rykte kan uppleva patienternas dom som orättvis och ogrundad. Offentligt anställda kan uppleva marknadsföringen av de privata vårdföretagen som vilseledande eller som imagebyggande utan grund. I två landsting har det förekommit diskussion mellan landstinget och vårdföretagen om etiska gränser för marknadsföringen och i ett fall har landstinget dragit en tydlig gräns för vilka välkomstpremier man kan erbjuda nylistade patienter som man värvat. Vårdvalet innebär ett erkännande av patienternas subjektiva värderingar, men en offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan ställa krav på att marknadsföringen baseras på saklig grund.

Vi konstaterar i våra samtal att brådskan med implementeringen av Vårdvalet i de flesta fall lett till att man inte hunnit bli överens om mer än just elementär uppföljning. Alla intervjuade är överens om att man måste bli bättre på att kunna följa upp att det som vårdgivarna åtar sig också blir utfört samt om det gynnsamt påverkar människors hälsa. Vikten av att ha distinkta incitamentsstrukturer och väl fungerande uppföljningssystem för att kunna få till stånd önskade beteenden och fullföljande av åtaganden är man alltså överens om. Hur man ska nå dit och hur det ska påverka ersättningssystemet finns det olika uppfattningar om.

För mindre vårdenheter kan investeringar i lokaler, utrustning, telefoni och inte minst IT-system förefalla avskräckande i ett skede när man är i en nyetableringsfas och inte har ett garanterat patientunderlag. I de landsting som tillhandahåller anslutning till gemensamma system och där landstinget svarar för viss utbildningsverksamhet underlättas etableringen för mindre vårdgivare.

De landsting som idag ställer låga krav på rapportering gynnar små vårdföretag på kort sikt. Men så snart kvalitetskraven på rapporteringen höjs kommer de små företagen att drabbas av dryga kostnader. Det gagnar knappast vare sig de fristående vårdföretagen, patienterna eller landstingen att de små företagens intressen ställs i motsats till kraven på kvalitetsuppföljning.

För de små företagen kan därtill en väl fungerande gemensam enhet för erfarenhetsutbyte och kunskapsspridning ha stor betydelse för att de ska få ta

del av de nya rön som genereras inom landstingets mångfald. I Region Skåne har man tidigt identifierat detta behov och sett det som en väsentlig regional stödfunktion.

9 Vägval för framgångsrika Vårdval

I dagsläget har landsting och regioner i hela Sverige tagit fram sina egna modeller för Vårdvalet och många är i full färd med att införa det. De sju landsting/regioner som vi har besökt ligger steget före och har till viss del fungerat som förebilder. Där är man nu inne i uppdateringar av regelböcker och uppföljningar av de olika delarna av modellen. Det är ännu för tidigt att dra långtgående slutsatser, men vi har ändå identifierat ett antal strategiska vägval som de politiska beslutsfattarna nu står inför - om de vill lyckas i sina ambitiösa intentioner.

9.1 Vårdval ska ge alla invånare bra primärvård

Vårdvalsreformen inom primärvården får sin legitimitet om den leder till ökad kvalitet. Med kvalitet avser vi såväl effekter på befolkningen i sin helhet – folkhälsan – som patientupplevd kvalitet vid mötet med vården. Effekter på vårdens kvalitet mäts också med medicinska kriterier samt med olika kriterier för tillgänglighet.

Mätning av folkhälsans utveckling är inte enkel, det handlar om att fånga resultat av förebyggande arbete, att se betydelsen av olika aktörers samverkan kring patientens behov och situation samt om att få fungerande och effektiva vårdprocesser. Det handlar om att få invånare även i utsatta områden att uppsöka vård. Inom primärvårdens ersättningssystem saknas ännu fungerande incitament för förbättrad folkhälsa. Uppföljningen ger heller inte underlag för att dra bestämda slutsatser om utvecklingen.

Vi vet att den patientupplevda kvaliteten blivit bättre genom bland annat den nationella patientenkäten som fokuserat på tillgänglighet och bemötande.

Tillgängligheten kan förutom olika former av väntetider handla om, såväl vård i glesbygd, som tillgänglighet till lokalerna för funktionshindrade och möjlighet att bli bemött med värdighet, t ex på sitt eget språk.

Den medicinska kvaliteten är svår att följa upp i primärvården eftersom det inte har funnits gemensamma indikatorer. Varje landsting och region har på egen hand försökt utveckla indikatorer. Nu har Socialstyrelsen tagit fram en första gemensam indikatoruppsättning för bland annat den medicinska kvaliteten i vården. Detta bör underlätta att mäta och jämföra över tiden.

Vi menar således att det inte räcker med att patienterna upplever att kvaliteten förbättrats för att försvara vårdvalsreformen. Det är först när vi med säkerhet vet att också tillgängligheten i bred mening ökat, att de medicinska resultaten har blivit bättre och ytterst folkhälsan förbättrats, som vi också kan säga att Vårdvalet är en definitiv framgång.

Det finns risker för ett bakslag i utvecklingen av Vårdvalet i landet, eftersom de landsting som inte själva hade initierat en vårdvalsreform innan obligatoriet

infördes kan misstänkas vara något mindre entusiastiska. Detta kan avspeglas i sämre förberedelser och genomförande. Ju snabbare vården inom ramen för Vårdvalet kan visa på positiva resultat även för folkhälsa, jämlik vård och medicinsk kvalitet, desto enklare skulle det bli att övertyga om fördelarna med den.

9.2 Skapa hållbara överenskommelser om Vårdvalet

Bred uppslutning bakom Vårdvalet skapar förutsättningar för framgång.

- För invånarna betyder det att de kan känna sig trygga i sina kontakter med vårdenheten, det finns en kontinuitet som är allra viktigast för de äldre och mest vårdkrävande patienterna.
- För vårdgivarna innebär det att de vågar investera långsiktigt och att de kan bygga vidare för att klara de olika uppdragen. Det betyder att det lönar sig att bygga upp kontakter och nätverk som gynnar hälsofrämjande och förebyggande vård.
- För landstinget/regionen ger det grund för att investera i en stödjande infrastruktur, underlag för gemensamma utvecklingsinsatser via vardagligt erfarenhetsutbyte, kunskapsdelning, gemensam fortbildning och jämförande utvärderingar – för att uppnå maximal spridning av god kvalitet.

Var tydliga med målen och vad ni vill med Vårdvalet!

Flera konfliktfrågor som har funnits med under processen och fortfarande delvis kvarstår; främst etableringsfriheten, omfattningen av uppdraget, ersättningen för socialt utsatta områden, krav på kollektivavtal och meddelandefrihet hos de privata vårdgivarna samt redovisning av resultat, är det klokt att föra till avslut utan att avbryta pågående utveckling.

Etableringsfriheten är med nuvarande lagstiftning införd och obligatorisk. Men de rödgröna har på nationell nivå lämnat besked om att man vill ändra på den. Vår uppfattning från samtalen med landstingspolitikerna är dock att ett eventuellt avskaffande snarast innebär att det samrådsförfarande som nu ändå ofta äger rum, blir regel. Det blir därmed viktigare att komma överens. Detta bör kunna lösas så att konkurrensneutraliteten består och mångfalden uppmuntras.

Frågan om **omfattningen på uppdraget** tas upp av såväl Vårdföretagarna som Alliansen i Stockholms läns landsting. Båda menar att det breda uppdraget som majoriteten av landstingen/regionerna har valt missgynnar små företag och i förlängningen också minskar etableringar i glesbygd liksom det ger invånarna mindre valfrihet. Argumenten saknar inte relevans, men måste vägas mot patienternas behov av samordnad primärvård. Läkarförbundet har av det skälet uttalat sig för breda uppdrag. Mindre vårdenheter med endast en eller

två läkare kan ha svårare att upprätthålla kvalitet. Det är viktigt för landstingen/regionerna att försöka väga samman bägge sidors ståndpunkter. Eftersom landstingen/regionerna i de flesta fall väljer sin utgångspunkt i vårdens och invånarnas behov har de landat i de breda uppdragen.

Landstingen och regionerna kan förbättra möjligheterna för små lokala företag att etablera sig och fortleva. De kan tillåta vårdgivare att fullgöra sina primärvårdsuppdrag genom samverkan med andra och anlita underentreprenörer. De kan tillåta vårdenheter att starta filialer som på sikt kan utvecklas till självständiga enheter inom eller utom företaget. De kan tillhandahålla lösningar inom IT, telefoni och fortbildning som sänker tröskeln för små enheter att etablera sig. De kan också uppmuntra jour- och lokalsamverkan samt vara värdar för möten som syftar till kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Ersättningsmodellerna är under utveckling och vi uppfattar inte att det föreligger några större meningsmotsättningar i den frågan. I flera landsting/regioner känns ersättningsmodellerna ofärdiga. Andelen fast ersättning är stor nästan överallt, men det finns betydande skillnader i hur den fasta ersättningen beräknas. Det gäller framförallt principerna för viktningen med hänsyn till förväntad vårdkonsumtion och vårdtyngd. Bedömningen är att samtliga är på väg mot ökad tyngd för såväl diagnoser som socioekonomiska faktorer. Därför är det angeläget att man nu noga följer de landsting och regioner som har fört in dessa i sina ersättningssystem, tar del av utfall och analyser och är beredda att justera sina egna modeller utifrån framkomna resultat.

Villkoren för de privata vårdenheterna när det gäller uppgiftslämnande och inrapporteringskyldighet bör klargöras. Den bör omfatta alla delar som är viktiga för att kunna följa upp, utvärdera och informera om verksamheterna. Underlåtenhet att uppfylla villkoren bör leda till avdrag på ersättningen och i förlängningen uppsägning av avtalen.

9.3 Gör vårdenheterna delaktiga i utvecklingen

Skapa rätt incitament för utvecklingen. Den målrelaterade delen av ersättningen i landstingen/regionerna består av från en upp till cirka tio olika indikatorer, men det är fortfarande en liten del av ersättningen som är målrelaterad. Principerna för hur denna skiljer sig mycket mellan landstingen/regionerna. Det är angeläget att fortsätta utvecklingsarbetet. Flera av landstingen/regionerna avser att öka andelen målrelaterad ersättning. Med stöd i uppföljningar och resultat bör detta ge underlag för tydligare incitament.

Ta med såväl offentliga som privata vårdenheter i utvecklingsarbetet av Vårdvalet. Skapa regelbundna fora för erfarenhetsutbyte och goda idéer. Uppmuntra initiativ till nytänkande och kreativitet. Det ska löna sig att vara med och ta ett helhetsansvar. Skapa en infrastruktur som underlättar samarbete

och gör det enkelt att medverka. Det kan handla om virtuella träffar såväl som fysiska. Ta tillvara och utveckla de idéer och förslag som väcks.

9.4 Informera om Vårdvalet

Fortfarande saknar många invånare kunskap om vad Vårdvalet är. Många informerar sig först om de blivit missnöjda med sin vårdenhet.

Vårdföretagarnas Vårdindikator för fjärde kvartalet 2009²² visar att 55 procent av konsumenterna anser att de har fått tillräcklig information om Vårdvalet. Det visar att det fortfarande finns ett fortsatt stort informationsbehov och att den informationen som gick ut till invånarna i samband med starten varit otillräcklig.

Även vårdgivarna har ett ansvar för att invånarna får ändamålsenlig och saklig information. Etiska regler för marknadsföring bör övervägas. Flera landsting är på väg eller har redan kommit igång med lansering av Vårdvalet som egen hemsida på Internet. Det ger helt nya möjligheter för invånare i landstinget att ta del av information om såväl öppettider, utbud och resultat. Detta kommer sannolikt att leda till fler aktiva val av vårdenhet.

9.5 Prioritera uppföljning

Uppföljningen har inte prioriterats vid implementeringen av Vårdvalet. Det finns behov av olika uppföljningar såsom:

- uppföljning av ackreditering för legitimitet och kvalitetssäkring
- uppföljning för att säkra invånarnas möjlighet att göra kloka val
- uppföljning för att utveckla innehållet i vården och öka effektiviteten.

Dessa sammanfaller i många delar. Gemensamt är att de kräver en väl utbyggd infrastruktur som underlättar inhämtande av uppgifter och undviker att belasta vårdgivare med administrativa rutiner. En gemensam IT-strategi för landstingen/regionerna finns på nationell nivå, men utvecklingen och införandet av en gemensam standard har dragit ut på tiden. Vissa landsting har gått före och fastställt egna standarder. Några av de större vårdföretagen har utvecklat egna system och ser dem som ett konkurrensmedel. Det finns också internationella förebilder som visar potentialen för vad som kan åstadkommas när underlaget är stort.

Landstingen/regionerna har hittills haft begränsade framgångar när de sökt komma överens om en ny standard. Staten har försökt stimulera landstingens samverkan genom att ge betydande anslag till utvecklingen av gemensamma

²² Vårdindikatorn – primärvård, Vårdföretagarna, april 2010

system. Det är knappast någon orimlig tanke att staten ställer tydligare krav på att landstingens infrastruktur bidrar till att:

- underlätta överföringen av patientinformation mellan olika vårdgivare
- säkra konkurrensneutraliteten mellan stora och små vårdföretag, liksom mellan offentliga och privata vårdenheter.
- minska krångel och kostnader för vårdgivare som är verksamma i flera landsting.

Villkoren för ackreditering bör utformas så att de är enkla att följa upp. Det ska gå att utkräva ansvar för avvikelser och om inte bristerna avhjälps bör vårdenheterna bli av med sina tillstånd.

Uppföljningen som ska underlätta invånarnas val av vårdenhet måste göras enkel och lättillgänglig. Det är viktigt att inte underskatta invånares och patienters behov av information om de medicinska resultaten i vården. Vi är vana vid att människor tar för givet att vården är av hög medicinsk kvalitet här i Sverige och har av tradition aldrig varit särskilt bra på att redovisa medicinska resultat för allmänheten på ett begripligt sätt. Med målsättningen om att stärka patientens makt i vården följer också ansvar att se till att de kan utöva sin makt. Lättbegripliga, men ändå relevanta, uppgifter om medicinska resultat måste därför stå högt på dagordningen i landstingen och regionerna. Detta bör vara en gemensam och nationell angelägenhet där Socialstyrelsen snarast bör få ett uppdrag att ta fram obligatoriska indikatorer för landstingen och regionerna att följa.

Att jämföra vårdenheter med varandra i t ex ett rankingsystem har i många sammanhang visat sig vara ett effektivt sätt att bidra till kvalitetsutveckling. Det pågår ett sådant arbete inom primärvården och det bör understödjas.

Landsting och regioner måste bygga upp den egna uppföljningen och utvärderingen. Regelbundna genomgångar och tematiska djupgranskningar av olika områden, gärna med medverkan av externa experter ökar förtroendet för vården och ger underlag för ständiga förbättringar inom vården.

I takt med att uppföljningen byggs ut och blir säkrare bör styrningen alltmer kunna inriktas på resultat. Krav och regler kan bli enklare och tydligare och kommer sannolikt att gå mot allt större likhet mellan landstingen och regionerna. Det underlättar för såväl invånare som vårdgivare.

9.6 Lika villkor och konkurrensneutralitet

Den största skillnaden i konkurrens mellan vårdgivarna har enligt vårdföretagen den passiva listningen vid starten av Vårdvalet varit. Den har missgynnat nya företag. Detta resultat ger en viktig lärdom för kommande reformer. För Vårdvalets vidkommande är det dock ett fullbordat faktum. Det är nu dags att lägga listningen bakom sig och se framåt.

Landstingen och regionerna har alla tydligt uttalade ambitioner att behandla alla vårdgivare lika och vill skapa rättvisa förutsättningar så långt det är möjligt. Detta bör gälla bägge sidor, såväl de offentliga som de privata. För att klara detta kan med fördel bildas referensgrupper med vårdgivare och beställare som har som uppdrag att föreslå regelförändringar, informationsinsatser och andra lämpliga åtgärder som kan upprätthålla konkurrensneutraliteten.

Konkurrensverkets uppdrag att följa utvecklingen bör också uppmärksammas och på förekommen anledning följas.

9.7 Skulle Vårdvalet gynnas av en nationell nivå?

Ingen av de politiker vi har samtalat med är intresserad av att få sin makt beskuren eller samtycker till att regeringen ska inkräkta på det kommunala självstyret. De vill själva få utforma sina Vårdval. Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen i sin rapport att det inte skiljer särskilt mycket mellan landstingens krav på vårdgivarna, men kraven framställs på olika sätt och på olika ställen, ordvalen skiljer sig åt. Det gör det svårare att jämföra och det skapar merarbete för de vårdföretag som har verksamhet i flera landsting och regioner. Samtidigt är det sannolikt så att landstingen och regionerna i takt med att gemensamma diskussioner förs mellan medarbetarna i de olika landstingen och för varje uppdatering av regelböckerna som sker, närmar sig varandra i såväl presentationerna av Vårdvalet som innehållet.

Vi menar dock att utvecklingen mot förbättrad folkhälsa, jämlik vård och ökad medicinsk kvalitet i primärvården skulle kunna påskyndas med en nationell kravnivå som är lika för alla vårdgivare, oavsett var i landet de bedriver vården. Vårdgivarna, såväl offentliga som privata, skulle prövas mot en uppsättning gemensamma kriterier som motsvarar grundläggande krav för att få bedriva primärvård.

En gemensam kravnivå underlättar också en nationell nivå för uppföljning och utvärdering. Den behövs;

- för huvudmännen för att jämföra sig med andra huvudmän och för att kunna säkra kvaliteten i vården.
- för invånarna för att kunna göra relevanta val
- för vårdgivare, som finns i flera landsting och regioner, för att kunna samordna sina ansökningar och sina redovisningar.

En eventuell samordnad nationell nivå för krav och uppföljning i Vårdvalet ska inte hindra landsting och regioner från att i sina Vårdval också kunna ta regional hänsyn och att utforma dem utifrån egna politiska ambitioner och önskemål.

10 Bilagor

10.1 Litteraturförteckning

- Anell, Anders: Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet, KEFU Skåne skriftserie 2009:1.
- Föreningen för Familjecentralers Främjande, Konsekvenser av Vårdvalets införande för familjecentralernas arbete i Sverige, januari 2010
- Knutsson, Mathias & Linda Wahlquist: Vårdval Sverige – Hur skriver vi ett recept för framgång?, Timbro, 2009-05-28.
- Konkurrensverket, Företagens förväntningar inför Vårdvalets införande, rapport 2009.
- Konkurrensverket: Uppföljning av Vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder, delrapport 1, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5.
- Paulsson, Gert: Modell för uppföljning och utvärdering, Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.
- PRO: Vårdval, PRO granskar Vårdval i landsting och regioner och föreslår riktlinjer, 2008-02-26
- Regeringens proposition 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem
- Regeringens proposition 2008/09:74 – Vårdval i primärvården
- Socialstyrelsen: Införandet av Vårdval i primärvården, delredovisning, oktober 2009
- Socialstyrelsen: Införande av Vårdval i primärvården, slutredovisning, 2010-02-10
- Socialstyrelsen: Nationellt indikatorbibliotek för God vård i primärvården – För öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering, november 2009.
- Socialutskottets betänkande 2008/09: SoU9 – Vårdval i primärvården
- Sveriges kommuner och landsting: Målrelaterad ersättning i primärvården – Sveriges kommuner och Landsting, Kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen, 2009
- Sveriges kommuner och landsting: Hälsofrämjande och förebyggande i Vårdval 2009, 2010-04-13
- Sveriges Läkarförbund: Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?, 2009
- Sveriges Läkarförbund: Vårdvalsenkät hösten 2008
- Sveriges Riksdag/WebbTV: Socialutskottets hearing 2009-01-27

Sveriges Riksdag: Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) SFS-nr: 1982:763

Vårdföretagarna: Ett bättre Vårdval Sverige – Vårdföretagare om Vårdvalen, 2009-11-18.

Vårdföretagarna: När konkurrensen sätts ur spel – Villkor för privat vård och omsorg, april 2010.

Vårdföretagarna: Vårdindikatorn – primärvård, april 2010

Vårdval i Halland, Modellbeskrivning 2010, Landstinget Halland

Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting

Förfrågningsunderlag Vårdval Västmanland, Valfrihet avseende familjeläkarverksamhet, Landstinget Västmanland, 2010-01-08

Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2009, reviderad 2009-09-28 i enlighet med beslut i HSN, Region Skåne

Krav- och kvalitetsbok, förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG Primärvård, februari 2009, Västra Götalandsregionen

Vårdval i Östergötland, Regelbok för auktorisation, version 3.0, Landstinget i Östergötland

Vårdval i Kronoberg – när medborgarna väljer sin vårdcentral, Uppdragsspecifikation reviderad 2009-06-22, Landstinget Kronoberg

10.2 Intervjuade personer

Landstinget Halland

Jörgen Preuss,

Mats Eriksson (M)

Liselotte Ohlsson (S)

Stockholms läns landsting

Anders Olsson,

Dag Larsson(S)

Emma Ölmebäck (S)

Filippa Reinfeldt (M)

Landstinget Västmanland

Kjell Endeborn,

Torsten Källberg (FP)

Denise Norström (S)

Region Skåne

Carina Nordqvist Falk

Henrik Hammar (M)

Ingrid Lennerwall (S)

Västra Götalandsregionen

Hans Johanson

Rose-Marie Nyborg

Annelie Stark (S)

Jonas Andersson (FP)

Landstinget Kronoberg

Ove Löfqvist

Anna Fransson (S)

Susanne Frank (M)

Landstinget i Östergötland

Rolf Andersson

Christian Gustavsson (M)

Anna-Lena Sörensson (S)

Övriga intervjuade

Monica Albertsson, Socialstyrelsen

Stefan Jönsson, Konkurrensverket

Stefan Sagebro, Konkurrensverket

Roger Molin, Sveriges kommuner och landsting

Anders Anell, Lunds universitet (KEFU)