

PRIMÄRVÅRDEN efter vårdvalsreformen

VALFRIHET

KVALITET

PRODUKTIVITET

ANNA HÄGER GLENNGÅRD

SNS FÖRLAG

Primärvården efter vårdvalsreformen

Primärvården efter vårdvalsreformen

VALFRIHET, KVALITET
OCH PRODUKTIVITET

ANNA HÄGER GLENNGÅRD

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se
www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys.

250 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS. Föreningen har verksamhet i Stockholm och på ett tiotal orter i Sverige och internationellt.

Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet

Anna Häger Glenngård

© SNS Förlag och författaren

Omslag: Allan Seppa

Grafisk form: Michelsen text och form

Tryck: E-print AB, Stockholm 2015

ISBN 978-91-86949-66-2

Innehåll

Förord · 7

Sammanfattning · 9

1. Introduktion och bakgrund · 19
2. Primärvården och dess målsättningar · 25
3. Primärvårdsmodeller i Sverige · 29
4. Valfrihet för individer och val av vårdgivare · 37
5. Vårdval och patientupplevd kvalitet · 51
6. Konflikt mellan patientupplevd kvalitet och andra mål? · 72
7. Avslutande diskussion · 89

Referenser · 101

Referensgrupp · 106

Publikationer · 107

Förord

Sedan fem år tillbaka har alla landsting infört vårdval i primärvården. Vårdvalsreformen innebär etableringsfrihet för vårdgivare och ger människor rätt att välja mottagning själva.

I denna rapport beskriver och analyserar Anna Häger Glenngård, ekon.dr i företagsekonomi, och verksam vid Lunds universitet, hur den svenska primärvården utvecklats sedan vårdvalsreformen genomfördes. Hur fungerar valfriheten? Vad har reformen inneburit för tillgängligheten, kvaliteten och produktiviteten i vården?

Rapporten ingår i forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssamhälle* som SNS startade 2010. Programmet bedrivs sedan 2012 i samarbete med IFN, Institutet för Näringslivsforskning, under ledning av undertecknade.

Syftet med programmet är att ta fram forskningsbaserade underlag som kan bidra till förslag om hur det svenska systemet för produktion av välfärdstjänster kan förbättras. Programmet pågår till och med 2015 och belyser bland annat ersättningsmodeller, marknadsdynamik samt kvalitetskontroll vid produktion av välfärdstjänster, se publikationslista i slutet av rapporten.

Arbetet med denna rapport har kunnat genomföras tack vare ekonomiska bidrag från ett antal företag, myndigheter och organisationer: AFA Försäkring, Aleris, Attendo, Axcel, Bräcke Diakoni, Capiro, Diaverum, EQT, IK Investment Partners, Investor, Katrineholms kommun, Magnora, Nordic Capital, Nordic Healthcare Group, Praktikertjänst, Procuritas, Stockholms läns landsting, Sven och Dagmar Saléns stiftelse, Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk Försäkring, Team Olivia, Tillväxtverket, Triton, Täby kommun, Valedo Partners och Vinnova.

En referensgrupp under ledning av Catharina Barkman, innovationsdirektör vid Stockholms läns landsting, har följt arbetet med rapporten. Referensgruppens medlemmar listas i slutet av rapporten. Å våra egna och SNS vägnar vill vi tacka för det stora engagemang som referensgruppens medlemmar har visat och för de synpunkter som de lämnat på ma-

8

nuskriptet. Ett speciellt tack till Clas Rehnberg, som granskat rapporten vid ett akademiskt seminarium.

För analys och slutsatser svarar författaren själv. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS uppdrag är att initiera och presentera forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av viktiga samhällsfrågor. Vår förhoppning är att rapporten kommer att bidra till diskussionen om vårdvalets och primärvårdens utveckling.

Stockholm i februari 2015

Ilinca Benson och Henrik Jordahl

Sammanfattning

Primärvården svarar för befolkningens behov av sjukvård som inte kräver sjukhusens eller specialistvårdens resurser och kompetens. I dag står primärvården för ungefär en femtedel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Detta motsvarar omkring 40 miljarder kronor per år för landsting och regioner.

När obligatoriskt vårdval infördes i primärvården 2010 var de uttalade politiska målen att uppnå ökad valfrihet och lyhördhet gentemot patienter samt att förbättra tillgängligheten. Primärvården hade sedan en längre tid brottats med bland annat långa väntetider och bristande kontinuitet i vårdkontaktarna. Primärvården har också historiskt sett lidit av ett lågt förtroende i befolkningen jämfört med specialistvården. Den medicinska kvaliteten har däremot över lag varit god.

I rapporten beskrivs och analyseras hur den svenska primärvården utvecklats sedan vårdvalsreformen genomfördes. Tonvikten ligger på hur valfriheten fungerar samt på utvecklingen av kvalitet och produktivitet. En rättvis fördelning av primärvårdstjänster var inte ett av reformens explicita mål, däremot är det ett övergripande mål att all offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska ges efter behov. Rapporten diskuterar därför även denna aspekt.

Rapporten bygger på en genomgång av befintliga svenska studier och undersökningar av vårdvalet. De empiriska delarna är framför allt hämtade från studier av primärvården i Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. De teoretiska utgångspunkterna bygger på Anna Häger Glenngårds doktorsavhandling från 2013.

Den sammantagna bilden är att vårdvalsreformens mål när det gäller ökad valfrihet och bättre tillgänglighet till stor del har uppnåtts. Det råder större osäkerhet om huruvida reformen har bidragit till en mer jämlik tillgång till vård och till bättre kvalitet, samt till primärvårdens effektivitet. Med effektivitet menas här att vårdens resurser används där de gör bäst nytta för befolkningens hälsa. Reformen tycks inte ha löst problem med kontinuitet i kontakten med patienter eller med samordning med övrig hälso- och sjukvård.

VÅRDVALET: FRI ETABLERINGSRÄTT OCH RÄTT ATT VÄLJA MOTTAGNING

Vårdvalet innebär att alla har rätt att själva välja mottagning och att vårdgivare som uppfyller lokala krav har rätt att etablera sig:

- Alla inom ett landsting ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.
- Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.
- Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns särskilda skäl för annat.
- Ersättningen från landstinget till utförare inom systemet ska följa den enskildes val av utförare.
- Vårdvalet regleras av lagen (2008:962) om valfrihetssystem, som kommunerna kan välja att tillämpa på fler områden, till exempel inom äldreomsorgen.

VÅRDVALSMODELLERNA SKILJER SIG ÅT I OLIKA DELAR AV LANDET

Vårdvalssystemen ser olika ut runt om i landet. En tydlig skiljelinje går mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting och regioner. I Stockholm är primärvården uppdelad såtillvida att de enskilda vårdgivarna har ett snävt definierat uppdrag. I resten av landet eftersträvas en sammanhållen primärvård där varje vårdgivare har ett större helhetsansvar samt ett bredare uppdrag och tjänsteerbjudande.

Många landsting har liknande principer för vårdgivarnas ersättning, inklusive deras kostnadsansvar. En grundläggande dimension är hur stor del av ersättningen som är fast respektive rörlig. Den fasta ersättningen baseras på hur många listade individer mottagningen har ansvar för, så kallad kapitation. I de flesta fall görs justeringar av den fasta ersättningen för socioekonomiska förutsättningar och vårdtyngd. Rörlig ersättning kan till exempel grunda sig på volym av åtgärder eller uppnådda resultat.

I Stockholm utgör kapitationsersättning omkring 40 procent av den totala ersättningen, resten är rörlig och baserad på antal besök. I nästan alla andra landsting är andelen rörlig ersättning under 20 procent. I Halland är andelen kapitationsersättning drygt 80 procent, i Skåne och Västra Götaland är den drygt 90 procent.

ÖKAD VALFRIHET OCH TILLGÄNGLIGHET

Flera studier visar att både antalet personer som besöker primärvården och antalet besök per person har ökat. Endast en procent av befolkningen har nu mer än 20 minuters bilresa till sin närmaste mottagning. Att tillgängligheten har ökat beror till stor del på ett ökat utbud av privata mottagningar:

- Under de första två åren ökade antalet primärvårdsmottagningar med 190 mottagningar totalt sett, en ökning på omkring 19 procent (innan vårdvalet infördes fanns 1 023 primärvårdsmottagningar i Sverige).
- 258 av de nya mottagningarna var privata och 9 offentliga.
- Under samma period lades 60 privata och 17 offentliga mottagningar ned.
- År 2014 fanns 1 228 mottagningar, varav 512 privata och 716 offentliga.

Förändringen har varit störst i de och tre landstingen med störst befolkning: Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Nyetableringar har företrädesvis skett i storstadsområden. Den procentuella ökningen har varit störst i Jönköping, Halland och Västra Götaland. Om man tar hänsyn till befolkningsmängd finns det inga tydliga skillnader när det gäller förändring i antalet mottagningar mellan storstadsregioner och glesbygd eller mellan norr och söder.

Omkring 80 procent av befolkningen har numera mindre än fem minuters längres bilresa till en annan mottagning än den som är närmast de-

ras hem. Personer kan i de flesta fall välja att vara listade vid en offentligt eller en privat driven mottagning. Cirka 32 000 invånare, främst i Jämtland och Norrbotten, har mer än 40 minuters längre bilresa till den näst närmaste mottagningen än till den närmaste. För att uppnå samma valfrihet i glesbygd som i storstäderna skulle antalet mottagningar i glesbygden behöva vara större i relation till befolkningsandelen. Det kan vara svårt att förmå vårdgivare att etablera sig i glesbygd. Ett alternativ är att redan etablerade mottagningar öppnar filialer i dessa områden. År 2011 fanns 56 filialer i landet, varav 12 hade tillkommit efter vårdvalet.

Variationen mellan mottagningar – utöver ägandeform, storlek och öppettider – är liten. Det är få mottagningar som har valt att nischa sig när det gäller inriktning på tjänster.

MÖJLIGHETEN ATT VÄLJA VÅRDMOTTAGNING UPPSKATTAS

Flera studier tyder på att människor vill kunna välja vårdgivare och anser att detta är viktigt.

62 procent av dem som ingick i en undersökning i Halland, Skåne och Västra Götaland ansåg att de gjort ett aktivt val av mottagning. Andelen var högre bland äldre och personer som gjort fler vårdbesök under det senaste året. Få tyckte att det är krångligt att välja mottagning. Andelen som bytt mottagning var betydligt lägre än andelen som ansåg sig ha gjort ett aktivt val. Det kan tolkas som att de är nöjda med den mottagning som de redan var listade hos.

Personer som ansåg sig ha information att grunda sitt val på svarade i högre utsträckning att de gjort ett aktivt val. Majoriteten av de tillfrågade ansåg att de hade tillräcklig information.

Den vanligaste informationskällan när det gäller val av vårdmottagning är egna erfarenheter och rekommendationer från familj och vänner. Få personer tycks använda den jämförande information om vårdgivare som finns tillgänglig för allmänheten. Utöver adress, öppettider och uppgift om vilka personalkategorier som arbetar vid respektive mottagning

finns information om patientupplevd kvalitet och väntetider. Generellt sett saknas information om medicinsk kvalitet samt om vårdgivarens förmåga att samordna patienters vårdkontakter. Det råder också brist på skraddarsydd information till olika målgrupper, såsom äldre, multisjuka eller personer med kroniska sjukdomar, som kan förväntas ha specifika informationsbehov.

VÅRDVAL OCH PATIENTUPPLEVD KVALITET

Patienters bedömning av vårdens kvalitet handlar i stor utsträckning om sådant som de observerar i mötet med vården. Flera studier tyder på att det finns ett positivt samband mellan valfrihet i vården och individers uppfattningar om vårdens kvalitet. Patienter som uppger att de aktivt valt vårdgivare är mer nöjda med den vård de får än patienter som inte har gjort ett aktivt val, även om det inte går att identifiera några skillnader i vårdens innehåll. Äldre patienter sätter större värde på att få välja vårdgivare än yngre. Det kan bero på att äldre har mer kontakt med primärvården än vad yngre har.

Förtroendet för primärvården bland befolkningen generellt har ökat sedan vårdvalet infördes, enligt befolkningsenkäten Vårdbarometern. I jämförelse med resultaten från Nationell Patientenkät tycks allmänheten ha en mer positiv syn på utvecklingen i primärvården än personer som varit i kontakt med vården.

PATIENTUNDERSÖKNINGAR ÄR VIKTIGA MEN SKA ANVÄNDAS MED VISS FÖRSIKTIGHET

Information från patientundersökningar kan bidra med viktig kunskap om vården. Men det finns flera skäl till att man bör vara försiktig med att dra slutsatser från dem, särskilt när det gäller jämförelser mellan mottagningar. Bakomliggande faktorer kan påverka vilka resultat en vårdgivare får, till exempel vårdtyngd och socioekonomisk tyngd. Vid utvärderingar av vårdgivare behöver resultaten därför justeras med hänsyn till sådana

faktorer. En möjlighet är att också basera utvärderingar av enskilda mottagningar på hur deras resultat förändras över tid.

Två studier som analyserat variationen i patientupplevd kvalitet i Skåne, Västra Götaland och Halland visar att:

- Patientupplevd kvalitet samvarierar med andel besök hos läkare respektive sjuksköterska. Ju större andel av alla besök som är läkarbesök, desto högre betyg får mottagningarna. Detta trots att det övergripande betyget för besök hos sjuksköterska är högre än för besök hos läkare.
- Den patientupplevda kvaliteten samvarierar med egenskaper hos den listade befolkningen. Mottagningar där de listade personerna har sämre socioekonomiska förutsättningar får sämre betyg. Mottagningar där de listade personerna har hög vårdtyngd får däremot högre betyg.
- Kvaliteten samvarierar även med storlek på mottagningarna. Mottagningar med många listade personer får sämre betyg än mindre mottagningar.

VÅRDSKONSUMTIONEN HAR ÖKAT GENERELLT, MEN RELATIVT SETT MINDRE I GRUPPER MED STORA BEHOV

Antalet besök i primärvården har ökat sedan vårdvalet infördes. Enligt studier från Stockholm, Skåne och Östergötland har ökningen kommit alla grupper i befolkningen till del. Man har inte kunnat påvisa att en ökning i vårdkonsumtion hos vissa grupper skett på bekostnad av en minskning i andra grupper. Däremot visar studierna att antalet läkarbesök per individ ökat mer för befolkningen i stort än i grupper med stora behov. Studierna ger dock inte entydiga resultat. När det gäller behov baserat på vårdtyngd, tycks allmänheten i stort har ökat sin konsumtion mer än individer med hög vårdtyngd, särskilt i Skåne.

GOD KOSTNADSKONTROLL OCH TECKEN PÅ PRODUKTIVITETSÖKNING

Kostnadskontrollen verkar generellt sett ha varit god vid genomförandet av vårdvalsreformen. Trots att en större andel av läkarbesöken i dag görs inom primärvården har reformen inte ökat primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna. Det kan tolkas som att produktiviteten i primärvården har förbättrats.

Studierna som redovisas i rapporten tyder på att det inte råder någon uppenbar konflikt mellan produktivitet, mätt som kostnader per kontakt, och hög kvalitet, baserat på betyg i NPE i relation till kostnader per listad individ. Övriga huvudresultat när det gäller produktivitet och kvalitet är:

- Mottagningar med stor produktionsvolym har också högre produktivitet. Det tyder på att det finns stordriftsfördelar inom primärvården. Å andra sidan samvarierar stor volym negativt med patientupplevd kvalitet, vilket tyder på att patienterna föredrar mindre mottagningar.
- Extra ekonomisk kompensation till vårdgivare som har ansvar för personer med hög förväntad vårdkonsumtion leder inte till motsvarande fler besök eller bättre patientupplevd kvalitet. Detta be-
höver dock inte innebära att de extra resurserna används ineffektivt.

Det går inte att säga särskilt mycket om hur vårdvalet påverkat primärvårdens effektivitet, det vill säga ifall resurserna används där de gör mest nytta i termer av hälsa i befolkningen. Det beror på att det saknas information om medicinska resultat av insatser, vårdbesökens innehåll och hur långa de är, besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen samt andra insatser vid sidan av besök. Vanliga produktivitetsmått, såsom antal besök, räcker inte för att utvärdera om fördelade resurser används till rätt saker och på rätt sätt.

PATIENTUPPLEVD KVALITET SPEGLAR INTE ALLTID MEDICINSK KVALITET

Patientupplevd kvalitet är ett viktigt mått, men i vissa fall kan patientens önskemål skilja sig från vad som är bra ur medicinsk synvinkel eller ur ett befolkningsperspektiv. Ett exempel är förskrivning av antibiotika, som bör vara restriktiv ur befolkningsperspektiv. En studie visar att antibiotikaförsäljningen minskat i alla regioner och landsting under perioden 2008–2012. Den nedåtgående trenden kan tolkas som att vårdvalsreformen inte har påverkat arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen i negativ riktning, inledande farhågor till trots. En annan studie visar dock att förskrivningen av antibiotika ökade bland vårdgivare som inte hade kostnadsansvar för läkemedel i samband med reformen.

REFLEKTION OM FORTSATT STYRNING OCH UPPFÖLJNING

Vårdvalet har lett till ett större fokus på primärvårdens aktörer, funktion och resultat. Detta har tydliggjort behovet av mer ändamålsenlig information för styrning, uppföljning och forskning. Det saknas till exempel nationella register om prestationer och medicinsk kvalitet samt bemaning bland mottagningarna.

För att dokumentation och rapportering inte ska anses som en tung börda för vårdgivarna är det viktigt att datainsamlingen upplevs som meningsfull. Det kan åstadkommas genom att vårdgivare involveras i arbetet med att ta fram lämpliga indikatorer och genom att resultat på mottagningsnivå återrapporteras kontinuerligt så att de kan användas i verksamhetsutvecklingen.

Kombinera stordriftsfördelar med småskalighet

Mindre mottagningar får generellt bättre betyg på patientupplevd kvalitet. Större mottagningar kan däremot ha bättre förutsättningar att hålla hög kvalitet för tjänster som kräver större volym. Stora mottagningar skulle kunna framstå som mer småskaliga om verksamheten bestod av mindre delar. Ett sätt att främja detta från landstingens och regionernas sida är att göra det enkelt för mottagningar att etablera filialer.

Skapa rätt förväntningar hos patienterna

Om man som patient inte får träffa en läkare när man förväntar sig det, eller inte får den behandling man tror man behöver, är risken stor att man blir missnöjd. För att vårdens effektivitet ska förbättras är det dock avgörande att personalresurserna används på rätt sätt och att val av behandling utgår från de medicinska behoven. God kommunikation med patienterna, så att de förstår vad som görs och varför en insats väljs framför en annan, är centralt. Kommunikationen behöver anpassas till situation och individ. Det kan till exempel vara så att personer som är äldre, har lägre utbildning eller ett annat modersmål än svenska har svårare att söka och tillgodogöra sig information i svensk hälso- och sjukvård. Då blir kommunikationen vid själva vårdbesöket särskilt viktig.

Skräddarsy information och bemötande utifrån olika gruppers specifika behov

Grupper som har stora vårdbehov behöver information som är relevant för just deras situation, till exempel om olika behandlingars medicinska kvalitet. Sådana data samlas redan in i kvalitetsregister på regional och nationell nivå. Det handlar med andra ord framför allt om att göra informationen tillgänglig på ett sätt som är relevant utifrån ett patientperspektiv.

Dialog är ett viktigt komplement till andra former av styrning

Dialog mellan huvudmän och vårdgivare där goda exempel lyfts fram och framgångsfaktorer tydliggörs kan hjälpa vårdgivare att balansera primärvårdens många mål. Ur ett samhällsperspektiv kan dialog som leder till faktiska förbättringar vara önskvärd. En produktiv kommunikation kan vara att föredra framför sanktioner såsom att inte bevilja vårdgivare fortsatt ackreditering eller att hålla inne ersättning. Medicinsk revision är en typ av styrning i dialogform som används i allt större utsträckning och som kan utvecklas vidare. Landstingen och regionerna kan vid dessa tillfällen förtydliga sina krav på verksamheten och göra uppföljningar baserade på fördjupad information om de aktiviteter som bedrivs vid mottagningen.

I.

Introduktion och bakgrund

År 2010 infördes obligatoriskt vårdval i svensk primärvård. I korthet innebär det att individer har rätt att själva välja mottagning, att vårdgivare som uppfyller lokala krav för etablering har rätt att etablera sig och att ersättning till vårdgivare följer individens val. I den här rapporten beskrivs och analyseras hur primärvården har utvecklats sedan vårdvalet infördes. Detta görs mot bakgrund av primärvårdens målsättningar och vårdvalsreformens syfte. Särskilt fokus ligger på hur valfriheten fungerar samt på utvecklingen av kvalitet och produktivitet i primärvården.

Motiveringen till vårdvalsreformen var de problem som svensk primärvård hade brottats med sedan en längre tid tillbaka. Uttalade politiska mål var att uppnå ökad valfrihet och lyhördhet gentemot patienter samt bättre tillgänglighet, helst utan negativa konsekvenser i form av ökade ojämlikheter i befolkningen.¹ En rättvis fördelning av primärvårdstjänster var inte ett mål i sig när vårdval infördes, utan kan betraktas som en viktig övergripande målsättning med all hälso- och sjukvård i Sverige som regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Ambitionen att förbättra svensk primärvård är inte ny. Ända sedan 1970-talet har det funnits en politisk ambition att föra över resurser från sjukhus till primärvård. En stark primärvård anses vara en förutsättning för att hälso- och sjukvårdens övergripande mål ska kunna uppnås. Länder med en väl utbyggd och fungerande primärvård brukar uppvisa både lägre kostnader för hälso- och sjukvård totalt sett och en friskare befolk-

1. Anell och Paulsson (2010); Anell (2011a); Vårdanalys (2014a).

ning.² Enligt barnläkaren och professorn Barbara Starfield beror detta bland annat på att en väl utbyggd primärvård bidrar till bättre tillgång till vård, speciellt i utsatta grupper. Den skapar också förutsättningar för att fokusera på förebyggande vård och tidiga interventioner samt ger bättre patientfokus.³ I linje med denna uppfattning har hälso- och sjukvårdssystemet successivt strukturerats om i Sverige. En förskjutning från slutenvård mot öppenvård och primärvård har ägt rum. Utbyggnaden av primärvården har dock gått trögt i praktiken. Primärvården har dragits med tillgänglighetsproblem. Det har funnits ett gap mellan de resurser som tilldelas primärvården och det uppdrag primärvården förväntats utföra, inte minst i ljuset av att uppdraget successivt har utvidgats. Det har också funnits ett gap mellan befolkningens förväntningar på primärvården och vad primärvården har levererat i praktiken. Befolkningens förtroende har varit lägre för primärvården än för den specialiserade vården. Detta gäller i synnerhet i storstadsområden där det finns akutsjukhus. På landsbygden är förtroendet för primärvården däremot normalt högre.⁴

Vårdvalet i korthet

Valfrihet för individer i kombination med etableringsfrihet för vårdgivare i svensk primärvård infördes successivt under andra halvan av 2000-talet som en lösning på problem med tillgänglighet, förtroende och lyhördhet gentemot individers behov och förväntningar.⁵ Detta är reglerat i lag (ändring i hälso- och sjukvårdslagen) sedan första januari 2010. Regeringen lade propositionen i december 2008 och beslut fattades i februari 2009. Det är upp till de enskilda landstingen och regionerna (som är sjukvårdshuvudmän) att utforma sin modell för primärvården, utifrån den nationella lagstiftningen, som stipulerar att:⁶

- Alla inom ett landsting ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

2. Saltman, Rico och Boerma (2006); Starfield (1998); WHO (2008).

3. Starfield, Shi och Macinko (2005).

4. Anell (2005).

5. Vårdval i primärvården infördes i Halland 2007, Västmanland och Stockholm 2008, Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009 och i reserverande landsting 2010.

6. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5§; lag (2009:140).

- Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.
- Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för annat.
- Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.
- När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Vårdvalet introducerar marknadsmekanismer i primärvården

Vårdvalsreformen kan beskrivas som skapandet av en så kallad välfärdsmarknad. Det är en reglerad marknad där individer ska kunna välja bland offentliga och privata utförare. På dessa marknader finansieras utförare inom vård, skola och omsorg med offentliga medel och förväntas konkurrera om patienter, elever och brukare.⁷ Den här typen av reformer har under de senaste decennierna introducerats i olika delar av välfärden i Sverige och flera andra länder.

Välfärdsmarknader kan betraktas som ett sätt att strukturera offentligt finansierade verksamheter för att uppnå viktiga målsättningar.⁸ På en välfärdsmarknad kombineras olika sätt att följa upp och styra utförares aktiviteter i syfte att uppnå målen med offentligt finansierade verksamheter.⁹ Traditionell styrning kombineras med marknadens logik:

- *Individer* förväntas göra aktiva val genom att välja utförare som motsvarar deras preferenser och förväntningar. Den som inte är nöjd med primärvården där man är listad kan byta mottagning genom omval. Vidare kan individer klaga om de är missnöjda, antingen direkt hos vårdgivaren eller till vänner och bekanta. Om en mottagning får dåligt rykte och få rekommendationer kommer sannolikt

7. I den här rapporten används fortsättningsvis begreppet välfärdsmarknad, vilket syftar på kvasimarknad enligt definitionen av Le Grand (1991) med valfrihet för individer enligt definitionen av Le Grand (2007).

8. Glenngård (2013a).

9. Le Grand och Bartlett (1993).

färre att lista sig där. Den teoretiska utgångspunkten är ekonomen Albert Hirschmans resonemang om protest eller dialog (*voice*) och sorti (*exit*) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet där man är medlem.¹⁰

- *Utförare* förväntas konkurrera om individer, eftersom ersättningen de får är knuten till individernas val. Utförare förväntas därför spurras att förbättra sådant som individerna bryr sig om. Marknadsmekanismer förväntas också leda till att de offentliga medel som finansierar verksamheterna används mer effektivt.
- *Huvudmän* ska i egenskap av finansierare och policymakare besluta om vilka krav som ska gälla för utförare och hur de ska betalas samt fördela resurser.

Välfärdsmarknader där det råder valfrihet för individer skiljer sig teoretiskt på flera sätt från vanliga marknader. En viktig skillnad är att det saknas priskonkurrens. För individer är tjänsterna gratis eller föremål för en liten avgift som bestäms av huvudmannen. Utförare förväntas i stället konkurrera med kvalitet och utbud av tjänster.¹¹ Förutsättningar för att ökad valfrihet ska leda till förbättrade tjänster är därför att individer är tillräckligt intresserade och informerade för att göra välinformerade val av utförare. Tanken med att låta individer välja vårdgivare är att mottagningar ska spurras att förbättra sin tillgänglighet, lyhördhet och kvalitet gentemot patienter, eftersom de har möjlighet att välja en annan mottagning om de är missnöjda med tjänsterna där de är listade. På så vis finns det ett hot om förlorad intäkt om mottagningen inte kan tillgodose individens förväntningar, eftersom ersättningen följer individens val. Ett viktigt sätt för individer att utkräva ansvar av vårdgivare ligger därför i möjligheten till omval. Vidare förutsätts att huvudmän kan observera och utkräva ansvar av utförare för välfärdstjänstens övergripande mål för att dessa vinster inte ska ske på bekostnad av ökade ojämlikheter i befolkningen.¹² Sammantaget innebär införandet av vårdval i primärvården att ansvaret för att följa upp och styra vårdgivare nu delas mellan huvudmän och enskilda individer.

10. Hirschman (1970).

11. Propper (2012), (2013).

12. Glengård (2013a).

Rapportens syfte och disposition

Syftet med den här rapporten är att beskriva och analysera hur primärvården i Sverige har utvecklats sedan införandet av vårdval mot bakgrund av primärvårdens målsättningar och vårdvalsreformens syfte. Särskilt fokus ligger på valfrihet för individer samt målsättningar kopplade till kvalitet och produktivitet.

De empiriska delarna i rapporten är hämtade från studier av primärvården i Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen som jag har deltagit i. Studierna har genomförts inom ramen för ett nyligen avslutat och ett pågående forskningsprojekt.¹³ De teoretiska resonemangen bygger i stor utsträckning på min doktorsavhandling som jag lade fram vid Ekonomihögskolan på Lunds universitet 2013.¹⁴

I kapitel två ges en kort genomgång av vad som kännetecknar primärvård generellt och vilka övergripande målsättningar som primärvård förväntas uppfylla. Genomgången baseras på tidigare internationell forskning. Vidare redovisas vad som gäller för primärvården i Sverige mot bakgrund av hur primärvårdens uppdrag beskrivs i svensk lagtext (hälso- och sjukvårdslagen) samt i dokument från Socialstyrelsen.

I kapitel tre ges en översikt av vad som skiljer de olika primärvårdsmodellerna i Sverige åt. Principiella resonemang baseras på befintlig internationell forskning. Beskrivningen av primärvårdsmodellerna baseras på aktuella svenska studier och översikter och avser krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård, principer för ersättning, kostnadsansvar och principer för uppföljning och styrning av vårdgivare. Införandet av vårdval har hanterats på olika sätt i olika landsting och regioner. Det har

13. Det första forskningsprojektet är ett femårigt projekt om konsekvenser av vårdval i primärvården med finansiering från Vinnvård som avslutades 2013. Arbetet har bedrivits vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet, i samarbete med forskare från Medicinska fakulteten vid Lunds universitet samt praktiker från Region Skåne, Region Halland och Västra Götalandsregionen. Merparten av de resultat som presenteras i rapporten har tagits fram inom ramen för detta arbete. Det andra forskningsprojektet är ett tvåårigt projekt om kvalitet och styrning i primärvården med finansiering från Torsten Söderbergs stiftelse som påbörjades 2014. Arbetet bedrivs vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet, i samarbete med praktiker från Region Skåne och Västra Götalandsregionen. En deskriptiv analys av nytt material om patientupplevd kvalitet som tagits fram inom ramen för detta arbete presenteras i rapporten.

14. Glengård (2013a).

resultat i flera olika primärvårdsmodeller. En tydlig skiljelinje går mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting och regioner. Primärvården i Stockholm sticker ut genom att primärvården där tilldelas ett smalare uppdrag jämfört med i resten av landet.

I kapitel fyra diskuteras förutsättningar för att ökad valfrihet ska leda till att primärvårdens mål uppnås. I kapitel fem och sex behandlas frågeställningar kopplade till patientupplevd kvalitet och produktivitet i en situation med valfrihet för individer och konkurrens bland vårdgivare. Dessa frågor diskuteras främst med utgångspunkt i studier gjorda med data från Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland. Det innebär att analysen tar sin utgångspunkt i tre regioner där primärvården har tilldelats ett brett uppdrag. Någon jämförande analys mellan Stockholm och övriga landsting/regioner görs inte i rapporten.

I kapitel sju presenteras implikationer för huvudmännens uppföljning och styrning av vårdgivare. Dessa är kopplade till förutsättningar som gäller för att övergripande målsättningar i primärvården ska kunna uppnås. Här diskuteras vilka förväntningar som är rimliga att ha på att individers val av vårdgivare ska leda till ökad kvalitet, baserat på tidigare forskning och svenska studier. Vidare diskuteras vilken typ av information som är önskvärd respektive finns tillgänglig för individer och huvudmän att använda vid uppföljning av vårdgivares aktiviteter.

2.

Primärvården och dess målsättningar

Primärvården står för omkring en femtedel av hälso- och sjukvårdens totala utgifter i Sverige. Andelen varierar mellan 15 procent på Gotland och 22 procent i Norrbotten. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården svara för befolkningens behov av den sortens medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens eller specialistvårdens resurser och kompetens.¹⁵ Primärvård definieras alltså inte i sig utan i relation till sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet (se ruta 1). Vilka vårdtjänster som ingår varierar mellan landsting och regioner.

Primärvårdens innehåll varierar i olika länder beroende på dess plats i det specifika hälso- och sjukvårdssystemet. Generellt ska primärvården utgöra en första vårdnivå och omfatta sådan vård som inte kräver de resurser som återfinns vid sjukhus. Den ska vara patientcentrerad snarare än sjukdomscentrerad och bygga på generalistkompetens snarare än specialistkompetens. Kontinuitet i kontakten med patienten samt samordning av patientens behov med olika vårdgivare och förebyggande arbete brukar också lyftas fram som viktiga inslag, åtminstone i länder med offentligt finansierad vård.¹⁶

Mot bakgrund av den utveckling som innebär att en allt större del av arbetet inom hälso- och sjukvården kan ske utanför sjukhusen ändras också primärvårdens innehåll kontinuerligt. Primärvårdens roll varierar

15. SFS 1982:763, 5§.

16. Starfield (1998); Lester och Roland (2009).

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5 § framgår att:

»för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppna vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.«

Ruta 1. Primärvårdens roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet enligt hälso- och sjukvårdslagen.

också för olika grupper av individer. Friska vuxna utnyttjar normalt primärvården vid enstaka tillfällen, såsom vid tillfällig sjukdom för att få ett recept eller inför en resa för att vaccinera sig. Under vissa perioder, till exempel vid graviditet, kan denna grupp ha mer frekventa kontakter. Personer med en kronisk sjukdom, såsom diabetes, har en annan relation till primärvården. De besöker primärvården ofta för uppföljning och kontroll av sin specifika sjukdom. För äldre och/eller multisjuka personer med flera diagnoser är primärvårdens roll ytterligare annorlunda. Här är primärvårdens generalistkompetens viktig. Att vara generalist innebär att se patienten med vederbörandes sammansatta problem och behov utifrån ett bredare sammanhang och inte enbart den enskilda sjukdomen. I generalistkompetensen ligger också att samordna olika insatser och att formulera helhetslösningar som behandlar eller åtgärdar flera problem samtidigt.

Vilka är primärvårdens mål?

Gemensamt för offentligt finansierade tjänster är att de ska hålla hög kvalitet, produceras effektivt, tillhandahållas på ett lyhört sätt gentemot individers önskemål och vara jämlikt fördelade. De (skatte)medel som finansierar tjänsterna ska hanteras på ett ansvarsfullt sätt.¹⁷ Hälso- och sjukvården är inget undantag. När det gäller hälso- och sjukvården kombineras vanligtvis dessa mål med mål som är kopplade till förbättrad

hälsa för befolkningen.¹⁸ En välfungerande primärvård brukar ses som en viktig eller till och med nödvändig förutsättning för att hälso- och sjukvårdens övergripande mål ska kunna nås.

Även om definitionen av vad primärvården är och ska innehålla varierar mellan länder finns det ett antal specifika mål med primärvården som kan antas gälla mer generellt. De ligger väl i linje med de övergripande mål som gäller för hälso- och sjukvården i stort. En kanadensisk forskargrupp, ledd av professor Paul Lamarche¹⁹ som studerade primärvården inom OECD, har identifierat sju mål gentemot vilka primärvården generellt kan bedömas:

- Effektivitet: primärvårdens resurser ska användas där de gör mest nytta för befolkningens hälsa. Tillgängliga resurser ska användas på rätt sätt och med rätt fördelning för enskilda mottagningar eller hela sjukvårdssystem.
- Produktivitet (inklusive kostnadskontroll): avser sambandet mellan resurser som används och det som produceras. Produktivitet inkluderar olika mått såsom kostnadseffektmått på enskilda insatser och teknisk effektivitet (*output per input*).²⁰
- Kontinuitet: handlar om i vilken utsträckning vården ges i en sammanhängande följd av insatser som tar hänsyn till den individuella patientens behov och omgivning.²¹ En sådan aspekt är kontinuitet i relationen med sjukvården, vilket syftar till att relationen mellan patienten och vårdgivaren varar över tid. Detta mål är särskilt viktigt gentemot individer som har många kontakter med vården.
- Tillgänglighet: handlar både om att det ska gå att nå en mottagning inom ett rimligt avstånd och att det inte ska ta för lång tid att få ett besök i primärvården vid behov. Primärvården är ju tänkt att utgöra den första kontakten med vården. Kontinuitet och tillgänglighet är särskilt viktiga mål i primärvården jämfört med annan hälso- och sjukvård.
- Rättvis tillgång till vård: avser att fördelningen av primärvårdstjänsterna på befolkningen ska avgöras av behov och inte av andra faktorer, såsom ålder eller socioekonomiska förutsättningar.

18. WHO (2000); Smith m.fl. (2012).

19. Lamarche m.fl. (2003).

20. Street och Häkkinen (2009).

21. Lamarche m.fl. (2003).

- Lyhördhet (*responsiveness*) gentemot patienters behov och önskemål: inkluderar icke-kliniska aspekter och mål som bemötande, delaktighet och tydlig information.²²
- Kvalitet: handlar om hur ändamålsenliga insatserna som utförs är, enligt patienter och professionen. Detta inkluderar också följsamhet till kliniska riktlinjer.

Svensk primärvård har historiskt sett lidit av ett lågt förtroende i befolkningen jämfört med den specialiserade vården samt haft problem med tillgängligheten. Den medicinska kvaliteten har däremot över lag varit god.²³ De brister och förtjänster som identifierats i svensk primärvård ligger väl i linje med observationer från andra länder där primärvården är organiserad så som den tidigare har varit i Sverige. Här avses offentliga, ganska stora, mottagningar med ett geografiskt upptagningsområde där allmänläkare arbetar tillsammans med distriktssköterskor, specialistsjuksköterskor, sjukgymnaster och kuratorer. Som nämnts inledningsvis var viktiga politiska mål med införandet av vårdval just att öka valfriheten, lyhördheten och tillgängligheten. Det var också viktigt att förbättra mål relaterade till effektivitet.

Svensk hälso- och sjukvård vilar också på en stark tradition av att tillgång till vård ska vara rättvist fördelad. Det innebär att behov ska styra hur vårdens resurser ska fördelas, vilket regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns en samsyn bland alla regioner och landsting om vad primärvårdens grundåtagande är. Socialstyrelsen har i en genomgång av hur landstingen och regionerna beskriver primärvårdens grundåtagande visat att alla huvudmän lyfter fram några gemensamma mål.²⁴ De flesta är nära sammankopplade med beskrivningen av primärvård ovan:

- primärvården ska tillhandahålla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- primärvården ska ha god tillgänglighet
- primärvården ska vara lyhörd gentemot invånarnas behov
- primärvården ska samordna vårdinsatser mellan olika aktörer och medverka till en sammanhållen vårdprocess
- den vårdenhet som medborgarna är listade hos ska vara ett naturligt förstahandsval när de söker hälso- och sjukvård.

22. WHO (2000); Valentine m.fl. (2009).

23. Anell (2005).

24. Socialstyrelsen (2010).

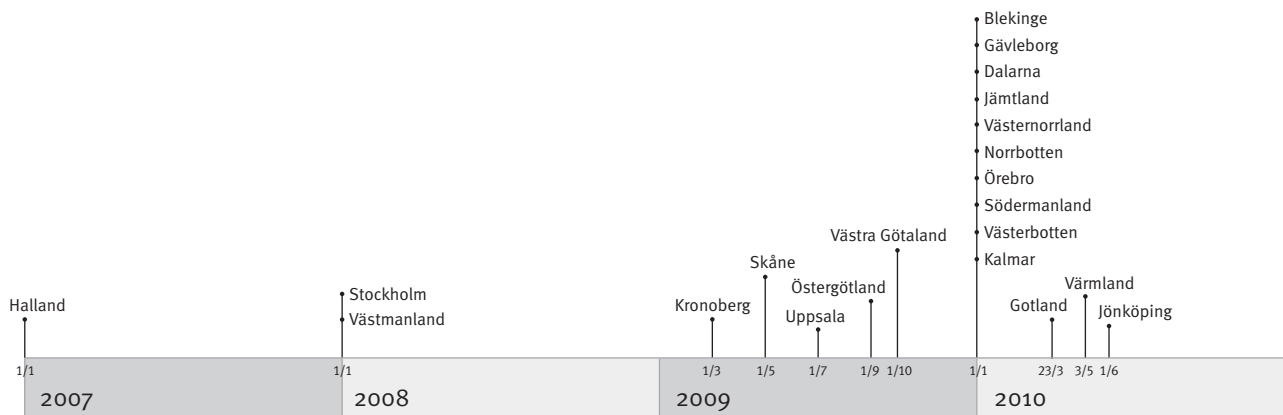
3.

Primärvårdsmodeller i Sverige

Även innan det blev obligatoriskt med vårdval i primärvården fanns det i flera fall möjlighet att välja vårdgivare. Husläkarreformen infördes 1994 av den då sittande borgerliga regeringen. Reformen innebar att det blev reglerat i lag att alla invånare i Sverige skulle få möjlighet att själva välja en husläkare samt att privata mottagningar fick möjlighet att etablera sig. När en ny politisk majoritet kom till i riksdagen 1994 upphävdes dock husläkarlagen. Riksdagen antog då en proposition²⁵ som innebar att landstingen fick i uppdrag att organisera sin hälso- och sjukvård så att alla som så önskade kunde välja en fast allmänläkarkontakt i primärvården. Möjligheten att välja vårdgivare i primärvården har därför varierat mellan landsting och regioner. Men vanligtvis har inte ersättningen varit knuten till individers val i de fall där man haft möjlighet att välja vårdgivare. Därför har denna valfrihet inte givit vårdgivarna några ekonomiska incitament att vara mer lyhörda för individers önskemål. Det finns inte någon samlad information om hur valfriheten såg ut i de olika landstingen och regionerna före införandet av obligatoriskt vårdval. Nästan hälften av landstingen och regionerna hade dock infört vårdvalssystem med valfrihet för individer, etableringsfrihet för vårdgivare och där ersättningen följer individers val innan det blev obligatoriskt (se figur 3.1).²⁶

25. SOSFS 1994/95:195

26. Tiohundraämnden i Norrtälje redovisas inte separat i rapporten utan som en del av Stockholm läns landsting.



Figur 3.1. Tidpunkt då vårdvalet började gälla i respektive landsting/region.

Bredd på primärvårdens åtagande styr val av modell

Eftersom det är upp till varje huvudman att utforma sin vårdvalsmodell ser primärvården olika ut i olika delar av landet. Variationen är nära sammankopplad med det faktum att huvudmän fäster olika stor vikt vid primärvårdens mål samt har skilda idéer om hur dessa bäst ska kunna uppnås beroende på lokala prioriteringar och förutsättningar. De problem man upplevde som mest angelägna att lösa har haft inflytande på hur man har utformat sin primärvårdsmodell i respektive landsting och region. Övergripande hänger skillnader mellan olika primärvårdsmodeller samman med hur brett man definierar primärvårdens åtagande. Det tar sig uttryck i vilka krav som vårdgivare måste uppfylla för att få etablera sig (ackrediteringsvillkor), principer för ersättning och kostnadsansvar för vårdgivare samt principer för styrning och uppföljning av vårdgivare.

Ju bredare åtagande man ger primärvården, desto större krav ställs på vårdgivare att ta ansvar för dem som är listade vid mottagningen. En tydlig skiljelinje går mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting och regioner. Primärvården i Stockholm sticker ut med ett smalt åtagande jämfört med resten av landet där man eftersträvar att ha en sammanhållen primärvård och därför har tilldelat vårdgivare ett bredare uppdrag. I ruta 2 listas vad som kännetecknar primärvårdsmodeller i Sverige där vårdgivare har ett smalt respektive brett åtagande.

Etableringskraven på vårdgivare handlar främst om vilka yrkeskategorier som ska finnas representerade samt öppettider vid mottagningen. I

Kännetecken för ett brett åtagande

- Krav på kompetens: teamverksamhet med läkare med allmänmedicinsk kompetens, distrikts-sjuksköterskor och andra specialistsjuksköterskor (exempelvis diabetes, astma/KOL), kuratorer, sjukgymnaster med flera.
- Ersättningsprincip: huvudsakligen fast ersättning för listade individer.
- Kostnadsansvar för listade individers utnyttjande av primärvård: omfattande, inkluderar ofta besök hos andra mottagningar i primärvården samt läkemedel.
- Syfte med denna modell: god kontinuitet och koordination. Mottagningar ska ta ett samlat ansvar för listade individers behov av öppenvård och koordinera insatser från olika vårdgivare. Helhets-syn på patienten och sjukvårdssystemet. Premierar stora enheter.
- Exempel: Region Halland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen.

Kännetecken för ett smalt åtagande

- Krav på kompetens: primärvården uppdelad på olika uppdrag, familjeläkarmottagningar är ett sådant uppdrag där allmänmedicinsk kompetens ska finnas.
- Ersättningsprincip: huvudsakligen rörlig ersättning kopplad till besök eller åtgärder. Olika ersättnings-system för olika delar av primärvården.
- Kostnadsansvar för listade individers utnyttjande av primärvård: begränsat till de egna insatserna.
- Syfte med denna modell: god tillgänglighet och hög produktivitet. Goda förutsättningar för nyetablering av mottagningar.
- Exempel: endast Stockholms läns landsting.

de landsting där primärvården har ett brett åtagande är kraven på öppet-hållande och en bredd i yrkeskategorier och medicinsk kompetens vik-tiga. Ofta används dessutom konkreta mål, till exempel hur stor andel av den totala öppenvården som primärvården förväntas svara för.

Ruta 2. Illustration av smalt respektive brett åtagande i svensk primärvård.

Utformning av principer för ersättning och kostnadsansvar

Många landsting har liknande principer för ersättning och kostnads-ansvar, även om inga modeller är identiska.²⁷ Ersättningsprinciperna kan

27. Anell (2011b).

beskrivas utifrån grad av rörlig ersättning. Anslag och kapitationsersättning har låg grad av rörlighet, medan åtgärdsbaserad och resultatbaserad ersättning har hög grad av rörlighet.²⁸ Kapitationsersättning är en fast ersättning som bestäms i förväg per individ i den del av befolkningen man ansvarar för.

En första skillnad i primärvårdsmodellerna handlar om andelen fast ersättning till vårdgivare. Här skiljer sig Stockholms läns landsting från övriga landet. I Stockholm utgör kapitationsersättning omkring 40 procent av den totala ersättningen, resten är rörlig och baserad på besök. Andelen rörlig ersättning är under 20 procent i nästan alla andra landsting där primärvården har ett bredare uppdrag. De tre regioner som ligger i fokus i de studier som presenteras längre fram i den här rapporten tillhör den senare kategorin. I Region Halland är andelen kapitationsersättning drygt 80 procent av den totala ersättningen till vårdgivare. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen är denna andel drygt 90 procent.

En hög andel fast ersättning kombineras i de flesta fall med ett relativt omfattande kostnadsansvar för listade individers behov och utnyttjande av öppenvård, inklusive läkemedel. I 15 av landets 21 landsting och regioner justeras dessutom ersättningen utifrån andelen av alla öppenvårdsbesök som listade gör i primärvården (täckningsgrad). Justeringen sker i enlighet med uppsatta mål när det gäller hur stor andel av öppenvården som primärvården förväntas svara för.²⁹ I Region Halland, som brukar användas som exempel för en sammanhållen primärvård, finns ett uttalat mål att primärvården ska svara för 80 procent av all öppenvård. Vårdgivare som inte uppnår detta mål får avdrag på sin ersättning. Sådana mål finns även för de andra två regionerna som ligger i fokus i den här rapporten. I Region Skåne får vårdgivare som uppnår en täckningsgrad över 59 procent extra ersättning medan vårdgivare som har en täckningsgrad under 57 procent får avdrag på sin ersättning. I Västra Götalandsregionen får vårdgivare extra ersättning om täckningsgraden överstiger 50 procent.³⁰

28. Lindgren (2014).

29. Anell, Nylinder och Glenngård (2012).

30. Anell och Paulsson (2010).

Hur hanteras risker med fast ersättning och omfattande kostnadsansvar?

Olika ersättningsmodeller medför olika ekonomiska incitament för vårdgivare. En stor andel kapitationsersättning i kombination med ett omfattande kostnadsansvar är tänkt att leda till att vårdgivare tar ett helhetsansvar för sina listade individer. Risken med en sådan modell är dock att vårdgivare väljer bort personer med förväntat höga vårdkostnader (*cream skimming*).³¹ Vid hög grad av fast ersättning ligger den finansiella risken på vårdgivaren snarare än på finansiären. Detta blir särskilt uttalat om vårdgivaren dessutom har ett omfattande kostnadsansvar för listade individers utnyttjande av vård. Eftersom vårdgivaren får ett fast belopp per listad individ, oavsett vilka prestationer man utför, finns en risk att man undviker patienter som förväntas behöva stora eller många insatser.

Risken med *cream skimming* hanteras på två sätt. För det första är det förbjudet i lag för vårdgivare att neka individer att lista sig vid en mottagning. För det andra riskjusterar huvudmännen den fasta ersättningen till vårdgivarna med hänsyn till listade individers förväntade behov och vårdutnyttjande. På så vis kan man åtminstone teoretiskt undvika att vårdgivare väljer bort individer med förväntat stora vårdbehov.³²

En andra skillnad mellan olika ersättningsmodeller handlar just om hur den fasta ersättningen justeras utifrån förväntade behov och utnyttjande hos den listade befolkningen. I Halland, Västmanland och Stockholm, där vårdval infördes först, har man relativt enkla metoder för att justera ersättningen, som främst baseras på ålder och kön. I flera andra landsting har man mer komplicerade metoder grundade på vårdtyngd (ACG) och socioekonomiska förutsättningar (vanligen CNI). ACG och CNI beskrivs närmare i ruta 3. I både Region Skåne och Västra Götalandsregionen tillämpas modeller där riskjustering av den fasta kapitationsersättningen görs baserad på ACG och CNI. Justering utifrån vårdgivares geografiska placering, genom så kallat glesbygdstillägg, förekommer också i några landsting.³³

Riskjustering av den fasta ersättningen löser dock inte ett annat problem med fast ersättning, nämligen risken att vårdgivare ger för lite vård till dem som listat sig. En hög andel fast ersättning i kombination med

31. Robinson (2001).

32. Anell (2009); Barnum, Kutzin och Saxenian (1995).

33. Anell, Nylinder och Glenngård (2012).

Adjusted Clinical Groups, ACG, används för att beskriva förväntat primärvårdsbehov utifrån de diagnoser som en person har fått under viss tidsperiod, normalt 12–24 månader, justerat för ålder och kön. Information om diagnoser inhämtas från register i slutet och öppen vård. Individernas diagnoser ställs i relation till varaktighet, svårighetsgrad, diagnossäkerhet och sjukdomsorsak.

Care Need Index, CNI, används för att beskriva den förväntade risken för ohälsa förknippad med socioekonomiska faktorer. Sju faktorer vägs in: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. Information om dessa faktorer inhämtas i svenska landsting från Statistiska centralbyrån, SCB.

Ruta 3. Adjusted Clinical Groups, ACG, och Care Need Index, CNI.

omfattande kostnadsansvar skapar finansiella incitament att remittera patienterna till andra vårdgivare (kostnadsövervältringar) samt att ge för lite vård eller att sänka kvaliteten (*skimping*) för att på så sätt undvika underskott/förlust. Att justera ersättningen utifrån täckningsgrad är ett sätt att undvika problem med kostnadsövervältringar. Om vårdgivare premieras utifrån hur stor andel av patienters utnyttjande av öppenvård de står för minskar incitamenten att remittera till andra vårdgivare. Problem med risk för sänkt kvalitet kan lösas genom att en del av ersättningen baseras på uppnådda mål och resultat.³⁴ Målbaserad ersättning används av alla sjukvårdshuvudmän utom en (Jämtland). Dessa mål fokuserar på vårdens kvalitet. *Medicinska mål* handlar ofta om införandet av evidensbaserade riktlinjer och rekommendationer. Vanliga medicinska mål är kopplade till hälsofrämjande insatser, följsamhet till läkemedelsrekommendationer, användning av antibiotika samt tillgänglighet.³⁵ Andra kvalitetsmål handlar om *patientupplevd kvalitet*, såsom patienters uppfattningar om bemötande och lyhörddhet.

34. Anell (2009); (2011a); Barnum, Kutzin och Saxenian (1995); Lindgren (2014).

35. Anell, Nylinder och Glengård (2012).

Huvudmännens uppföljning och styrning av vårdgivare

Ett viktigt sätt för huvudmännen att styra vårdgivares aktiviteter är ackrediteringen. Ackreditering är en förutsättning för att privata mottagningar ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. De ekonomiska och verksamhetsmässiga kraven på utförare bestäms av respektive landsting/region. Samma krav ska gälla för privata och offentliga mottagningar. Huvudmännen ackrediterar privata mottagningar som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga mottagningar tecknas i stället en vårdöverenskommelse per mottagning baserad på samma krav. Ackrediteringen gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall. I praktiken gäller ackrediteringen tills vidare så länge man uppfyller kraven, och uppföljning sker kontinuerligt.

Principer och rutiner för uppföljning av hur vårdgivare använder tilldelade resurser varierar också mellan olika huvudmän. I Region Skåne följs till exempel kraven kontinuerligt upp genom kvalitetsindikatorer och dessutom görs medicinsk revision regelbundet. Huvudmännens uppföljning baseras i hög utsträckning på information i register som finns på nationell och regional nivå, såsom journalsystem, kvalitetsregister och information från patientenkäter. Utöver dessa register används i flera fall information om måluppfyllelse av specifika indikatorer, vilka vårdgivare måste rapportera till huvudmän inom ramen för mål-baserad ersättning. Den skarpaste formen av sanktion är att inte bevilja mottagningar fortsatt ackreditering. Denna möjlighet finns i alla landsting och regioner.

Huvudmännen kan också hålla inne ersättning till vårdgivare. Där målrelaterad ersättning tillämpas hålls delar av ersättningen inne för de vårdgivare som inte uppfyller förutbestämda mål. I de landsting och regioner där ersättningen justeras utifrån täckningsgrad sker en omfördelning – från mottagningar som inte lyckas ta ett sammanhållet ansvar för sin listade befolknings behov av öppenvård till sådana som klarar av att leva upp till detta ansvar.

Utöver information från olika register inhämtar huvudmännen även information genom dialog med vårdgivare. I en majoritet av landstingen och regionerna sker fördjupad granskning (medicinsk revision) på förekommen anledning. I närmare hälften av landstingen och regionerna sker dessutom sådan granskning rutinmässigt, antingen generellt eller ämnes-

specifikt.³⁶ I Region Skåne beslutade man till exempel om återkommande medicinsk revision redan i samband med att vårdvalet infördes. Även i Västra Götalandsregionen sker medicinsk revision av de mottagningar som ingår i vårdvalet.³⁷ Vid den typen av uppföljning ges möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register. Sådan kunskap handlar exempelvis om vilka insatser som görs för specifika patientgrupper. Information i register tenderar att visa hur många besök, andra kontakter eller insatser som produceras utan hänsyn till vem insatserna kommer till del eller till dess innehåll och framför allt till dess resultat. I Region Halland sker ingen formell regelbunden medicinsk revision.

Sammanfattningsvis finns det både skillnader och likheter mellan landstingens och regionernas olika primärvårdsmodeller. De övergripande principerna för uppföljning och styrning av vårdgivare är likartade för alla modeller. Förutsättningar för att uppnå primärvårdens olika mål kan dock förväntas variera, dels beroende på förutsättningar före vårdvalets införande, dels beroende på skillnader i utformning av ersättningsprinciper, kostnadsansvar och ackrediteringsvillkor.

36. Hagbjer (2014).

37. Paulsson (2013).

4.

Valfrihet för individer och val av vårdgivare

På välfärdsmarknader där individer får välja utförare och där det saknas pris konkurrens är det tänkt att utförare ska konkurrera med kvalitet och utbud av tjänster.³⁸ Eftersom individers val av vårdgivare är avsedda att driva kvaliteten på vården framåt är det viktigt att det finns alternativ att välja mellan, att individer har tillräcklig information om olika vårdgivare och att de är intresserade av att välja (och välja om) vårdgivare. I detta kapitel beskrivs och analyseras utvecklingen när det gäller tillgänglighet och förutsättningar för individer att göra informerade val. Vidare redovisas vad individer tycker om möjligheten att välja och i vilken omfattning de faktiskt aktivt väljer vårdgivare. Slutligen diskuteras i vilken utsträckning valfriheten kan förväntas bidra till ökad kvalitet i primärvården.

Förändring i antal vårdcentraler och tillgänglighet

Studier som genomförts i svensk primärvård efter införande av vårdvalsreformen tyder på att mål som rör ökad valfrihet och tillgänglighet har uppnåtts.³⁹ Flera studier visar att både antalet individer som besöker

38. Propper (2012).

39. Vårdanalys (2014a).

primärvården och antalet besök per individ i genomsnitt har ökat sedan vårdvalsreformen infördes. Endast en procent av befolkningen har nu mer än 20 minuters bilresa till sin närmaste mottagning.⁴⁰ Att tillgängligheten har förbättrats beror dels på ett ökat utbud av privata mottagningar, dels på ett ökat vårdutnyttjande.

Innan vårdvalet infördes i respektive landsting/region fanns 1 023 primärvårdsmottagningar i Sverige. I samband med införandet 2010, och även under året därefter, skedde en rad nyetableringar av mottagningar, samtidigt som en del mottagningar avvecklades. Vad gäller ett ökat utbud av privata mottagningar ökade antalet mottagningar med 19 procent de första två åren med vårdval och de allra flesta nya mottagningarna är privata.⁴¹ Av de nya mottagningarna var 258 privata och 9 offentliga. Av de mottagningar som lades ned var 60 privata och 17 offentliga. Åren därefter har enstaka mottagningar etablerats varje år. I tabell 4.1 visas antalet mottagningar före vårdvalet i respektive region/landsting samt hösten 2010 och hösten 2014. I tabellen redovisas Västra Götaland först eftersom det har skett flest nyetableringar procentuellt sett där och sedan redovisas resterande regioner/landsting i fallande ordning.

Etableringen av nya mottagningar tycks främst ha styrts av befolkningsstruktur. Förändringen i antal mottagningar har varit störst i de tre största landstingen sett till befolkningsmängd (Skåne, Västra Götaland och Stockholm) och nyetableringar har företrädesvis skett i storstadsområden. Den procentuella ökningen har varit störst i Jönköping, Halland och Västra Götaland. Konkurrensverket konstaterar att om man tar hänsyn till befolkningsmängd finns det inga tydliga skillnader på förändring i antalet mottagningar mellan storstadsregioner och glesbygd eller mellan norr och söder.⁴²

Lokaliseringen av mottagningar innebär att valfriheten varierar beroende på var i landet man bor. Konkurrensverket menar att det i glesbygd behövs fler mottagningar för att upprätthålla en tillräckligt god service. Detta innebär i praktiken att i glesbefolkade områden behöver antalet mottagningar vara större i relation till befolkningsandelen än i storstadsområden. Det kan vara svårt att förmå vårdgivare att etablera sig i glesbygd. Ett alternativ är att redan etablerade mottagningar öppnar filialer i

40. Rehnberg (2014).

41. Konkurrensverket (2012).

42. Konkurrensverket (2010).

Tabell 4.1. Antal mottagningar i primärvården samt förändring före och efter vårdval i primärvården.

Region/landsting	Antal mottagningar			Förändring (före vårdval – 2014)	
	Före vårdval	September 2010	Oktober 2014	Antal	Procent
Västra Götaland	151	208	208	57	38
Jönköping	39	55	53	14	36
Uppsala	40	41	52	12	30
Stockholm	175	208	220	45	26
Halland	38	49	48	10	26
Kronoberg	27	31	33	6	22
Skåne	136	158	162	26	19
Kalmar	34	34	40	6	18
Södermanland	22	23	26	4	18
Västerbotten	35	35	40	5	14
Västernorrland	28	30	32	4	14
Värmland	33	40	37	4	12
Gävleborg	38	41	42	4	11
Örebro	30	30	33	3	10
Blekinge	21	24	23	2	10
Dalarna	33	35	36	3	9
Jämtland	27	27	28	1	4
Västmanland	30	32	30	0	0
Gotland	8	8	8	0	0
Östergötland	43	45	43	0	0
Norrbottn	35	37	34	-1	-3
Totalt	1 023	1 191	1 228	205	20

Källa: Konkurrensverket (2012), tabell 2 och omvard.se. Notera att före vårdval avser olika tidpunkter i respektive landsting/region. Vårdvalet infördes i Halland 2007, Västmanland och Stockholm 2008, Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009, resterande landsting 2010.

dessa områden. År 2011 fanns 56 sådana filialer i landet, varav 12 hade tillkommit efter vårdvalet. Dessa gör att valfriheten i glesbygd i någon mån förbättrats.

En intressant fråga som rör valfrihet är om det har skett någon form av specialisering bland mottagningarna. Har man fått ett val mellan mottagningar som skiljer sig åt eller ett val mellan flera mottagningar av samma typ? Direkt kan konstateras att det går att välja mellan privat och offentlig mottagning i betydlig större utsträckning än vad som var fallet före införandet av vårdval. Övergripande kan också konstateras att storleken på mottagningar varierar. Det finns fler mindre mottagningar nu än innan vårdvalet infördes. Det finns en variation från 3 000 listade till 30 000 listade bland landets primärvårdsmottagningar. En sista övergripande observation är att flera mottagningar har valt utökade öppettider.

Nästan alla nya mottagningar i primärvården är privata. Antalet privata mottagningar i Sverige har ökat från 288 till 512 sedan vårdvalet infördes i respektive landsting och region, vilket motsvarar en ökning med 78 procent. I Stockholm och Västmanland är andelen privata mottagningar störst. Där var å andra sidan andelen över 50 procent redan innan vårdvalet infördes. Andelen privata mottagningar motsvarar inte andelen listade individer; privata mottagningar har över lag färre listade än offentliga. Enligt Konkurrensverkets rapport skiljer det i genomsnitt 3 300 listade mellan privata och offentliga mottagningar. Offentliga mottagningar har i genomsnitt 8 800 listade. Vidare har privata mottagningar som etablerades efter vårdvalet färre listade än de privata som etablerades tidigare. Privata mottagningar som etablerades efter vårdvalet har i genomsnitt 4 600 listade jämfört med ett genomsnitt på 7 850 för privata mottagningar som etablerades innan vårdvalet. En anledning är den passiva listning som skedde vid införandet av vårdval. Då listades individer som inte gjorde ett aktivt val passivt på den mottagning där de gjort sitt senaste besök, alternativt enligt geografiskt avstånd till mottagningen (i den ordningen).

Finns det alternativ att välja mellan?

Sammantaget visar resonemanget ovan att *tillgängligheten* har ökat sedan vårdvalsreformen infördes. Vad gäller *alternativ att välja mellan* visar studier från Konkurrensverket att de flesta har tillgång till alternativa mottagningar. Omkring 80 procent av befolkningen har numera mindre än fem minuters bilresa till en annan mottagning än den som ligger när-

Tabell 4.2. Privata och offentliga mottagningar före och efter vårdval i primärvården.

Region/landsting	Före vårdval		September 2010		Oktober 2014	
	Privata	Offentliga	Privata	Offentliga	Privata	Offentliga
Västra Götaland	33	118	91	117	94	114
Jönköping	6	33	21	34	21	32
Uppsala	16	24	17	24	26	26
Stockholm	93	82	129	79	145	75
Halland	13	25	24	25	24	24
Kronoberg	5	22	9	22	12	21
Skåne	48	88	70	88	77	85
Kalmar	6	28	6	28	13	27
Södermanland	4	18	7	16	7	19
Västerbotten	2	33	2	33	6	34
Västernorrland	5	23	7	23	11	21
Värmland	3	30	10	30	9	28
Gävleborg	9	29	12	29	14	28
Örebro	4	26	4	32	5	28
Blekinge	6	15	3	26	8	15
Dalarna	1	32	3	32	5	31
Jämtland	3	24	3	24	5	23
Västmanland	18	12	20	12	17	13
Gotland	2	6	2	6	2	6
Östergötland	6	37	8	37	2	41
Norrbottn	2	33	4	33	3	31
Totalt	288	735	458	733	512	716

Källa: Konkurrensverket (2012), tabell 3 och omvard.se. Notera att före vårdval avser olika tidpunkter i respektive landsting/region. Vårdvalet infördes i Halland 2007, Västmanland och Stockholm 2008, Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland 2009, resterande landsting 2010.

mast deras hem.⁴³ Individer kan i de flesta fall välja att vara listade vid en offentlig eller en privat mottagning.

Tillgången till en alternativ mottagning varierar dock i olika delar av landet och skiljer sig mellan landsbygd och storstadsområden (dock inte om man justerar för befolkningstäthet). Omkring 32 000 invånare i Sverige har mer än 40 minuter längre bilresa till den näst närmaste mottagningen än till den närmaste. Dessa bor främst i norra Sverige (Jämtland och Norrbotten).

Variationen mellan olika mottagningar utöver ägandeform, storlek och öppettider är relativt liten. När det gäller inriktning på tjänster är det få mottagningar som har valt att nischas. På några håll i landet finns det mottagningar som specialiserat sig på äldre människor. I framför allt storstadsområden finns det också några få mottagningar som har inriktat sig mot andra specifika grupper. I Stockholm, Malmö och Göteborg finns det mottagningar som marknadsför sig som flerspråkiga. I Göteborg finns det en mottagning som inriktar sig på kvinnors hälsa. I Uppsala finns en mottagning som riktar sig specifikt mot barnfamiljer. Över lag tycks dock utbudet av tjänster vara likartat hos olika mottagningar i primärvården.

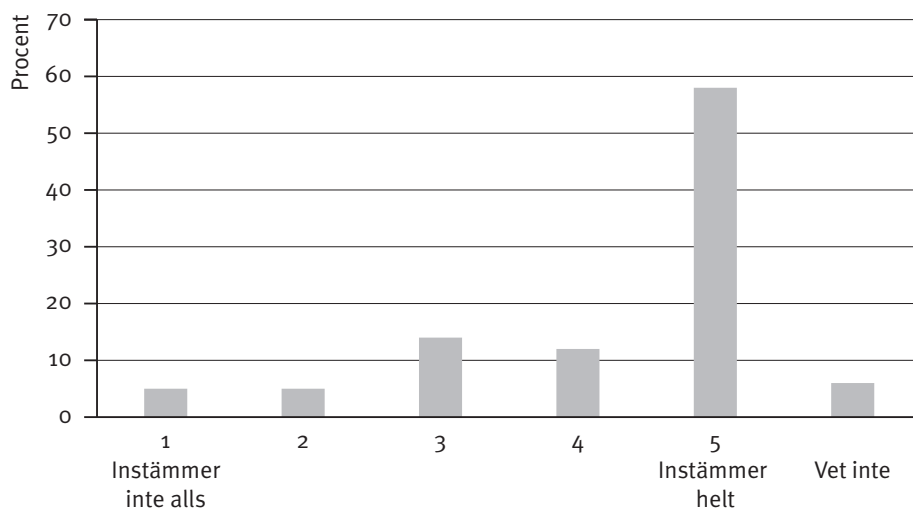
Är individer intresserade av att välja mottagning?

Flera studier tyder på att individer är intresserade av att få välja vårdgivare.⁴⁴ Resultaten från en studie vi gjorde i Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Halland visar också att en majoritet tycker att det är viktigt att kunna välja mottagning i primärvården.⁴⁵ Resultaten bygger på en befolkningsenkät i nio kommuner i de tre regionerna. Enkäten skickades ut under våren 2010, det vill säga inom ett år efter att vårdval infördes i Region Skåne och Västra Götalandsregionen och tre år efter att vårdval infördes i Region Halland. Svar från 1 449 respondenter (50 procents svarsfrekvens) jämnt fördelade mellan de tre regionerna ingår i analyserna. Bland respondenterna var det 84 procent som instämde i påståendet »Det är viktigt för mig att kunna välja vårdcentral eller mottagning« (figur 4.1). En något senare studie av Vårdanalys,

43. Konkurrensverket (2012).

44. Winblad, Isaksson och Bergman (2012); Hjelmgren och Anell (2007).

45. Glengård, Anell och Beckman (2011).



Figur 4.1. »Det är viktigt för mig att kunna välja vårdcentral eller mottagning« (1=Instämmer inte alls, 5=Instämmer helt) Källa: Glenngård, Anell, Beckman 2011.

som också baseras på en befolkningsenkät, bekräftar att det finns en allmän uppfattning om att det är viktigt att få välja mottagning – 76 procent tyckte så i denna studie.⁴⁶ Studien bygger på en webbenkät där svar från totalt 3 355 respondenter från samtliga landsting och regioner ingår i analyserna. Den visade vidare att 95 procent kände till att de får välja mottagning. Resultaten är också i linje med dem som redovisas i en rapport från Konkurrensverket som bygger på en befolkningsenkät där 1 700 respondenter i samtliga landsting och regioner ingår.⁴⁷

Finns ändamålsenlig information att basera val på?

Att individer är intresserade av att välja vårdgivare är en viktig förutsättning för att ökad valfrihet ska leda till önskat resultat. Uppdaterad och lättillgänglig information om vårdgivares aktiviteter är en annan viktig

46. Vårdanalys (2013b).

47. Konkurrensverket (2012).

förutsättning. Om adekvat information saknas blir det svårare för individer att välja vårdgivare utifrån annat än godtyckliga grunder. Detta kan i förlängningen leda till att bättre vårdgivare missgynnas eller att sämre vårdgivare inte slås ut, och därmed kan kvalitetsutvecklingen hämmas.⁴⁸ Brist på lätt tillgänglig information kan också leda till ökad ojämlikhet i vården. Individer från socioekonomiskt svaga grupper som förmodas behöva ökat stöd för att kunna välja vårdgivare kan få ännu sämre möjligheter att utnyttja sina valmöjligheter, om information om vårdgivare inte är lättillgänglig. Då kan ett system som bygger på att individer själva ska välja vårdgivare leda till ökad ojämlikhet, eftersom individer med bättre utbildning och inkomst normalt har bättre förutsättningar att söka och tillgodogöra sig information.⁴⁹

Viss jämförande information om mottagningar samlas in och görs tillgänglig för allmänheten. Information om patientupplevd kvalitet samlas in regelbundet genom Nationell Patientenkät (NPE). NPE i primärvården finns i olika versioner beroende på om patienten besökt en sjuksköterska eller en läkare. Den är utformad för att vara ett stöd vid verksamhetsutveckling och förbättring i vården, men har i allt större utsträckning kommit att användas för jämförelser mellan mottagningar. Resultaten från NPE redovisas för allmänheten via olika hemsidor, dels landstingens och regionernas hemsidor, dels nationellt. Tanken är att informationen ska hjälpa individer i sitt val av vårdgivare. För att underlätta jämförelser mellan mottagningar redovisas sju kategorier av den patientupplevda kvaliteten enligt NPE (se ruta 4).⁵⁰ Vidare finns information om geografiskt läge, öppettider och vilka personalkategorier som arbetar vid olika mottagningar på mottagningarnas egna hemsidor samt i olika omfattning på landstingens och regionernas hemsidor.

Utöver de uppgifter om mottagningar i primärvården som samlas in genom NPE är det ont om jämförande information. Generellt saknas information om medicinsk kvalitet samt om vårdgivarens förmåga att samordna patienters vårdkontakter för allmänheten att ta del av.⁵¹ Sådana aspekter kan vara viktiga för patienter. Exempelvis uppgav 90 procent av respondenterna i studien, baserad på befolkningsenkäten i Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Halland, att en viktig egenskap vid val av mottagning var om vårdpersonalen kan hjälpa dem att sam-

48. Dixon m.fl. (2010); Winblad (2006); Winblad och Andersson (2011).

49. Hibbard och Peters (2003).

50. Se Institutet för kvalitetsindikatorers hemsida: www.indikator.org.

51. Vårdanalys (2013b); Vårdanalys (2014b).

Nationell Patientenkät (NPE) mäter patientupplevd kvalitet. NPE i primärvården inkluderar 55 frågor om tillgänglighet (8 frågor), om mottagningen (5 frågor), om själva besöket (22 frågor), om provtagning (5 frågor), om övergripande helhetsintryck (9 frågor) och om bakgrunds-uppgifter för patienten (6 frågor). Vid den första mätningen hösten 2009 deltog ungefär hälften av landstingen och regionerna. Från 2011 deltar samtliga landsting och regioner. Vid mätningen 2009 omfattade enkäten endast besök hos läkare. Därefter omfattar den besök både hos läkare och sjuksköterskor. Grundutförandet är att NPE ska genomföras vartannat år. En del landsting och regioner har dock valt att genomföra NPE i primärvården även åren däremellan, så kallade mellanårsundersökningar. Enkäten skickas ut till ett antal individer per mottagning. Urvalet i varje mätning består av individer som uppsökt primärvården under en viss period på hösten det aktuella året. Enkäten skickas ut en till fem veckor efter det att besöket har ägt rum.

Information som samlats in genom NPE redovisas öppet för allmänheten i syfte att hjälpa individer att göra informerade val av vårdgivare. För att underlätta jämförelser mellan mottagningar redovisas sju kategorier av den patientupplevda kvaliteten enligt NPE när resultaten presenteras för allmänheten: bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta och benägenheten att rekommendera. Resultaten presenteras som ett så kallat PUK-värde mellan 0 och 100, där PUK står för patientupplevd kvalitet. När man tar fram PUK-värdet rensas alla ickeaktuella svar bort såsom »Ej ifyllt« eller »Ej relevant«. Därefter viktas de olika svarsalternativen enligt sin allvarlighetsgrad. I PUK-värdet ingår sedan samtliga aktuella svar, viktade enligt en fallande skala. Vid frågor med svarsalternativ enligt en femgradig skala (till exempel helhetsintryck) beräknas PUK-värdet enligt vikt 1 för svarsalternativet »Utmärkt«, 0,75 för »Mycket bra«, 0,5 för »Bra«, 0,25 för »Någorlunda« och 0 för »Dåligt«. Resultaten för varje svarsalternativ adderas, multipliceras med 100 och avrundas till närmaste heltal. Frågor som inte lämpar sig att vikta har inte något PUK-värde utan för dessa presenteras endast andelar.

ordna deras behov med andra vårdgivare.⁵² I den senare studien av Vårdanalys framkommer att individer saknar information om mottagningens förmåga att tillgodose preferenser kopplade till samordning av vårdbehov och kontinuitet, samt även om hygien.⁵³ Man kan också tänka sig att olika information är av varierande betydelse för olika grupper av individer.

52. Glenngård, Anell och Beckman (2011).

53. Vårdanalys (2013a).

Ruta 4. Vad är NPE och hur presenteras informationen för allmänheten?

I synnerhet för äldre individer med flera olika diagnoser kan kontinuitet och förmåga att samordna vårdkontakter vara viktiga egenskaper vid val av mottagning. För unga individer som sällan är sjuka kan man däremot tänka sig att tillgänglighet är en viktig, eller till och med den viktigaste, faktorn. Snabb tillgång till behandling för att så fort som möjligt kunna återgå i arbete om man skulle bli sjuk kan då vara en viktig egenskap vid val av mottagning.

Behov av information om medicinsk kvalitet kan också variera mellan olika grupper. Sådan information är dock svårare att mäta och redovisa öppet. Den kan också vara svårare för allmänheten att tolka. Men till exempel individer med kroniska sjukdomar kan ha bättre förutsättningar att ta till sig information om medicinsk kvalitet som rör den egna sjukdomen och tycka att sådan information vore värdefull vid val av mottagning jämfört med allmänheten i stort. Om information om medicinsk kvalitet fanns öppet tillgänglig skulle i det hänseendet vissa grupper med stora behov lättare kunna välja en mottagning som bäst motsvarar deras preferenser. Man kan också tänka sig att det är viktigare för individer med större behov att göra en noggrann avvägning när de väljer mottagning eftersom de kommer att ha många kontakter med primärvården.

Gör individer aktiva val?

Resultaten från befolkningsenkäten i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland visar att en majoritet anser att de gjort ett aktivt val av mottagning i samband med eller efter införandet av vårdval och att få tycker det är krångligt att välja mottagning. I genomsnitt svarade 62 procent ja på frågan »Har du gjort ett val av vårdcentral eller mottagning i samband med eller efter införandet av vårdval i ditt landsting/region?«. Bland äldre och bland personer som gjort flera besök under det senaste året var andelen som svarade ja högre.

Andelen som uppgav att det gjort ett aktivt val av vårdgivare varierade mellan 47 och 74 procent i de nio kommuner som ingick i studien. Detta är betydligt fler än de som hade bytt mottagning vid samma tillfälle. I de undersökta kommunerna i Västra Götalandsregionen var exempelvis andelen som bytt mottagning mellan 11 och 27 procent vid studietillfället, medan andelen som uppgav att de hade gjort ett val i samma kommuner var mellan 56 och 62 procent. Resultaten indikerar alltså att de flesta hade valt den mottagning man hade kontakt med sedan tidigare. Information om anledningar till att man valt att byta

mottagning saknas i registren. Studien av Vårdanalys (2013a) redovisar liknande resultat. Bland respondenterna uppgav 24 procent att de bytt mottagning de senaste tre åren. Den studien ger även kunskap om orsak till bytet. Omkring hälften av de som bytt angav flytt som orsak och omkring en fjärdedel angav missnöje med sin förra mottagning som orsak till att de bytt.

I tidigare studier har man dragit slutsatsen att de som väljer att byta mottagning gör det i samband med att vårdval införs. Andelen som väljer att byta mottagning är normalt större i områden där primärvården tidigare haft ett geografiskt ansvar, där det finns många som inte tidigare gjort ett aktivt val och där det finns nyetablerade mottagningar. Efter införandet av vårdval minskar andelen i befolkningen som gör omval. Det är få som väljer en ny mottagning när de väl har gjort ett val. Detta gäller särskilt bland personer som har många kontakter med vården och som har preferenser för god kontinuitet i sina kontakter.⁵⁴ Man kan tänka sig att för personer som har många kontakter med primärvården och som värdesätter kontinuitet är det viktigt att göra ett väl avvägt första val, men sedan är man obenägen att göra omval. Å andra sidan kan även relativt sett friska personer vara obenägna att göra val eftersom de har få kontakter med vården och därför inte tycker det är lönt att lägga ner möda på detta.

Att individer gör ett aktivt val att fortsätta vara listade vid sin tidigare mottagning är inte något problem så länge de gör det därför att de är nöjda med vårdgivaren. I studien vi gjorde bland nio kommuner i Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Halland framkom att respondenterna över lag hade mycket stort förtroende för hur vård och behandling fungerar vid den mottagning där de är listade.⁵⁵ I studien från Vårdanalys framkom det också att de som inte hade bytt i stor utsträckning var nöjda med sin nuvarande mottagning. Kontinuitet är dessutom en relevant parameter för god kvalitet i primärvården och lyfts ofta fram som ett av primärvårdens viktiga mål. Däremot vore det ett problem om individer över lag eller grupper av individer inte väljer en ny mottagning om de är missnöjda med sin nuvarande därför att de av olika anledningar inte aktivt kan välja en ny vårdgivare. Sådana anledningar kan vara att det inte finns alternativ att välja mellan eller att man saknar information om hur man ska gå till väga.⁵⁶

54. Anell och Paulsson (2010).

55. Glenngård, Anell och Beckman (2011).

56. Vårdanalys (2013b).

Gör individer informerade val?

Av studien i Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Halland framgick att om man ansåg sig ha tillgång till information att basera sitt val på, var starkt positivt förknippat med att man ansåg sig ha valt mottagning. I det sammanhanget är det viktigt för huvudmännen att kompensera för att vissa grupper kan ha svårare än andra att aktivt välja vårdgivare. Vidare är det viktigt för huvudmän att främja och ge stöd till individer så att de kan göra ett informerat val av vårdgivare.⁵⁷

Även om det finns viss tillgänglig information för att kunna jämföra mottagningar är det få som tycks använda sådan information när de ska välja vårdgivare. Såväl studien som diskuteras ovan⁵⁸ som den senare rapporten av Vårdanalys⁵⁹ beskriver individer som ganska passiva i meningen att de sällan byter vårdgivare och inte är aktiva i att söka efter information om alternativ. I den förstnämnda studien framkommer att 72 procent av respondenterna tycker att de har tillräckligt med information för att kunna välja mottagning. Med tillräcklig information avses att de instämmer (svaret 3–5 där 1 = »Instämmer inte alls« och 5 = »Instämmer helt«) i påståendet »Jag har tillräckligt med information för att kunna välja vårdcentral eller mottagning«. Den vanligaste informationskällan att basera sitt val av mottagning på var dock information vid tidigare besök på mottagningen. Närmare fyra av 10 valde detta alternativ (tabell 4.3). Detta bekräftar bilden av att man betraktar det som ett aktivt val att stanna kvar hos den nuvarande vårdgivaren. Endast tre procent av respondenterna uppgav att de sökt information på Internet.

Driver individers val vårdens kvalitet framåt?

I teorin ska välfärdsmarknader med valfrihet för individer och fasta priser leda till att utförare konkurrerar med kvalitet och utbud av tjänster.⁶⁰ Informerade och intresserade individer som kan välja bort en utförare som inte motsvarar deras förväntningar förväntas leda till att utförare förbättrar sin lyhörddhet, tillgänglighet och kvalitet. Sådana

57. Glengård (2013a).

58. Glengård, Anell och Beckman (2011).

59. Vårdanalys (2013a).

60. Propper (2012).

Tabell 4.3. »Hur fick du information om den mottagning/vårdcentral som du valt?
(Flera alternativ kan väljas)«.

Alternativ	Andel (procent)
Vid tidigare besök	38
Tips från vänner/bekanta/anhöriga	23
Information från landstinget/regionen	23
Annons i dagspress eller annan media	14
Annan information från vårdcentralen	9
Vårdcentralen tog kontakt med mig	7
Annat sätt	7
Egen sökning på Internet	3

Källa: Glenngård, Anell och Beckman (2011).

vinster har uppvisats i exempelvis Storbritannien, där valfrihet för individer i kombination med fasta priser har visat sig leda till högre kvalitet och bättre tillgänglighet utan negativa konsekvenser för jämlikhet i sjukhusvården.⁶¹

De grundläggande kraven för att införandet av vårdval ska leda till önskat resultat är i stor utsträckning uppfyllda i svensk primärvård. De flesta har alternativ att välja mellan, även om det varierar beroende på var i landet man bor. Individer tycks vara intresserade av att få välja vårdgivare och känner sig dessutom tillräckligt informerade. Relativt många uppger att de aktivt har valt vårdgivare i samband med att vårdval infördes. Det är dock oklart i vilken utsträckning som individers val driver kvaliteten på vården framåt. Tillgänglighet och valfrihet har ökat sedan

61. Propper (2013).

införandet av vårdval men problem med kontinuitet kvarstår.⁶² Kunskaper om konsekvenser för medicinsk kvalitet och jämlikhet i vården är begränsade.

Även om de grundläggande kraven för att införandet av vårdval ska leda till önskade resultat i princip är uppfyllda, är det inte säkert att de gör det. Individer känner sig förvisso i stor utsträckning informerade men tillgången till jämförande information om mottagningar är begränsad till patientupplevd kvalitet, öppethållande, lokalisering och i viss mån vilken personal som arbetar vid mottagningen. Generellt saknar allmänheten information om medicinsk kvalitet samt om vårdgivarens förmåga att samordna patienters vårdkontakter. Bristen på lätt tillgänglig information för dem som ska välja mottagning kan i förlängningen leda till att kvalitetsutvecklingen hämmas.⁶³ Vidare tycks få ta del av den jämförande information som finns. Information vid tidigare besök samt omdömen från släktingar och bekanta styr i stor utsträckning individers val. Å andra sidan kanske egna erfarenheter och omdömen från släktingar och bekanta fungerar väl så bra som jämförande kvantitativ information för att guida individer till att välja en mottagning som bäst motsvarar just deras preferenser. På så sätt kan marknadsmekanismer för individers val leda till att mål kopplade till lyhörddhet gentemot önskemål och behov samt tillgänglighet uppfylls. Sådana aspekter kan ju individer observera vid sitt möte med vården. Avsaknad av information om andra aspekter och passivitet i sökandet av ny information gör dock att det är tveksamt om individers val av mottagning kan förväntas leda till att andra mål i vården uppfylls.

62. Vårdanalys (2014a).

63. Dixon m.fl. (2010); Winblad och Andersson (2011).

5.

Vårdval och patientupplevd kvalitet

Som tidigare nämnts i rapporten är en tanke med att ge individer ökad valfrihet att välja utförare att det ska leda till bättre kvalitet på tjänster. Kvalitet i primärvården handlar om hur ändamålsenliga insatserna som utförs är, enligt såväl patienterna som professionen. Kvalitet innefattar både den patientupplevda och den medicinska kvaliteten. Bedömningar av kvalitet utifrån patienters perspektiv handlar i stor utsträckning om sådant som kan observeras vid mötet med vården. Bedömningar utifrån professionens perspektiv handlar snarare om medicinsk kvalitet, vilket är svårare för individer att bedöma när de möter vården. I detta kapitel ges inledningsvis en kort övergripande beskrivning av resultat från svenska studier om vårdval och kvalitet. Därefter redovisas mer ingående resultaten från studier vi har genomfört av vårdval och patientupplevd kvalitet baserade på data från NPE i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland.

Övergripande om vårdval och kvalitet

Flera studier tyder på att det finns ett positivt samband mellan valfrihet i vården och individens uppfattningar om vårdens kvalitet. Enligt en aktuell genomgång av kunskapsläget om effekter av valfrihet i vården tycks det finnas ett värde i sig att kunna välja vårdgivare.⁶⁴ Patienter som uppger

64. Winblad, Isaksson och Bergman (2012).

att de aktivt valt vårdgivare är mer nöjda med den vård de får än patienter som inte har gjort ett aktivt val, även om det inte finns några identifierade skillnader i vårdens innehåll. Tidigare svenska studier baserade på befolkningsenkäter visar också att människor tycker att det finns ett värde i möjligheten att själva få välja vårdgivare i primärvården.⁶⁵ Äldre patienter sätter större värde på att få välja vårdgivare än yngre. Det kan bero på att äldre har mer kontakt med primärvården än vad yngre har.

Baserat på ovanstående resonemang tycks det för individer finnas ett värde av valfrihet i sig. Man kan också tänka sig att valfrihet har positiva effekter på vårdens kvalitet. Följsamheten till den behandling man kommit överens om kan öka om patienter känner sig mer delaktiga genom att de faktiskt har valt snarare än blivit tilldelade en vårdgivare. En bättre följsamhet kan i sin tur påverka de medicinska resultaten positivt. I Storbritannien har studier visat att valfrihet för individer i kombination med fasta priser har lett till högre vårdkvalitet, mätt som överlevnad, vad gäller sjukhusvård.⁶⁶ Kunskapen om konsekvenser för den medicinska kvaliteten baserad på studier i svensk primärvård är dock begränsad. Det beror till viss del på att jämförande information om resultat av primärvårdens prestationer är begränsad.

Ökat intresse av att mäta primärvårdens kvalitet efter vårdvalsreformen

Att mäta och öppet redovisa hälso- och sjukvårdens resultat har blivit allt vanligare. Sådan information kan användas till att studera och bedöma enskilda vårdgivare, delar av eller hela nationella hälso- och sjukvårdssystem. I Sverige har sedan flera år hälso- och sjukvårdens resultat för olika områden redovisats öppet och jämförts på landstings/regionnivå. Syftet har varit att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att belysa goda resultat samt att öka insynen i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. I allt större utsträckning har också resultat för enskilda vårdgivare börjat redovisas och jämföras. Trenden att i allt större utsträckning mäta och redovisa resultat för enskilda vårdgivare kan ses som en parallell förändring till den ökade valfrihet som införts i svensk hälso- och sjukvård. Vårdval i primärvården utgör ett exempel. En sådan

65. Hjelmgren och Anell (2007); Anell (2005).

66. Propper (2013).

trend kan också observeras i andra länder där hälso- och sjukvårdssystem genomgått liknande förändringar, exempelvis i Storbritannien.⁶⁷

En typ av mätning av resultat för enskilda vårdgivare handlar om individers uppfattning om kvalitet i vården och samlas in genom patientenkäter. I svensk primärvård samlas sådan information in regelbundet genom NPE och görs tillgänglig för allmänheten (se ruta i föregående kapitel). Även i den återkommande mätningen i Vårdbarometern tas sådan information fram. I resterande del av detta kapitel diskuteras resultat från analyser av patientupplevd kvalitet baserad på NPE. Först redovisas och diskuteras resultat från analyser där Region Skåne och Västra Götalandsregionen ingår och därefter resultat där dessa båda regioner samt Region Halland är med.

Patientupplevd kvalitet i två regioner

Region Skåne och Västra Götalandsregionen har deltagit i NPE sedan den första mätningen och har valt att göra mätningen varje år sedan dess. Det innebär att i dessa båda regioner har man gjort mätningarna fem gånger, åren 2009–2013. Som visas i tabell 5.1 var svarsfrekvensen något högre 2009 och 2010 än de efterföljande åren. En förklaring kan vara att det var då vårdvalet infördes och ett stort fokus låg på förändring i primärvården, vilket kan ha smittat av sig i form av ökat engagemang i befolkningen.

I figurerna 5.1 och 5.2 visas nivån på patientupplevd kvalitet för ett antal frågor i NPE under perioden 2009–2013 för Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Svaren avser besök hos läkare. Nivå avser andelen som har svarat hög kvalitet för respektive fråga. Övergripande kan man konstatera att uppfattningar om kvalitet i primärvården från patienter som besökt densamma inte förändrats nämnvärt under perioden. Dessa ligger kvar på en oförändrat hög nivå, vilket också konstateras i en rapport från Vårdanalys.⁶⁸ I synnerhet ligger nivån för bemötande högt – över 80 procent under hela perioden i båda regionerna. Som figurerna visar upplevs kvaliteten för tillgänglighet som sämst, i synnerhet i Region Skåne. Tillgänglighet började man mäta i 2011 års enkät.

Som visas i figurerna tycks den patientupplevda kvaliteten öka vid in-

67. Smith m.fl. (2009); Browne m.fl. (2010).

68. Vårdanalys (2014a).

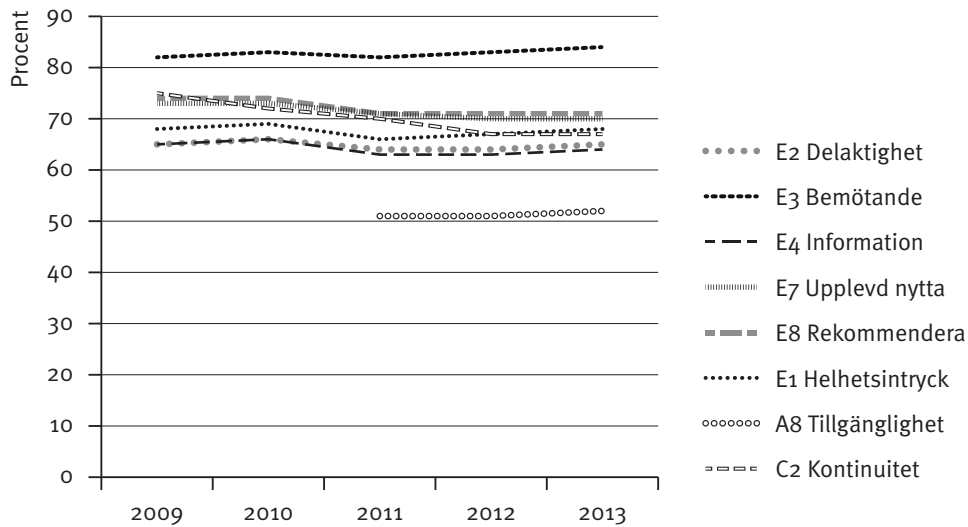
Tabell 5.1. Antal deltagande respondenter och mottagningar i NPE i Region Skåne och Västra Götalandsregionen 2009–2013, besök hos läkare.

	2009	2010	2011	2012	2013
Antal respondenter, Skåne	16 320	16 669	15 368	22 210	22 377
Svarsfrekvens, %	58	56	54	52	52
Antal mottagningar, Skåne	145	150	147	149	150
Antal respondenter, Västra Götaland	15 384	22 010	20 357	19 988	19 700
Svarsfrekvens, %	56	57	53	52	51
Antal mottagningar, Västra Götaland	141	195	195	197	198

förande av vårdval (mellan 2009 och 2010). De följande åren planar den ut eller sjunker något i båda regionerna, och fem år efter införandet av vårdvalsreformen är nivån på ungefär samma nivå som innan vårdvalet infördes. Att valfrihet i sig har ett värde för individer behöver inte stå i motsättning till att uppfattningar om vårdens kvalitet inte ligger på en högre nivå fem år efter införandet av vårdval jämfört med tidpunkten innan vårdvalet infördes. Snarare kan den ökade patientupplevda kvaliteten som uppvisas precis vid införandet av vårdval vara ett tecken på att man upplever införandet av valfrihet i sig som något positivt.

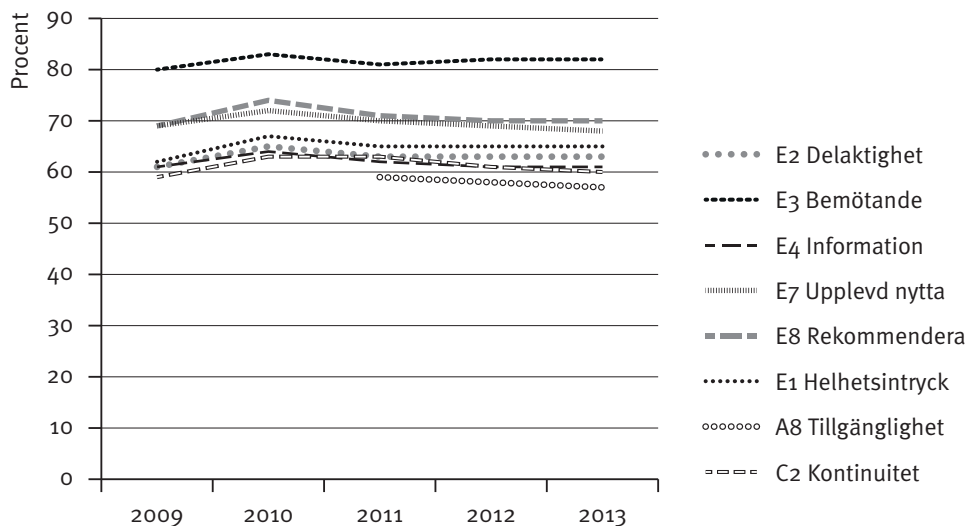
Liksom den högre svarsfrekvensen då reformen infördes, kan den tillfälliga ökningen i nivån på patientupplevd kvalitet vara ett uttryck för ett ökat engagemang för primärvård i samband med införandet av vårdval. Detta ligger i linje med resultat i tidigare studier, att individer upplever valfrihet i sig som något positivt. Individer tycks dessutom i ganska stor utsträckning vara benägna att göra ett aktivt val av vårdgivare när vårdval införs för att sedan vara mer obenägna att göra omval. Översatt till uppfattningar om kvalitet kopplade till valfrihet kan det vara så att man i praktiken känner av valfriheten när möjligheten att välja införs. Efter en tid, när nyhetens behag har lagt sig, kan den känslan mattas av.

Informationen från Vårdbarometern visar att förtroendet för primärvården kontinuerligt har ökat sedan vårdvalsreformen infördes, medan information från NPE visar att förtroendet för primärvård ligger på en



Figur 5.1. Nivå på patientupplevd kvalitet i Region Skåne för utvalda frågor 2009–2013.

Not: Nivån beräknas utifrån andel som svarar »Ja, helt och hållet« för delaktighet, bemötande, information och rekommendera rensat för »Jag behövde ingen information (information)« och icke-respondenter; andel som svarar »Utmärkt« eller »Mycket bra« för helhetsintryck och rekommendera rensat för icke-respondenter; andel som svarar »Ja, alltid eller nästan alltid« för kontinuitet rensat för dem som endast gjort ett besök och icke-respondenter.



Figur 5.2. Nivå på patientupplevd kvalitet i Västra Götalandsregionen för utvalda frågor 2009–2013.

Not: Nivån beräknas utifrån andel som svarar »Ja, helt och hållet« för delaktighet, bemötande, information och rekommendera rensat för »Jag behövde ingen information (information)« och icke-respondenter; andel som svarar »Utmärkt« eller »Mycket bra« för helhetsintryck och rekommendera rensat för icke-respondenter; andel som svarar »Ja, alltid eller nästan alltid« för kontinuitet rensat för dem som endast gjort ett besök och icke-respondenter.

oförändrat hög nivå sedan vårdvalet infördes.⁶⁹ Vårdbarometern är en befolkningsenkät till skillnad från NPE som är en patientenkät. Personer som svarar på frågor i Vårdbarometern behöver alltså inte ha varit i kontakt med primärvården. En möjlig slutsats är att människor i största allmänhet tycks ha en mer positiv syn på utvecklingen i primärvården än vad de har som varit i kontakt med densamma, åtminstone de som väljer att svara på NPE. Dock är en återkommande slutsats i olika studier att personer som har många kontakter med vården tenderar att vara mer nöjda med densamma.⁷⁰

Hur används resultaten från NPE?

Människor tycks i mycket liten utsträckning använda jämförande information om mottagningar när de väljer vårdgivare, vilket visades i föregående kapitel. Därmed inte sagt att information om individers uppfattningar om kvalitet i svensk primärvård samlas in i onödan. Sådan information ger viktig kunskap om hur olika grupper i befolkningen upplever kvaliteten i vården och används även som underlag för huvudmännens styrning av vårdgivare och utveckling av vårdvalsmodellerna. Detta är viktigt, inte minst för att huvudmännen ska kunna kompensera för att vissa grupper kan ha svårare än andra att göra ett aktivt val (och omval) av vårdgivare. I några fall används också informationen som grund för att fördela resurser till mottagningar av sjukvårdshuvudmännen inom ramen för målbaserad ersättning.

I både Västra Götalandsregionen och Region Skåne kopplas målrelaterad ersättning till resultat från NPE. Måltal för 2013 i Västra Götalandsregioner var 80 procent för rekommendationsgrad, 90 procent för bemötande, 70 procent för tillgänglighet och 70 procent för delaktighet. Definitionen för måltal som används i de båda regionerna överensstämmer med det sätt som nivån av patientupplevd kvalitet presenteras i figurerna 5.1 och 5.2. Nivån av patientupplevd kvalitet bland invånarna i Västra Götaland i stort är lägre än de uppsatta måltalen. Av de 198 mottagningarna i Västra Götaland var det 44 som uppnådde 80 procent eller mer för rekommendationsgrad, 25 som uppnådde 90 procent eller mer för bemötande, 36 som uppnådde 70 procent eller mer för tillgänglig-

69. Rehnberg (2014).

70. Rehnberg (2014); Vårdanalys (2012); Glenngård och Anell (2012b).

het och 46 som uppnådde 70 procent eller mer för delaktighet. I Region Skåne betalas målrelaterad ersättning ut till de 10 procenten av mottagningarna med högst värde för indikatorerna tillgänglighet, information, bemötande, delaktighet och rekommendera. Där använder man sig alltså inte av absoluta utan relativa nivåer på måltal.

Jämförande information från NPE bör hanteras med försiktighet

57

Den information som tas fram genom patientenkätsundersökningar kan bidra med viktig kunskap om vården och utgöra ett underlag för utvecklings- och förbättringsarbete i vården utifrån patienternas perspektiv. Det finns dock flera skäl att vara försiktig med att dra slutsatser utifrån resultat från denna typ av undersökningar, i synnerhet när det gäller jämförelser mellan mottagningar:⁷¹

- För det första visar resultaten från NPE uppfattningar om vårdens kvalitet såsom den observeras och uppfattas i mötet med vården ur ett individperspektiv. Människor kan i sitt möte med vården inte förväntas beakta sådana aspekter som är viktiga ur ett befolkningsperspektiv eftersom de bedömer vården utifrån sina behov och förväntningar. Man kan inte förvänta sig att enskilda patienter ska ta hänsyn till vilka resurser som används till de insatser som görs. Inte heller kan man förvänta sig att individer i sitt möte med vården beaktar hur insatserna fördelas i befolkningen.
- För det andra är det inte säkert att den här typen av mätningar verkligen fångar upp skillnader i olika aspekter av patientupplevd kvalitet. Vissa av måtten, såsom helhetsintryck och upplevd nytta, är mer övergripande än andra. Dessutom är svaren på de olika frågorna i enkäten starkt positivt korrelerade. Det betyder att om en mottagning får högt betyg för en fråga får den högt betyg även för de andra frågorna. Detta resultat kan bero på åtminstone två faktorer. En tänkbar förklaring är att vissa mottagningar över lag är bättre än andra på att tillhandahålla en primärvård som ligger i linje med patienternas förväntningar. Om mottagningar lyckas tillhandahålla en vård där patienter får vara delaktiga i beslut om sin vård och

71. Glenngård och Anell (2012b); Glenngård (2012).

behandling kan man tänka sig att man även har ett bra bemötande samt ger information om patientens tillstånd. Vidare kan det vara så att om mottagningen lyckas upprätthålla en god kontinuitet gentemot patienter underlättas de andra aspekterna som fångas av enkäten. En annan tänkbar förklaring är att patienter inte tar till sig alla frågor i enkäten utan endast ger ett övergripande svar på alla frågor. Om så är fallet fångar enkäten inte uppfattningar om olika aspekter på patientupplevd kvalitet utan ger endast ett generellt betyg på mottagningar.

- För det tredje finns det många bakomliggande faktorer som kan påverka vårdgivarnas betyg i NPE. På en övergripande nivå får exempelvis privata mottagningar högre betyg än offentliga. Men när betyget justeras utifrån information om genomsnittligt vårdtyngd och socioekonomisk tyngd försvinner dessa skillnader i stor utsträckning. En anledning är att offentliga mottagningar är överrepresenterade i socioekonomiskt tunga områden. Ändå används ofta resultaten till att göra jämförelser mellan mottagningar och för att diskutera skillnader mellan privata och offentliga vårdgivare och mellan landsting/regioner av olika aktörer och intressenter i svensk hälso- och sjukvård.
- För det fjärde är själva syftet med enkäten att utgöra en hjälp i verksamhetens förbättringsarbete. Majoriteten av frågorna är situationsbaserade och enkäten är utformad med korta svarsskalor. Detta är i syfte att patienter lättare ska kunna reflektera kring svaret för olika aspekter snarare än att ge en generell bedömning på en längre skala. Korta svarsskalor kan vara bättre lämpade för verksamhetsutveckling men sämre lämpade för att göra jämförelser mellan mottagningar. I det senare fallet vill man ju se spridning mellan mottagningar.
- För det femte är det osäkert hur representativt NPE-betyget är för patienterna som besökt mottagningen. Bortfallet i den här typen av enkätundersökningar är ganska stort. Svarsfrekvensen är normalt mellan 50 och 60 procent. Betyget för varje enskild mottagning baseras oftast på 100–150 svar. För mottagningar där 30 patienter eller färre har besvarat enkäten presenteras inga betyg. Bortfallet är större bland yngre personer och bland män.

Studier av variation i patientupplevd kvalitet i tre regioner

För att ta reda på vad som kan påverka den patientupplevda kvaliteten behöver man analysera vilka bakomliggande faktorer som samvarierar med det betyg som mottagningar får i NPE. Vissa av dessa är kopplade till vad man gör vid mottagningen, medan andra är kopplade till omgivande faktorer och egenskaper hos den listade befolkningen. Dessa faktorer är i sin tur mer eller mindre möjliga för vårdgivarna själva att påverka. Sådan kunskap är viktig om resultatet i NPE ska användas för att utvärdera vårdgivare, fördela resurser och utgöra en bas för verksamhetsutveckling i primärvården.

I studier vi har gjort, baserade på data från NPE samt registerdata i Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland, analyserades variationen i patientupplevd kvalitet bland mottagningar med hänsyn till en rad bakomliggande faktorer.⁷² Alla mottagningar som fanns hösten 2010 i de tre regionerna ingick i studierna. I ruta 5 beskrivs hur studierna genomfördes.

Val av frågor i NPE och bakomliggande faktorer att studera

Sju frågor från NPE-mätningen 2010 inkluderades i analyserna. Valet av frågor baserades dels på hur resultaten från NPE presenteras för allmänheten, dels på övergripande mål gentemot vilka primärvården ska bedömas som lyfts fram i tidigare forskning. Resultat från fem av de sju kategorier som presenteras för allmänheten ingick i analyserna: uppfattningar om tillgänglighet, delaktighet, bemötande, information och upplevd nytta. Uppfattning om helhetsintryck ingick också i analyserna. När det gäller primärvårdens övergripande mål (utöver tillgänglighet) kan tre frågor kopplas till lyhördhet gentemot patienter: information, bemötande och delaktighet. Även uppfattning om kontinuitet ingick i analyserna med motiveringen att kontinuitet ofta lyfts fram som ett av primärvårdens viktiga mål. I tabell 5.2 redovisas de frågor i NPE som ligger till grund för analyserna av variation i patientupplevd kvalitet samt den definition av hög kvalitet som användes.

72. Glengård och Anell (2012b); Glengård (2012).

Samtliga 401 mottagningar som fanns i de tre regionerna hösten 2010 ingick i studierna: 149 i Region Skåne, 204 i Västra Götalandsregionen och 48 i Region Halland. Vi använde två datakällor: Information om upplevd kvalitet för respektive mottagning hämtades från NPE i primärvården från hösten 2010. Information om mottagningars egenskaper och vilka individer som är listade på mottagningarna hämtades från register i de tre regionerna.

1. I ett första steg använde vi deskriptiv statistik i form av korstabeller för att beskriva den patientupplevda kvaliteten för olika frågor samt egenskaper hos mottagningar.
2. I ett andra steg använde vi regressionsanalys för att skatta sambandet mellan upplevd patientnöjdhet och olika variabler som speglar mottagningars egenskaper och vilka som är listade på mottagningar. Den beroende variabeln i de olika analyserna är den andel av patienterna för varje mottagning som angivit "Hög upplevd kvalitet" för utvalda frågor i NPE. Sju frågor från NPE-mätningen 2010 inkluderades i analyserna. Valet av frågor baserades dels på hur resultaten från NPE presenteras för allmänheten, dels på övergripande mål gentemot vilka primärvården ska bedömas som lyfts fram i tidigare forskning. Valet av oberoende variabler gjordes enligt en sammansatt teori om vilka strukturella faktorer som kan förväntas påverka upplevd patientnöjdhet i primärvården i en situation med etableringsfrihet för vårdgivare och valfrihet för individer. I studierna presenterades den regressionsmodell med högst R²-värde (justerat) för varje fråga i NPE, justerat för korrelation mellan de oberoende variablerna (multikollinearitet). R²-värdet förklarar hur mycket av variationen (variansen) i patientnöjdhet som kan förklaras av de oberoende variablerna som ingår i modellen.

Ruta 5. Tillvägagångssätt i studierna om patientupplevd kvalitet.

I tabell 5.3 presenteras de bakomliggande faktorer som inkluderades i analyserna av variation i patientupplevd kvalitet. I tabellen presenteras också motivet till att dessa variabler inkluderas i analyserna. Valet av oberoende variabler gjordes enligt en sammansatt teori om vilka strukturella faktorer som kan förväntas påverka upplevd patientnöjdhet i primärvården i en situation med etableringsfrihet för vårdgivare och valfrihet för individer. Detta förklaras närmare i Glennyård och Anell (2012a).

Tabell 5.2. Frågor från NPE som användes i analyserna av variation i patientupplevd kvalitet samt definition av hög kvalitet.

Kategorier	Fråga i NPE	Svarsalternativ	Definition av hög kvalitet*
Helhetsintryck	E1 Hur värderar du som helhet den vård/behandling du fick?	Utmärkt/Mycket bra/Bra/Någorlunda/Dålig	Utmärkt
Tillgänglighet	A6 Vad anser du om tiden du fick vänta?	Den var acceptabel/Den var något för lång/Den var alldeles för lång/Jag behövde inte vänta/Jag var på planerat återbesök	Den var acceptabel
Lyhördhet (delaktighet, bemötande och information)	E2 Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet
	E3 Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet
	E4 Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej/Jag behövde ingen information	Ja, helt och hållet
Kontinuitet	C2 Brukar du få träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på mottagningen?	Ja, alltid eller nästan alltid/Nej, sällan eller aldrig/Jag har inte besökt läkare på den här mottagningen mer än en gång	Ja, alltid eller nästan alltid
Upplevd nytta	E7 Anser du att ditt aktuella behov av sjukvård blivit tillgodosett vid ditt besök på mottagningen?	Ja, helt och hållet/Delvis/Nej	Ja, helt och hållet

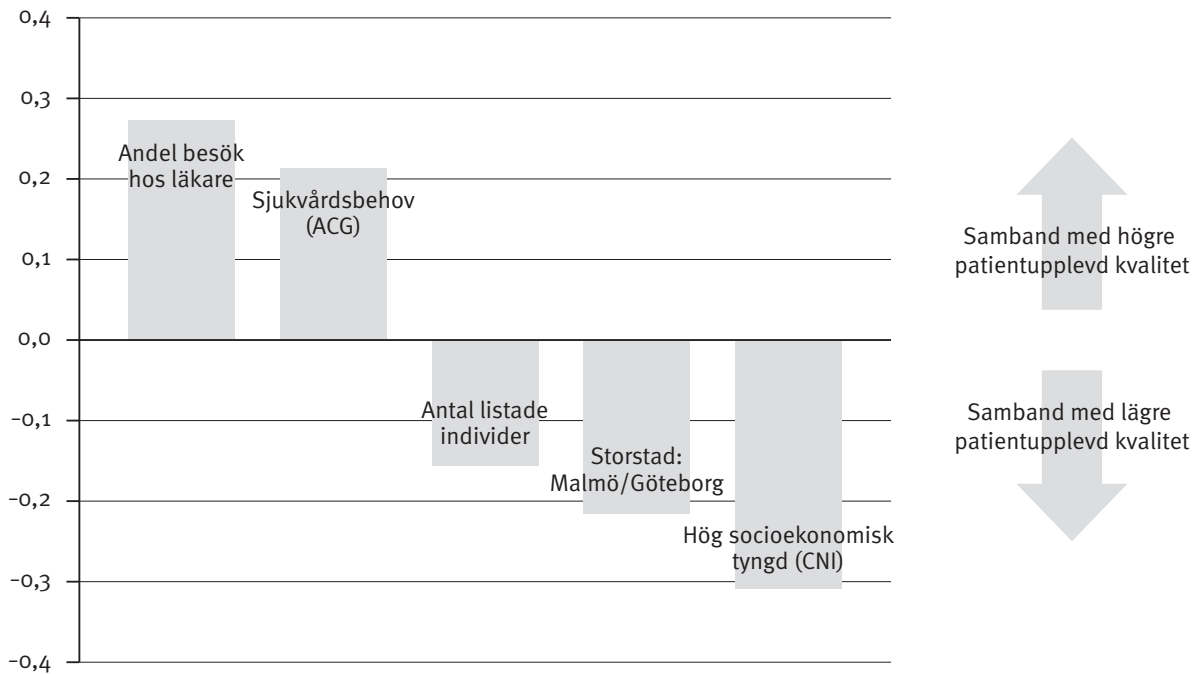
*Samma definition av hög kvalitet som används i Region Skåne och Västra Götalandsregionen vid uppföljning av patientupplevd kvalitet används här.

Källa: Tabell 2 i Glenngård och Anell (2012a).

Tabell 5.3. Bakomliggande faktorer som inkluderades i analyserna om patientupplevd kvalitet.

Kategorier	Motivering	Variabler
Egenskaper för marknaden/konkurrenssituationen	Nyetablerade mottagningar kan ha större anledning än andra mottagningar att vara tillmötesgående mot patienter, så att man kan lista så många nya individer som möjligt. Nyetableringar inom en kommun kan också påverka konkurrensen mera generellt så att redan etablerade mottagningar anstränger sig mer än tidigare.	<ul style="list-style-type: none"> • Mottagningen är nyetablerad (ja/nej) • Det har skett nyetableringar i området (ja/nej)
Egenskaper hos mottagningar (lokalisering, organisation, typ av ägare)	Eventuella skillnader mellan regioner skulle kunna kopplas samman med hur vårdval införts och vilka regler som gäller. En annan intressant aspekt är om det finns skillnader mellan mottagningar i de större städerna, där det finns närhet till sjukhus med akutmottagning, och mottagningar med annan lokalisering.	<ul style="list-style-type: none"> • I Västra Götalandsregionen (ja/nej) • I Region Skåne (ja/nej) • I storstad (ja/nej)
	Tidigare studier har visat att mindre vårdgivare tenderar att ha mer nöjda patienter. Man kan också tänka sig att patienterna blir mer nöjda om mottagningen har hög besöksfrekvens och om patienterna ofta får träffa en läkare.	<ul style="list-style-type: none"> • Storlek (antal listade) • Besöksfrekvens (antal besök/listad) • Andel läkarbesök av alla besök
	Mot bakgrund av att privata mottagningar får bättre betyg än offentliga mottagningar i genomsnitt är det intressant att studera om denna skillnad kvarstår när man samtidigt tar hänsyn till andra oberoende variabler.	<ul style="list-style-type: none"> • Privat ägare (ja/nej) • Vårdkedja (ja/nej) • Enskild mottagning (ja/nej)
Egenskaper hos listade individer	Tidigare studier har visat att det finns ett samband mellan hur nöjd man är med den vård som ges och hur ofta man uppsöker vården. Personer med många diagnoser har generellt fler kontakter med vården. Tidigare studier har också visat att individer som bor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar är mindre nöjda med den vård de får. Vidare justeras ersättningen till vårdgivare i både Region Skåne och Västra Götalandsregionen utifrån genomsnittlig vårdtyngd och socioekonomi bland listade.	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdtyngd (genomsnittligt ACG) • Hög socioekonomisk tyngd, CNI (ja/nej)

Notera att genomsnittlig socioekonomisk tyngd behandlas som en binär variabel (kan ta värdet 0 eller 1) eftersom man uppmäter CNI på olika sätt i Västra Götaland och Region Skåne. I båda regionerna ges kompensation till den femtedel av mottagningarna som har högst genomsnittlig CNI, vilket använts som utgångspunkt vid definition av variabeln.



Figur 5.3. Exempel – samband med betyg avseende upplevd nytta för besök hos läkare (regressionskoefficienter på y-axeln).

Källa: Presentation vid Vårdanalys 2012.

Patientupplevd kvalitet varierar med hänsyn till många faktorer

I figur 5.3 visas resultatet för en av frågorna i NPE. Det gäller upplevd nytta vid besök hos läkare, det vill säga om det aktuella behovet av sjukvård blivit tillgodosett vid besök på mottagningen. Endast faktorer där det fanns ett signifikant positivt eller negativt samband redovisas i figuren. Eftersom det generellt var samma faktorer som samvarierade med de olika frågorna redovisas endast en fråga utförligt här. Sambanden som gäller för den frågan är representativa även för sambanden för de andra frågorna i NPE som analyserades i studierna för Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland. En hög andel av alla besök hos läkare och hög genomsnittlig vårdtyngd (ACG) bland listade individer var förknippade med högre upplevd kvalitet. Större mottagningsar (många listade), hög genomsnittlig socioekonomisk tyngd (CNI) bland listade individer och en lokalisering i storstad (Malmö eller Göteborg)

var förknippade med lägre upplevd kvalitet. En hög socioekonomisk tyngd bland listade individer var den faktor som hade starkast samband med nivå på upplevd kvalitet vid besök hos läkare. Andel läkarbesök var den variabel som hade störst effekt på upplevd kvalitet vid besök hos sjuksköterska.

Sammantaget bekräftar resultaten av analyserna att flera av de valda faktorerna samvarierar med det betyg som mottagningarna får på de olika frågorna i NPE.

- För det första visar analyserna att patientupplevd kvalitet samvarierar med hänsyn till andel besök som sker hos läkare respektive sjuksköterska. Ju större andel av alla besök som sker hos läkare, desto bättre betyg får mottagningar i NPE. Generellt är betyget för de olika aspekterna av patientupplevd kvalitet dock högre för besök hos sjuksköterska än för besök hos läkare.
- För det andra visar analyserna att patientupplevd kvalitet samvarierar med hänsyn till egenskaper hos den listade befolkningen. Mottagningar där listade individer har sämre socioekonomiska förutsättningar (mätt med CNI) får lägre betyg, medan det omvända gäller för högre vårdtyngd (mätt med ACG).
- För det tredje visar analyserna att patientupplevd kvalitet samvarierar med hänsyn till storlek på mottagningen. Mottagningar med många listade individer får sämre betyg än mindre mottagningar.

Generellt framkom samma samband (positivt eller negativt) mellan de olika faktorerna och den patientupplevda kvaliteten för de olika frågorna. Storleken på koefficienterna varierade dock mellan de olika frågorna och mellan besök hos sjuksköterska respektive läkare. För två av variablerna kunde inte någon samvariation med någon av frågorna om patientupplevd kvalitet påvisas. Det gällde om det skett nyetableringar i den kommun där mottagningen är lokaliserad samt genomsnittligt antal besök per listad individ för mottagningen. Andelen av variationen i patientupplevd kvalitet som kan förklaras av de oberoende variabler som ingår i modellen var relativt låg. Det lägsta R^2 -värdet var 0,199 (för tillgänglighet) och det högsta var 0,370 (för helhetsintryck). De relativt låga förklaringsvärdena visar att det finns många variabler utöver de som ingår i analyserna som påverkar nivån på patientupplevd kvalitet i primärvården.

Betyget generellt högre för besök hos sjuksköterska än för besök hos läkare

Deskriptiva analyser av övergripande skillnader i betyg visar att besök hos sjuksköterska över lag får högre betyg än besök hos läkare. För fem av de sju frågor som inkluderades i analyserna fick besök hos sjuksköterska ett högre betyg än besök hos läkare. Undantaget var uppfattningar om väntetid där det inte fanns någon signifikant skillnad mellan besök hos läkare respektive sjuksköterska, samt om patienten får träffa samma läkare/sjuksköterska vid sina besök på mottagningen, där besök hos läkare fick högre betyg.

Det högre betyget för sjuksköterskebesök jämfört med läkarbesök gällde för alla frågor som handlar om att bedöma kvaliteten i mötet med primärvården, det vill säga uppfattning om helhetsintryck, delaktighet, bemötande, information och upplevd nytta. Patienter tycks över lag bedöma att sjuksköterskor är mer lyhörda samt att det aktuella behovet blir bättre tillgodosett vid sjuksköterskebesök. Utan vetskap om vilket det aktuella behovet har varit vid besök hos respektive personalkategori går det dock inte att dra några objektiva slutsatser kring huruvida det aktuella behovet faktiskt har blivit bättre eller sämre tillgodosett vid besök hos sjuksköterska. När det gäller bedömningen av lyhördhet gentemot önskemål och behov kan resultaten tolkas som att sjuksköterskor är bättre än läkare på att bemöta patienter med respekt och hänsyn, ge information om patientens tillstånd samt låta patienten vara delaktig i beslut om sin vård och behandling. Lyhördhet inkluderar ju dessa icke-kliniska aspekter som bäst kan bedömas av patienter i mötet med vården.

En förklaring till att besök hos sjuksköterska får högre betyg, framför allt vad gäller lyhördhet, kan vara att läkare och sjuksköterskor har olika roller i primärvården. Man kan tänka sig att själva innehållet i besöket hos vardera personalkategori skiljer sig åt på grund av de skilda rollerna. I rollen som sjuksköterska ingår det att leda och ansvara för omvårdnadsarbetet. Ofta är det i kontakt med sjuksköterskor som bedömningen görs av patientens förmåga till egenvård och behov av undervisning och stöd.⁷³ I rollen som läkare ligger fokus i större utsträckning på det specifika medicinska behovet. Som patient kan det vara svårare att bedöma

73. Vårdförbundets hemsida, www.vardforbundet.se, 16 juli 2014.

kvaliteteten i läkarens insatser än i sjuksköterskans. Vidare är läkarbesöken ofta kortare än sjuksköterskebesöken.

Bättre betyg till mottagningar med stor andel läkarbesök

66

Ju större andel av alla besök som sker hos läkare, desto bättre betyg får mottagningar i NPE. Det högre betyget gäller för besök såväl hos läkare som hos sjuksköterska. Detta är intressant ur flera aspekter. En aspekt är att besök hos sjuksköterska generellt får högre betyg än besök hos läkare, men likaväl finns det ett positivt samband mellan en hög andel av alla besök hos läkare och högt betyg i NPE. En annan aspekt är att detta samband gäller både för besök hos läkare och hos sjuksköterska. Betyget på besök hos sjuksköterska är alltså högre på mottagningar där en större andel av alla besök sker hos läkare. Tänkbara förklaringar kan ha att göra dels med patienters förväntningar, dels med själva innehållet i besöken. Om patienter förväntar sig att få träffa en läkare och i stället får träffa en sjuksköterska finns det en risk att patienten blir missnöjd med besöket. Denna risk kan finnas oaktat själva innehållet i besöket och dess kvalitet, eftersom det i så fall finns en diskrepans mellan förväntningarna och själva besöket. Man kan också tänka sig att innehållet i besök hos sjuksköterskor ändras eftersom en allt större andel av alla besök sker hos sjuksköterskor. Om sjuksköterskor får ta hand om problem som läkare annars skulle ha tagit hand om måste större fokus riktas mot medicinska aspekter vilka inte fångas i betyget i NPE. Detta fokus kan få konsekvenser för bemötande och andra parametrar som fångas av NPE. Då kan betyget på patientupplevd kvalitet för besök hos sjuksköterska bli lägre.

Resultatet är också relevant ur perspektivet att det råder brist på läkare i primärvården. Därför är det viktigt att hitta arbetsformer där andra personalkategorier kan göra en del av det arbete som läkare skulle ha gjort. Mot bakgrund av sambandet mellan andelen av alla besök som sker hos läkare och det betyg mottagningen får i NPE tycks det dock inte vara oproblematiskt att ersätta besök hos läkare med besök hos andra personalkategorier. Detta tyder på att det är viktigt för vårdgivare att hitta sätt att skapa trygghet hos patienter när man byter ut läkarbesök mot andra former av besök.

Betyget varierar med hänsyn till egenskaper i den listade befolkningen

Att mottagningar där listade individer har sämre socioekonomiska förutsättningar (mätt med CNI) får lägre betyg ligger i linje med tidigare studier både i Sverige och internationellt. Individer med sämre socioekonomiska förutsättningar är ofta mer missnöjda med den vård de får.⁷⁴ Resultat från Vårdbarometern visar också att individer födda utanför Norden i större utsträckning anser att de inte får den vård de behöver.⁷⁵ Detta kan bero på att individer med lägre utbildning eller ett annat modersmål än svenska kan ha svårare att söka och tillgodogöra sig information i svensk hälso- och sjukvård. Som patient är det inte säkert att insatser som speglar god medicinsk kvalitet upplevs som god kvalitet. Ibland kan förhållandet till och med antas vara det omvända. Ett exempel är att förebyggande insatser, såsom hälsoinriktade samtal, kan vara motiverade för vissa ur medicinsk synpunkt. Individerna själva kan däremot ha helt andra preferenser och efterfråga andra insatser. Om det dessutom är svårt att förmedla information om sjukdomstillstånd och åtgärder på ett begripligt sätt kan denna känsla förstärkas ytterligare. Men det kan också vara ett tecken på att det faktiskt finns ojämlikhet i svensk hälso- och sjukvård, det vill säga att de som har störst behov inte alltid får mer resurser samt att lika fall inte alltid behandlas lika.⁷⁶ Oavsett anledning är detta ett viktigt resultat som visar att vårdgivare inte kan organisera sin vård och bemöta patienter med olika socioekonomiska förutsättningar på samma sätt.

Att mottagningar där listade individer har högre vårdtyngd (mätt med ACG) får bättre betyg ligger också i linje med tidigare undersökningar – i varje fall om man tar hänsyn till att mottagningar med högre vårdtyngd också har en högre genomsnittlig ålder bland listade. Resultat från Vårdbarometern visar exempelvis att personer över 70 år i högre grad upplever att de får tillgång till den sjukvård de behöver.⁷⁷ Det finns generellt ett positivt samband med hur nöjd man är med den vård man får och hur många kontakter man har med sjukvården.⁷⁸ Därför är det inte förvånande att mottagningar där listade har en hög vårdtyngd får bättre

74. Kontopantelis, Roland och Reeves (2010); Campbell, Ramsay och Green (2001a).

75. SKL (2011).

76. SKL (2009).

77. SKL (2011).

78. Vårdanalys (2012).

betyg. Personer med många diagnoser, i synnerhet kroniska, förmodas ha många kontakter med vården. Det positiva sambandet mellan många kontakter och nöjda patienter stöds av en undersökning av Statskontoret från 2011.⁷⁹ Undersökningen visar att äldre är mer nöjda med vården än yngre, vilket i sin tur kan bero på att personer som varit i kontakt med en verksamhet i större utsträckning är nöjda jämfört med dem som inte berörts av en verksamhet. Det kan också finnas andra orsaker som har att göra med olika förväntningar i olika generationer. Personer som är födda på 1940-talet har sannolikt andra krav och förväntningar på vården än vad personer som är födda på 1970-talet har.

Betyget varierar med storlek och ägande

Att mottagningar med många listade individer får sämre betyg än mottagningar med färre listade är också i linje med tidigare studier. Tidigare studier har visat att mindre mottagningar tenderar att ha nöjdare patienter framför allt när det gäller tillgänglighet och kontinuitet.⁸⁰ Även i de studier som redovisas här, för mottagningar i primärvården i tre svenska regioner, visar resultaten att många listade hade störst negativ effekt på nivån av patientupplevd kvalitet.

På en övergripande nivå får privata mottagningar bättre betyg på nästan alla frågor i enkäten. Dessa skillnader försvinner dock i stor utsträckning i analyser där bakomliggande faktorer beaktas. Endast för två frågor kvarstod resultatet att privata mottagningar får bättre betyg än offentliga när de olika faktorerna beaktades i analyserna. Privata mottagningar får bättre betyg för helhetsintryck. Även kontinuitet för besök hos både läkare och sjuksköterskor var korrelerad med typ av ägare, där enskilda privata mottagningar var förknippade med högst upplevd kontinuitet.

När det gäller kontinuitet var alltså betyget bättre för enskilda mottagningar än för såväl offentliga mottagningar som mottagningar som ingår i en vårdkedja. Vid studiens genomförande fanns tre nationella kedjor: Capio, Carema och Praktikertjänst. Vidare fanns lokala kedjor i både Västra Götaland och Skåne. Förutom för kontinuitet och helhetsintryck kunde inte någon statistiskt signifikant samvariation mellan patientupplevd kvalitet och typ av ägare påvisas. Privata mottagningar fick alltså

79. Statskontoret (2011).

80. Kontopantelis, Roland och Reeves (2010); Campbell, Ramsay och Green (2001b).

generellt sett högre betyg när information om mottagningens storlek, genomsnittlig vårdtyngd och socioekonomisk tyngd exkluderades från analyserna. Förklaringen till denna skillnad är sannolikt i första hand att offentliga mottagningar är något större samt överrepresenterade i socioekonomiskt tunga områden, snarare än att genomsnittlig vårdtyngd skiljer sig åt mellan enheter inom ett område. Detta visar på komplexiteten när det gäller att redovisa skillnader mellan privata och offentliga mottagningar baserade på geografisk lokalisering utan att hänsyn tas till bakomliggande faktorer.

Kan vårdgivare påverka betygen i NPE?

Som visas ovan påverkar olika faktorer – såsom mottagningens lokalisering, egenskaper hos patienterna och fördelning av besöken mellan olika personalkategorier – den patientupplevda kvaliteten. Därför är det inte oproblematiskt att jämföra och utvärdera mottagningar utan att hänsyn tas till bakomliggande faktorer. Om betygen i NPE ska användas till att utvärdera vårdgivare och jämföra hur väl de lyckas med sitt uppdrag i primärvården är det relevant ifall vårdgivare kan påverka vilket betyg de får. Idealt ska aktörer endast hållas ansvariga för sådant som de själva kan påverka. I sammanhanget är det dock viktigt att poängtera att det finns många variabler som kan förklara upplevd kvalitet vilka inte ingår i de analyser som redovisats i detta kapitel. Exempelvis saknas helt variabler som speglar hur kompetent eller motiverad personalen är. När det gäller ägandeform saknas också en variabel som speglar om verksamheten bedrivs i vinstsyfte eller inte. De relativt låga förklaringsvärdena visar också att det finns många andra variabler som förklarar nivån på patientupplevd kvalitet utöver de som redovisas här. De variabler som ingår i analyserna valdes utifrån tillgängliga registerdata.

Vårdgivare har små möjligheter att påverka egenskaper hos den listade befolkningen. Att utvärdera mottagningar med olika förutsättningar vad gäller socioekonomi bland listade individer kan därför framstå som orättvist för mottagningar med hög socioekonomisk tyngd. Å andra sidan kan man betrakta de lägre betygen i socioekonomiskt svaga områden som ett resultat av att mottagningar med sådan lokalisering inte anpassat sin verksamhet till givna förutsättningar. Oavsett vilket är det viktigt att beakta att den medicinska kvaliteten inte nödvändigtvis avspeglas i den patientupplevda kvaliteten. Vårdgivare som tillhandahåller exakt samma innehåll och medicinsk kvalitet vid ett besök kan ändå få olika betyg i

NPE beroende på skillnader i patienternas förväntningar samt deras kunskap om och förutsättningar för att ta till sig information om sin sjukdom och om behandlingsalternativ. Detta pekar på något som vårdgivare kan arbeta med, nämligen att förbättra sitt bemötande av patienter. Medan 83 procent av alla tillfrågade svarade »Ja, helt och hållet« på frågan om de blev bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt, var det bara 56 procent som svarade på samma sätt på frågan om de fick tillräcklig information om sitt tillstånd i NPE i primärvården 2010 för hela landet. I figur 5.2 och 5.3 går det också att utläsa att patienter bedömer kvaliteten på information lågt i relation till många andra aspekter av upplevd kvalitet för hela perioden 2009–2013 i Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Vårdgivare har också svårt att påverka antalet listade vid mottagningen eftersom de enligt regelverken i landsting och regioner inte får säga nej till individer som vill lista sig. Därför kan det vara svårt att påverka sämre betyg förknippat med många listade. För större mottagningar verkar det viktigt att hitta vägar för att uppnå god kontinuitet i kontakten med patienter. För frågan om kontinuitet hade andel besök hos läkare störst betydelse för upplevd kontinuitet för läkarbesök, medan storlek på mottagningen hade störst betydelse för besök hos sjuksköterska. Vidare fick enskilda mottagningar bättre betyg för kontinuitet jämfört med både offentliga och privata mottagningar som ingår i en större vårdkedja.

Resultatet att mindre mottagningar fick bättre omdömen för patientupplevd kvalitet kan sannolikt kopplas samman med att sådana mottagningar blir mer personliga i sitt bemötande av patienter eftersom färre personer är involverade. Samtidigt kan det vara svårare för mindre mottagningar att ta ett samlat ansvar för behovet av öppenvård och koordinering av insatser från olika vårdgivare. Ett sätt för större mottagningar att uppnå samma »smådriftsfördelar« som mindre mottagningar har, kan vara att dela upp verksamheten i mindre delar genom att etablera filialer, vilket också görs i viss utsträckning. Att etablera filialer kan, som tidigare nämnts, också åtminstone delvis avhjälpa en sämre tillgänglighet och valfrihet i glesbefolkade områden.

Något som vårdgivare i större utsträckning kan påverka är hur de fördelar arbetet mellan personalkategorier. Dock finns det flera anledningar till att fortsätta ersätta läkarbesök med besök hos andra personalkategorier – inte minst mot bakgrund av bristen på läkare med allmänmedicinsk kompetens i Sverige. Detta har länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård med konsekvenser för patienter och vårdgivare i primärvården. För att avhjälpa problem med vakanser har många mottagningar haft vi-

kariat samt använt sig av hyrläkare (stafettläkare). Detta leder i sin tur till negativa konsekvenser som sämre kontinuitet gentemot patienter samt organisatoriska problem och höga personalkostnader.⁸¹ Om besök hos läkare kan kompletteras och ersättas av besök hos sjuksköterskor och andra yrkesgrupper kan läkare ägna sin tid åt patienter med allvarigare problem. Detta leder till bättre resursutnyttjande generellt sett samtidigt som olika yrkesgrupper, inklusive läkare, ges möjligheter till utveckling och specialisering.

I det sammanhanget har också den stora andelen fast ersättning som tillämpas i de flesta landsting och regioner en fördel eftersom den ger mottagningar stor frihet att pröva nya arbetsformer. Ett alternativ hade varit att ersätta mottagningar per besök och då med olika belopp för besök hos läkare och besök hos andra personalkategorier. Sambandet mellan högre andel av alla besök hos läkare och betyg i NPE tyder dock på att individer inte upplever detta som att kvaliteten på vården främjas. När läkarbesök byts ut mot möten med andra personalkategorier måste vårdgivare därför hitta nya vägar för att skapa trygghet hos patienter.

81. Rehnberg (2014).

6.

Konflikt mellan patientupplevd kvalitet och andra mål?

Målkonflikter är ett ständigt närvarande problem i sjukvården. Liksom för övriga delar av hälso- och sjukvården finns det en rad mål förknippade med god primärvård, utöver att den patientupplevda kvaliteten ska vara så hög som möjligt. Det finns ingen enkel lösning på hur vården ska organiseras för att garantera rättvis tillgång till vård samtidigt som mål relaterade till effektivt använda resurser, god kvalitet och kostnadskontroll måste uppnås.⁸² I detta kapitel diskuteras potentiella målkonflikter i primärvården. Fokus ligger främst på produktivitet och patientupplevd kvalitet. Inledningsvis lyfts exempel på olika potentiella målkonflikter fram. Sedan presenteras övergripande resultat från, i sammanhanget, relevanta svenska studier. Därefter presenteras och diskuteras mer ingående resultaten från studier vi har gjort av produktivitet och patientupplevd kvalitet baserade på data från Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland.

Blir målkonflikterna tydligare i ett vårdvalssystem?

I ett vårdvalssystem kan man tänka sig att målkonflikter blir än mer påtagliga för vårdgivare eftersom de utkrävs ansvar av både sina huvudmän

och sina patienter. Mottagningar måste tillhandahålla tjänster som motsvarar enskilda individers krav och förväntningar så att dessa inte väljer en annan mottagning. Samtidigt måste huvudmännens krav på åtagande och kompetens uppfyllas för att man inte ska riskera att förlora sin ackreditering eller mista delar av sin ersättning. Huvudmän står för finansieringen och måste säkerställa att den medicinska kvaliteten är hög samt att de resurser som fördelas till mottagningar används på bästa sätt i ett befolkningsperspektiv. Prestationer och resultat måste således sättas i relation till tilldelade resurser när man följer upp och utvärderar mottagningar. Det övergripande ansvaret för att resurserna används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt ligger alltid hos huvudmännen och inte hos enskilda individer. Enskilda individers ansvarsutkrävande handlar om att aktivt välja en mottagning som bäst motsvarar ens behov och förväntningar – att stanna kvar om man är nöjd och att byta om man är missnöjd. Den bedömningen utgår mer från aspekter som har att göra med individuella preferenser kring tillgänglighet och bemötande. Detta är aspekter som patienter kan observera i sitt möte med vården och som mäts i NPE.

Det bästa sättet att bedriva primärvård för att uppnå mål kopplade till individuella preferenser behöver inte motsvara det bästa sättet för att uppnå mål kopplade till huvudmännens krav på verksamheten och dess resultat. Det kan finnas motstridiga krav när verksamheten på en mottagning i primärvården organiseras, åtminstone ur teoretisk synvinkel. Det bästa sättet att arbeta på för att uppnå lyhördhet och kontinuitet gentemot patienter behöver inte motsvara det bästa sättet att arbeta på för att uppnå hög produktivitet, medicinsk kvalitet och jämlik tillgång till vård:

- Ett exempel är att mindre mottagningar verkar ha bättre förutsättningar att få nöjda patienter och därmed bättre betyg i NPE. Mindre mottagningar tycks alltså ha »smådriftsfördelar« när det gäller att tillhandahålla en primärvård som motsvarar patienternas förväntningar. Å andra sidan kan större mottagningar ha stordriftsfördelar när det gäller att tillhandahålla en primärvård som uppfyller mål om balanserad ekonomisk risk, kostnadseffektivitet och produktivitet.
- Ett andra exempel är att mottagningar där en hög andel av alla besök sker hos läkare har bättre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet. Samtidigt kan det vara svårare att uppnå goda medicinska resultat, god produktivitet och ekonomisk balans om man inte låter patienterna träffa olika personalkategorier.
- Ett tredje exempel är att mottagningar lokaliserade i socioekonomiskt tunga områden har sämre förutsättningar att uppnå hög

patientupplevd kvalitet. Men om mottagningar inte etablerar sig i sådana områden kan det i sin tur ge sämre möjligheter för befolkningen att få jämlik tillgång till vård.

- Ett fjärde exempel är att när vårdgivare förväntas konkurrera om att få individer att lista sig vid deras mottagning kan det finnas en risk att man försöker attrahera nya patienter – eller behålla befintliga patienter – genom att erbjuda tjänster som inte är ändamålsenliga. Sådana farhågor fanns när vårdvalsreformen infördes, exempelvis att antibiotikaförskrivningen skulle öka.

Vad vet vi om fördelningen av primärvård i befolkningen?

Tillgängligheten har på en övergripande nivå förbättrats sedan vårdvalet infördes. Fler besöker primärvården och besöken per individ i genomsnitt har också ökat. Kunskaper om hur primärvården fungerar för grupper av individer med olika förutsättningar är däremot begränsade. Det saknas i stor utsträckning information på individnivå om innehåll i besök och om vem som uppsöker vården oftare än andra. Det gör det svårt att analysera hur fördelade resurser kommer olika grupper till del.⁸³ Detta gäller i synnerhet analyser på nationell nivå. I enskilda landsting och regioner finns det ofta bättre möjligheter att göra mer djupgående analyser baserade på information som samlas in på lokal eller regional nivå.

Studier enligt information från Stockholms läns landsting, Region Skåne och landstinget i Östergötland visar att den ökade volymen av besök i primärvården sedan vårdvalet infördes har kommit alla grupper i befolkningen till del. I de analyser som gjorts har man överlag inte kunnat påvisa att en ökning i vårdkonsumtion hos vissa grupper skett på bekostnad av en minskning i andra grupper.⁸⁴ Däremot har studierna visat att antalet läkarbesök per individ ökat mer för befolkningen som helhet än i grupper med stora behov baserade på vårdtyngd (diagnoser) och socioekonomi. För Stockholms del visar en analys av individdata från 2009 och 2010 att personer med låg inkomst har ökat sin konsumtion i mindre utsträckning än personer med högre inkomst.⁸⁵ De studier som har gjorts om primärvårdens fördelning mellan olika socioekonomiska

83. Glennyård (2013a); Vårdanalys (2014a); Anell (2013).

84. Vårdanalys (2013a); Dahlgren m.fl. (2013).

85. Dahlgren m.fl. (2013).

grupper visar dock inga entydiga resultat utan detta område behöver fortsatt studeras.⁸⁶ När det gäller behov baserade på vårdtyngd visas i en rapport från Vårdanalys⁸⁷ att allmänheten i stort har ökat sin konsumtion mer än individer med hög vårdtyngd, särskilt i Region Skåne. För denna region visar också andra studier att antalet besök ökat mer i befolkningen i stort än i grupper med stora vårdbehov.⁸⁸ I en genomgång av Riksrevisionen från 2014 presenteras också analyser som indikerar att en viss undanträngning av personer med stora behov har skett i Region Skåne vad gäller läkarbesök.⁸⁹ Att dessa resultat är tydligare i Region Skåne än i Stockholms läns landsting kan åtminstone delvis bero på skillnader i ersättningsystem. Man kan tänka sig att individer med stora vårdbehov får längre besök i Skåne där ersättningen till stor del är fast per listad individ, medan individer i Stockholm med stora vårdbehov får fler besök där ersättningen till stor del är rörlig och kopplad till just antal besök.⁹⁰ En annan förklaring kan vara att individer med stora vårdbehov i Region Skåne före vårdvalet hade bättre tillgång till primärvård än vad befolkningen i stort hade och att tillgängligheten i stort nu har förbättrats. Det kan också vara så att fysiska läkarbesök kompletteras med andra typer av kontakter eller besök hos andra personalkategorier.

Vad vet vi om den potentiella konflikten mellan kvalitet och produktivitet?

Sammantaget tyder de studier och genomgångar som har gjorts på att kostnadskontrollen generellt sett varit god vid genomförandet av vårdvalsreformen, enligt en rapport från 2012 som tagits fram vid Uppsala universitet av Ulrika Winblad och medförfattare.⁹¹ Över lag har reformen inte ökat primärvårdens kostnader i förhållande till de totala sjukvårdskostnaderna. Däremot går det inte att dra några slutsatser om huruvida vårdvalet lett till en effektivare vård. Författarna konstaterar att det behövs fler utvärderingar av konsekvenser för kostnader och effektivitet.

86. Janlöv och Rehnberg (2011); Rehnberg (2014); Dahlgren m.fl. (2013); Fredriksson (2012); Ekström, Holmberg och Karlsson (2013); Beckman och Anell (2013a), (2013b).

87. Vårdanalys (2013a).

88. Beckman och Anell (2013a), (2013b).

89. Riksrevisionen (2014).

90. Anell (2013).

91. Winblad, Isaksson och Bergman (2012).

Också i en rapport från Sveriges läkarförbund från 2014 belyses hur primärvårdens kostnader och produktion utvecklats innan och i samband med att vårdvalet infördes.⁹² Där konstateras att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader inte har förändrats det senaste decenniet. Primärvårdens andel av landstingens totala kostnader är relativt oförändrad och ligger runt 18 procent. Andelen varierar över landet från 15 procent (Gotland) till 22 procent (Norrbotten). Flera av de landsting och regioner som har en relativt stor andel av hälso- och sjukvårdens utgifter i primärvården ligger i glest befolkade delar av landet, men mönstret är inte entydigt. Samtidigt som primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens utgifter legat konstant har primärvårdens andel av läkarbesöken ökat. Slutsatsen som Sveriges läkarförbund drar i rapporten är att gapet mellan primärvårdens resurser och dess uppdrag ser ut att ha förstärkts. Det kan också tolkas som att produktiviteten i primärvården har ökat, vilket har visats i andra studier av enskilda landsting.⁹³

Professor Clas Rehnberg och kollegor vid den hälsoekonomiska forskargruppen vid Medical Management Centre vid Karolinska Institutet har gjort flera studier med beräkningar av produktivitet baserade på metoden Data Envelopment Analysis (DEA), där antalet vårdkontakter har relaterats till kostnader i primärvården.⁹⁴ Metoden är i praktiken ett sätt att mäta teknisk effektivitet. Förmågan för en mottagning att producera en maximal mängd output (till exempel besök eller andel nöjda patienter) givet en viss mängd input eller resurser (till exempel pengar) beräknas.⁹⁵ Resultaten visar att produktiviteten varierar mellan landsting och regio-

92. Sveriges läkarförbund (2014).

93. Se till exempel Janlöv och Rehnberg (2011).

94. Janlöv och Rehnberg (2011); Rehnberg (2014); Dahlgren m.fl. (2013).

95. DEA kan användas för att beräkna och jämföra relativ effektivitet mellan olika produktionsenheter. Det finns två övergripande sätt att undersöka om en produktionsenhet skulle kunna använda sina resurser på ett mer effektivt sätt. Antingen kan man studera om en enhet skulle kunna prestera mer med befintliga resurser (output-orienterad DEA-modell) eller så kan man studera om en enhet skulle kunna prestera på samma nivå med mindre resurser (input-orienterad DEA-modell). I det här fallet används en output-orienterad modell. Utgångspunkten blir då att det finns ett intresse att prestera så mycket som möjligt med givna resurser snarare än att producera det man gör med mindre resurser i primärvården. För att kunna jämföra enheter skapas ett index där alla enheter ges ett värde mellan noll och ett. Värdet ett betyder att enheten producerar mest tekniskt effektivt i relation till de andra enheterna som ingår i analysen. Ett värde som är mindre än ett indikerar att enheten har en förbättringspotential i relation till den tekniskt sett mest effektiva produktionen.

ner både före och efter införandet av vårdval. För riket som helhet ligger produktiviteten på en oförändrad nivå. Det tycks vara svårt att härleda förändringar till införandet av vårdval i primärvården. Stockholms läns landsting, med en relativt sett stor andel rörlig ersättning kopplad till besök, uppvisar en mer positiv produktivitet utveckling än övriga landsting och regioner. I Region Skåne, där den rörliga ersättningen kopplad till besök är obefintlig, tycks produktiviteten, mätt som antal vårdkontakter i relation till kostnader, snarare ha minskat. För Region Halland, där den rörliga andelen ersättning också är obefintlig, visar dock trenden att produktiviteten har ökat. Rehnberg (2014) konstaterar sammanfattningsvis att det är svårt att härleda förändringar i produktivitet mellan landsting och regioner till egenskaper hos vald primärvårdsmodell.

Clas Rehnberg och kollegor har också studerat den potentiella konflikten mellan produktivitet och patientupplevd kvalitet i Sverige baserat på data från Stockholms läns landsting. I en studie från 2011, som bygger på DEA-analys, framgick att det inte fanns några motsättningar mellan hög produktivitet, mätt som kostnader per kontakt, och hög kvalitet, baserad på betyg i NPE i relation till kostnader. Inte heller fanns det några signifikanta skillnader i produktivitet eller kvalitet mellan privata och offentliga mottagningar.

Att det företrädesvis är beräkningar av produktivitet uttryckt som teknisk effektivitet som har gjorts hänger samman med vilka data som finns att tillgå. Studier av hur resurser i primärvården används är begränsade av att andra data än »pinnstatistik« är svåra att få tag i. Generellt är det en brist i studier av effektivitet i primärvården (liksom i övrig hälso- och sjukvård) att data som beskriver vad mottagningar presterar är bristfälliga. I stor utsträckning är man i sådana studier utlämnad till att mäta antalet vårdkontakter i relation till kostnader. Eftersom det saknas information om innehåll och längd i besök, medicinska resultat av insatser samt besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen, handlar analyserna ofta enbart om vårdkontakter i relation till tilldelade resurser. Vidare gör skillnader i primärvårdsmodeller att det ofta finns bättre förutsättningar att studera enskilda landsting och regioner. På den nivån finns det dessutom ofta bättre möjligheter att göra mer djupgående analyser då man inte är hänvisad till vad som finns tillgängligt i nationella register utan även kan använda information som samlas in i lokala eller regionala register.

Alla 401 mottagningar som fanns i de tre regionerna hösten 2010 ingick i studierna: 149 i Region Skåne, 204 i Västra Götalandsregionen och 48 i Region Halland. Vi använde två datakällor: Information om upplevd kvalitet för respektive mottagning hämtades från NPE i primärvården från hösten 2010. Information om mottagningars egenskaper och vilka individer som är listade på mottagningarna hämtades från register i de tre regionerna. Analyserna gjordes i tre steg:

1. Först skattade vi ett produktivetsmått och ett kvalitetsmått bland mottagningar i primärvården med hjälp av DEA-analys. Två DEA-modeller analyserades för detta syfte. Den första är en enkel produktivetsmodell där producerade besök hos läkare och andra yrkeskategorier analyserades i relation till utbetalda belopp till mottagningar. I den andra modellen analyserades produktivitet med hänsyn till hur stor andel nöjda patienter man lyckades uppnå bland mottagningarna i relation till utbetalda belopp per listad. Fem frågor från NPE-mätningen 2010 inkluderades i analyserna: uppfattningar om delaktighet, bemötande, information och om man skulle rekommendera mottagningen till andra samt kontinuitet. Resultaten från analyserna presenteras som ett index mellan noll och ett där ett högre värde indikerar en bättre produktivitet.
2. Sedan analyserade vi om det fanns någon motsättning mellan hög produktivitet (høgt värde på produktivetsmättet) och hög kvalitet (høgt värde på kvalitetsmättet), med hjälp av korrelationsanalys.
3. I ett sista steg skattade vi sambandet mellan hög produktivitet respektive hög kvalitet och ett antal bakomliggande faktorer med hjälp av regressionsanalys. Med bakomliggande faktorer avses tre typer av variabler:
 - Egenskaper för marknaden/konkurrenssituationen (två variabler): om mottagningen är nyetablerad samt om det skett nyetableringar i den kommun där mottagningen är lokaliserad.
 - Egenskaper hos mottagningarna:
 - A. Lokalisering (en variabel): om mottagningen ligger i storstad.
 - B. Organisatoriska faktorer (tre variabler): storlek mätt som antal listade, besöksfrekvens mätt som genomsnittligt antal besök per listad och andel läkarbesök av alla besök.
 - C. Hur väl man lyckas ta ett brett ansvar för sina listade (två variabler): täckningsgrad mätt som andelen av alla besök i öppenvården som sker i primärvården bland listade individer och följsamhet, mätt som andel av alla besök i primärvården bland listade individer som sker där individen är listad.
 - D. Typ av ägare (tre variabler): privat/offentlig, enskild privat ägare och vårdkedja.
 - Egenskaper hos listade individer (tre variabler): vårdtyngd bland listade individer mätt som genomsnittligt ACG-värde och socioekonomisk tyngd bland listade individer, där hög tyngd definierades som den femtedel mottagningar med høgst genomsnittligt CNI inom respektive region (Region Skåne och Västra Götalandsregionen) samt åldersfördelning bland listade (Region Halland).

Ruta 6. Tillvägagångssätt i studierna om produktivitet.

Studier av patientupplevd kvalitet och produktivitet i tre regioner

Liknande resultat som de som redovisats för Stockholms läns landsting framkommer i studier där vi har analyserat data från Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland på ett likartat sätt.⁹⁶ Analyserna av potentiella motsättningar mellan hög produktivitet och hög kvalitet baseras på svaren från NPE 2010 och alla mottagningar i de tre regionerna inkluderades. I ruta 6 redovisas hur studierna gjordes.

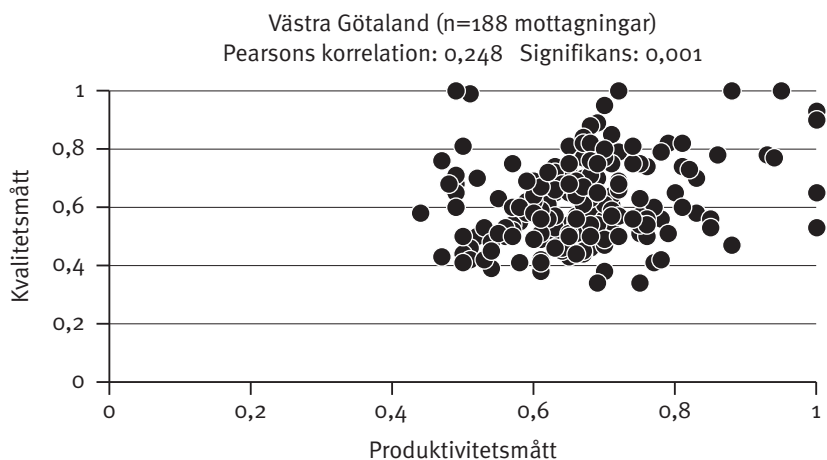
Resultaten var likartade i de tre regionerna. I figurerna 6.1–6.3 visas resultaten för mottagningarna i respektive region. Varje mottagning motsvarar en punkt. På x-axeln visas produktivetsmättet. Varje mottagning har ett värde mellan noll och ett för produktivetsmättet. De mottagningar som har värdet ett ligger på fronten. För produktivetsmättet innebär att ligga på fronten att ingen annan mottagning i urvalet producerar fler besök i förhållande till totalt utbetalt belopp till vårdgivarna. Som framgår av figurerna är det få mottagningar som ligger på fronten. Det indikerar att det finns en stor potential till produktivetsökning bland flertalet mottagningar.

På y-axeln visas kvalitetsmättet, och varje mottagning har också här ett värde mellan ett och noll. De mottagningar som har värdet ett ligger på fronten. För kvalitetsmättet innebär att ligga på fronten att ingen annan mottagning i urvalet har bättre betyg i NPE i förhållande till utbetalt belopp per listad individ. Som figurerna visar finns det även här en stor spridning mellan mottagningarna.

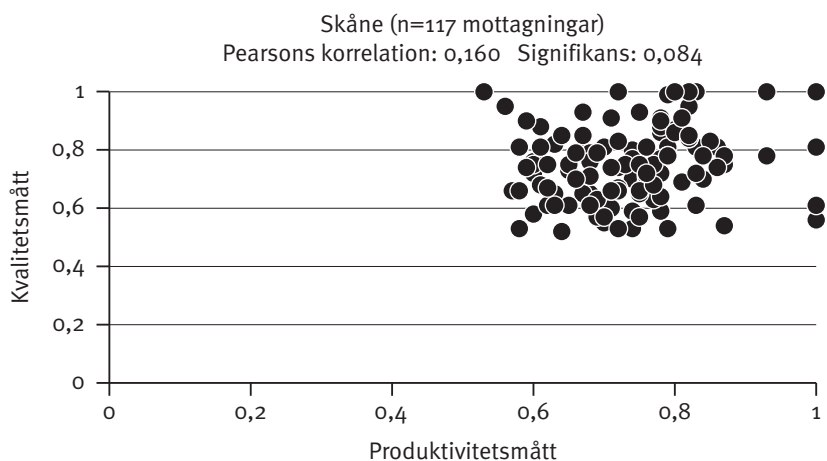
Förutom att figurerna visar att det är en stor spridning mellan mottagningarna, tydliggör de att det inte råder någon motsättning mellan hög produktivitet och hög kvalitet. Mottagningar som ligger på fronten enligt produktivetsmättet återfinns såväl nära som långt ifrån fronten för kvalitetsmättet. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen finns däremot en tendens till positiv korrelation mellan de båda måtten. Denna tendens tyder på att mottagningar som presterar väl när man mäter produktivitet även presterar väl när man mäter kvalitet. Den positiva korrelationen är dock statistiskt signifikant endast i Västra Götalandsregionen. I Region Halland är antalet mottagningar få, vilket betyder att resultaten blir mer osäkra och mer svårtolkade än för Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Med denna försiktighet i åtanke är det dock värt att notera att

96. Glenngård (2013b); Glenngård och Anell (2012a).

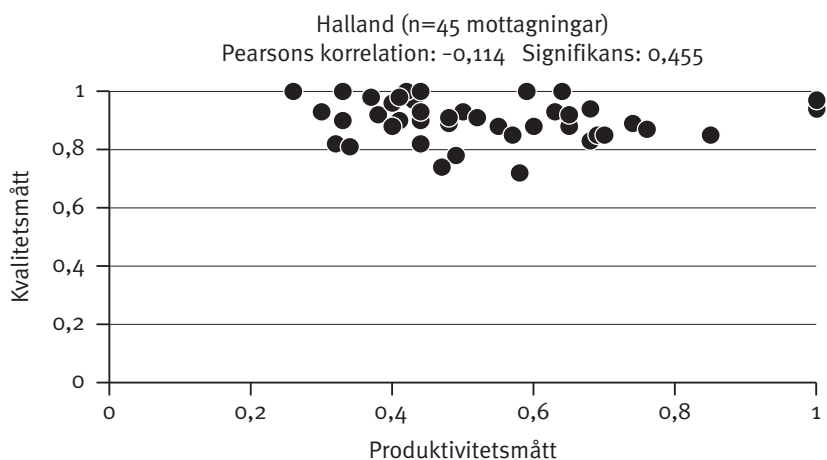
Figur 6.1. Produktivitetensmätt och kvalitetsmätt (DEA-produktivitetensmodeller) för Västra Götalandsregionen. Källa: Glengård och Anell (2012a).



Figur 6.2. Produktivitetensmätt och kvalitetsmätt (DEA-produktivitetensmodeller) för Region Skåne. Källa: Glengård och Anell (2012a).



Figur 6.3. Produktivitetensmätt och kvalitetsmätt (DEA-produktivitetensmodeller) för Region Halland. Källa: Glengård och Anell (2012a).



betygen från NPE indikerar att kvaliteten bland mottagningar i Region Halland generellt uppfattas som mycket god.

Stor spridning och ingen konflikt mellan måtten

På en övergripande nivå visar resultaten att det finns en stor variation i hur väl mottagningarna lyckas leverera besök och andel nöjda patienter i relation till utbetalda belopp. Vidare framgår att det på en övergripande nivå inte finns någon motsättning mellan att producera en stor volym av besök och att ha en stor andel nöjda patienter. Mottagningar som får ett värde nära eller på fronten för produktivitetmåttet kan få värden såväl nära som långt ifrån fronten för kvalitetsmåttet. Dessa resultat ligger väl i linje med resultat från studien i Stockholms läns landsting – detta trots att ersättningsmodellerna skiljer sig åt. I Stockholms läns landsting är en stor andel av ersättningen till mottagningar rörlig och baseras på producerade besök. I de tre regionerna som analyseras här utgörs nästan hela ersättningen av fast kapitationsersättning och ingen ersättning kopplad till besök bland listade individer utgår till mottagningarna. Dessa skillnader innebär i teorin att mottagningar i Stockholm i högre utsträckning ges incitament till att producera fler besök än mottagningar i Skåne, Halland och Västra Götaland.

En positiv korrelation mellan produktivitet- och kvalitetsmått indikerar att mottagningar som presterar väl i produktivitet presterar väl också i patientupplevd kvalitet. En tänkbar förklaring är att de mottagningar som är duktiga på en sak också är duktiga på andra saker – man presterar över lag bra eller dåligt. En annan förklaring hänger samman med hur resurser fördelas. I Region Skåne och i Västra Götalandsregionen riskjusteras den fasta kapitationsersättningen utifrån förväntat behov av primärvård baserat på vårdtyngd (mätt med ACG) och socioekonomisk tyngd (mätt med CNI) bland listade individer. I Region Halland sker motsvarande riskjustering med hänsyn till ålder bland de listade, där äldre förväntas ha större behov av primärvård. Kännetecknen för de mottagningar som ligger nära eller på fronten är i Region Skåne och Västra Götalandsregionen låg genomsnittlig socioekonomisk tyngd och låg genomsnittlig vårdtyngd, och i Region Halland låg andel äldre. De mottagningar som ligger nära fronten och alltså kännetecknas av hög produktivitet är alltså mottagningar som får liten eller ingen extra ersättning kopplad till socioekonomi och vårdtyngd för sina listade individer. Detta resonemang utvecklas vidare i de kommande avsnitten.

Produktivitet varierar med hänsyn till flera faktorer

I ett sista steg i produktivetsstudierna analyserades variation i de båda måtten med hänsyn till bakomliggande faktorer. Resultaten från dessa analyser tyder på att produktivitet bland mottagningar i primärvården varierar med hänsyn till flera faktorer. Dessa kan delas in två grupper:

- Variation med hänsyn till volym av tjänster: Produktionsvolym samvarierade negativt med kvalitetsmättet men positivt med produktivetsmättet. Detta resultat är intressant med tanke på den potentiella målkonflikten mellan å ena sidan att patienter på små mottagningar tenderar att vara mer nöjda och å andra sidan att det kan vara lättare att uppnå en ekonomi i balans på större mottagningar.
- Variation med hänsyn till den listade befolkningen och principer för ersättning: En hög genomsnittlig socioekonomisk tyngd och hög genomsnittlig vårdtyngd bland listade individer var förknippade med ett signifikant lägre utfall vad gäller både kvalitets- och produktivetsmättet i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Detta resultat är intressant med tanke på att den fasta kapitationsersättningen riskjusteras utifrån förväntat behov av primärvård baserat på vårdtyngd och socioekonomisk tyngd i de studerade regionerna. På samma sätt var hög ålder förknippade med lägre utfall i Region Halland där denna parameter används för att justera ersättning till mottagningar.

Produktivitet varierar med hänsyn till volym av tjänster

Flera faktorer som speglar volymen producerade tjänster bland mottagningar samvarierade alltså negativt med kvalitetsmättet men positivt med produktivetsmättet. En sådan faktor är antal besök per listad individ. En förklaring kan vara att många besök leder till att varje besök blir kortare och att patienterna då blir mindre nöjda eftersom de inte ägnas lika mycket tid och uppmärksamhet. Samtidigt leder många korta besök till att produktivitet mätt som antal producerade besök i relation till utbetalda belopp blir hög. En annan faktor är följsamhet, som avser hur många besök i primärvården som sker på den mottagning där patienten är listad.

En tänkbar förklaring till att hög följsamhet samvarierade negativt med kvalitetsmättet är att en hög följsamhet kan återspegla att individer inte har några alternativ att välja mellan. Känslan av att inte kunna välja på grund av få alternativa mottagningar skulle kunna påverka den upplevda kvaliteten på vården negativt, oavsett vad som sker vid besöket.

Andra faktorer som återspeglar volymen av tjänster samvarierade enbart (positivt) med produktivetsmättet. En hög andel besök av patienter som inte är listade på mottagningen hade ett positivt samband. Också många listade individer, hög täckningsgrad och hög följsamhet bland listade hade ett positivt samband med produktivetsmättet. Hög täckningsgrad avser hur stor andel av alla besök i öppenvården som sker i primärvården. Dessa resultat bekräftar delvis antaganden om att det finns stordriftsfördelar med att tillhandahålla en primärvård som uppfyller mål om balanserad ekonomisk risk, kostnadseffektivitet och produktivitet. Den ersättningsmodell som tillämpas i de studerade regionerna – en stor andel fast kapitationsersättning och ett omfattande kostnadsansvar för listade individer – premierar större enheter. Stora mottagningar kan ha lättare att balansera den ekonomiska risk som är förknippad med omfattande kostnadsansvar för listade individer med stora behov. För att på ett bra sätt kunna tillhandahålla en bredd i tjänster är en tillräckligt stor besöksvolym också en förutsättning. Exempelvis måste man beakta om det finns tillräckligt många patienter med diabetes listade vid mottagningen när man bedömer om det är värt den extra kostnaden med att anställa en diabetessjuksköterska.

Produktivitet varierar med hänsyn till egenskaper bland listade och fördelning av resurser

En hög socioekonomisk tyngd och en hög vårdtyngd var förknippade med ett signifikant lägre utfall både när det gäller kvalitetsmättet och produktivetsmättet bland mottagningar i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Resultatet stämmer delvis överens med tidigare studier. Exempelvis visades i tidigare analyser baserade på data i NPE från Region Skåne och Västra Götalandsregionen att mottagningar som har en genomsnittligt hög socioekonomisk tyngd bland sina listade individer får sämre betyg i NPE.⁹⁷ Å andra sidan visades i samma studie att samban-

97. Glenngård och Anell (2012b); Glenngård (2012).

det mellan mottagningars betyg och genomsnittlig vårdtyngd bland listade patienter var det omvända. Mottagningar med en genomsnittligt hög vårdtyngd bland listade individer fick bättre betyg i NPE. I studien sattes resultaten i NPE inte i relation till kostnader.

Den fasta kapitationsersättningen riskjusteras i såväl Västra Götalandsregionen som Region Skåne utifrån hur listade individer förväntas utnyttja primärvården baserat på socioekonomiska förutsättningar (CNI) och sjuklighet (ACG). Enligt de studier som redovisas här leder de extra resurser som tilldelas mottagningar med hög CNI och ACG inte till motsvarande större produktion av besök. Det behöver inte betyda att den extra resurstilldelningen är ineffektiv; de genomsnittliga besöken för mottagningar med hög ACG respektive CNI kan vara längre. Besöken av fler vårdtunga kan också leda till större krav på andra insatser, till exempel medicinsk service. Utan kompletterande data som beskriver besökens innehåll går det därför inte att dra några slutsatser om huruvida mottagningar med hög ACG respektive CNI bland listade individer är sämre eller bättre än andra mottagningar i genomsnitt på att använda sina tilldelade resurser. Det är en stor brist i både denna och andra studier av primärvårdens produktivitet att det saknas data som bättre beskriver vad mottagningar presterar.

Enligt resultaten i de redovisade studierna leder inte heller extra resurstilldelning baserade på ACG och CNI till motsvarande ökad andel nöjda patienter. Detta är heller inte syftet med att fördela mer resurser till mottagningar som har högre förväntat behov av primärvård baserat på vårdtyngd och socioekonomiska förutsättningar. Att riskjustera den fasta ersättningen med hänsyn till socioekonomiska förutsättningar bland listade individer är ett sätt att kompensera mottagningar för ett större förväntat behov av framför allt förebyggande insatser i primärvården. Det är däremot inte givet att fler förebyggande insatser genererar en större andel nöjda patienter. Förehållandet skulle kunna vara det motsatta, beroende på hur de förebyggande insatserna erbjuds och genomförs. Det kanske inte alls finns något intresse bland berörda individer att delta i exempelvis hälsoinriktade samtal. De kanske har andra preferenser och efterfrågar andra insatser. Resultatet av förebyggande insatser syns dessutom på längre sikt, vilket förutsätter långsiktiga uppföljningar. En analys av produktivitetsskillnader mellan mottagningar med olika ersättning baserad på socioekonomiska förutsättningar kräver därför delvis en annan metod än den som redovisats här.

Variation i produktivitet och uppföljning av vårdgivare

När det gäller uppföljning av vårdgivare från huvudmännens sida är resultatet att produktivitet i primärvården varierar med hänsyn till genomsnittliga CNI och ACG bland mottagningar intressant. Detta i synnerhet som studierna gjordes med data från Region Skåne och Västra Götalandsregionen. I båda dessa regioner används genomsnittliga ACG och CNI som underlag för fördelningen av pengar till mottagningar. På samma sätt fanns det ett negativt samband mellan produktivitet och andel listade individer över 65 år i Region Halland, vilket är den variabel som används där för att fördela extra resurser baserade på förväntat större behov. Eftersom individer med hög vårdtyngd, mätt som ACG, och socioekonomiskt utsatt position, mätt som CNI, förväntas ha ett större behov av primärvård kompenseras mottagningar enligt dessa parametrar. De extra resurser som tilldelas mottagningar med höga ACG och CNI leder enligt analyserna i studien inte till motsvarande större produktion av besök eller högre andel nöjda patienter. Dock innebär inte detta att den extra resurstilldelningen är att betrakta som ineffektiv eller att vårdgivare inte använder de extra resurserna som det var tänkt. I frånvaro av information som beskriver de insatser som görs vid besöken, samt vilka resultat dessa leder till, kan man inte dra några slutsatser om huruvida mottagningar med hög ACG respektive CNI bland listade individer är sämre eller bättre än andra mottagningar i genomsnitt på att använda sina tilldelade resurser. Skillnader i resultat som orsakas av besökens längd eller karaktär beaktas inte i jämförelsen, eftersom det inte finns någon sådan information tillgänglig. Vad som är en optimal verksamhetsmodell framgår därför inte av analyserna.

Genom en analys där man väger in kvalitativa aspekter kan en del av kritiken mot traditionella produktivitetmått bemötas. Att mäta kvalitet, såsom patientupplevd delaktighet, bemötande och kontinuitet i vården, är dock förknippat med större svårigheter än att mäta kvantitet såsom antal producerade besök. I studien användes information från NPE för att kvantifiera patientupplevd kvalitet. Ur huvudmännens synvinkel är dock inte syftet med en extra resurstilldelning – baserat på information om diagnoser och socioekonomi – att i första hand förbättra den patientupplevda kvaliteten. Andra aspekter av mottagningars medicinska kvalitet, som är svårare för enskilda patienter att bedöma i sitt möte med vården men som kan ha större kopplingar till resursförstärkningen utifrån sjuklighet och socioekonomi, beaktas inte.

Sammanfattningsvis framgår av de studier som redovisas här dels att det inte råder någon uppenbar konflikt mellan produktivitet och patientupplevd kvalitet, dels att ekonomisk kompensation för listade individer med hög förväntad vårdkonsumtion inte genererar motsvarande fler besök eller bättre patientupplevd kvalitet. Det går dock inte att dra några slutsatser om huruvida mottagningar använder extra resurser, som fördelas enligt förväntat större behov av primärvård i vissa grupper på ett tilltänkt sätt med den information som finns tillgänglig i register. Vanliga produktivitetmått räcker inte till för att utvärdera vad allokerade resurser används till, i synnerhet när det gäller extra resurser som fördelas enligt förväntat behov av primärvård i olika grupper.

Patientupplevd kvalitet och andra kvalitetsmål

Det kan också finnas en konflikt mellan patientupplevd kvalitet och andra kvalitetsmål. I samband med införandet av vårdvalsreformen fanns det farhågor om att konkurrens och förbättrad tillgänglighet skulle ske till priset av en överkonsumtion av vissa medicinskt icke motiverade tjänster. Det som enligt evidens är att betrakta som god medicinsk kvalitet behöver inte nödvändigtvis uppfattas som god kvalitet av enskilda patienter.

Ett exempel är det som diskuteras i de redovisade studierna om vad extra resurser enligt socioekonomiska förutsättningar används till och vilka värden dessa insatser genererar. Att fördela resurser för att kompensera vårdgivare för ett förväntat stort behov av förebyggande insatser hos vissa grupper hänger samman med mål kopplade både till rättvis tillgång till vård och till kvalitet i vården. Kvalitet handlar om hur ändamålsenliga insatserna är enligt professionen och patienterna själva, och avser vilka effekter olika insatser har på patienternas hälsa. Sådan kvalitet innefattar följsamhet till kliniska riktlinjer och kan beröra förebyggande insatser såsom kost, rökning och motion. Den typen av insatser behöver dock inte uppskattas av enskilda patienter eller stämma överens med deras önskemål.

Ett annat exempel är en restriktiv förskrivning av antibiotika som utifrån ett befolkningsperspektiv är att betrakta som god medicinsk kvalitet, eftersom en alltför generös förskrivning vid exempelvis öroninflammation kan leda till ökad antibiotikaresistens. Antibiotikaresistens har stora negativa effekter för befolkningen eftersom den innebär sämre möjligheter att behandla allvarliga infektioner. Enskilda patienter kan dock uppfatta att de bemöts med dålig kvalitet när ett läkarbesök inte

resulterar i ett recept på antibiotika som eventuellt skulle kunna förkorta den enskildes sjukdomsperiod. Rehnberg visar att utvecklingen har en nedåtgående trend, enligt data från Smittskyddsinstitutet om antibiotikaförsäljning i alla landsting/regioner under perioden 2008–2012.⁹⁸ Inget landsting och ingen region visar en ökning av antibiotikaförsäljning. Utvecklingen kan kopplas till myndigheters olika åtgärder för att minska förskrivningen. Att utvecklingen visar en nedåtgående trend kan tolkas som att vårdvalsreformen inte har påverkat arbetet med att minska antibiotikaförskrivningen i negativ riktning, inledande farhågor till trots. I en annan studie om antibiotikaförskrivning i samband med införandet av vårdval visas dock att förskrivningen ökade bland vårdgivare som inte hade kostnadsansvar för läkemedel i samband med reformen.⁹⁹

Fortsatta analyser behövs

Det behövs fortsatta studier av primärvårdens produktivitet. Ett antagande som görs när produktiviteten vid olika mottagningar jämförs är att alla mottagningar har likvärdiga förutsättningar att producera fler besök och att öka patientnöjdheten. Ett annat antagande är att de producerade besöken har samma värde. Olika förutsättningar för mottagningar och eventuella skillnader i värde, till exempel beroende på besökens längd eller karaktär, beaktas inte i jämförelsen. Som en konsekvens framgår det inte i de redovisade studierna vad som är en optimal verksamhetsmodell. Med kompletterande information om besökens längd och innehåll skulle ordningen mellan enskilda mottagningar när det gäller avstånd till produktivets- och kvalitetsfronten förmodligen ändras. En mottagning som producerar ett relativt sett lågt antal besök per utbetalt belopp kan tänkas producera relativt sett mer nytta för patienterna. Och mottagningar som kan styra sina besök till grupper av individer som drar stor nytta av primärvårdens insatser skulle få en bättre rankning.

Det behövs fler studier för att kunna säga något om potentiella konflikter mellan mål kopplade till patientupplevd kvalitet och andra mål i primärvården efter införande av vårdval. Också i detta syfte är det angeläget att ta fram information som kompletterar den som finns i register. Studier av produktivitet baserade på data i register är i stor utsträckning

98. Rehnberg (2014).

99. Fogelberg och Karlsson (2013).

begränsade till att analysera antalet vårdkontakter i relation till de resurser som gått till att producera kontakterna. Liten eller ingen möjlighet ges till att ta hänsyn till att innehållet vid de olika kontakterna kan variera mellan mottagningar.

Resultaten att vårdgivare med hög vårdtyngd (mätt med ACG) bland sina listade individer har signifikant sämre produktivitet är intressanta ur flera aspekter och kan tolkas på flera sätt. En tolkning är att huvudmännen inte får ut motsvarande fler besök i förhållande till de extra pengar som satsas på individer med många diagnoser. En annan tolkning är att längden och innehållet i de besök som görs av individer med hög vårdtyngd skiljer sig från besök av individer med en lättare sjukdomsbild. Vidare kan mottagningar som har ett högt ACG bland sina listade behöva lägga resurser på arbete kring patienten som inte fångas i statistik om kontakter, såsom samordning med andra vårdgivare. Utan information om innehåll i besök och om vem besöken kommer till del går det inte heller att dra några slutsatser om huruvida tillgången på vård är jämlik eller inte. Inte heller de andra studierna som har gjorts av primärvårdens fördelning mellan olika socioekonomiska grupper visar några entydiga resultat.¹⁰⁰

100. Vårdanalys (2014a).

7.

Avslutande diskussion

De studier och genomgångar av vårdvalsreformen som har gjorts tyder på att målen om ökad valfrihet och bättre tillgänglighet till stor del har uppnåtts. Det råder större osäkerhet om huruvida den ökade tillgängligheten fördelats i befolkningen på ett rättvist sätt och om reformen bidragit till högre kvalitet och effektivitet i primärvården. Reformen tycks inte ha löst problemen med kontinuitet i kontakten med patienter eller med samordning med övrig hälso- och sjukvård.

En övergripande slutsats i den här rapporten liksom i tidigare studier av svensk primärvård efter vårdvalet är att mer och bättre information behövs. En anledning är att människor behöver bra information för att göra välinformerade val. En annan anledning är att beslutsfattare ska kunna bedöma om reformen leder till önskade resultat. Det är därför angeläget att utveckla register där information om prestationer och resultat i primärvården samlas in.

Valfriheten och tillgängligheten för individer, mätt som avstånd till alternativa mottagningar och antal besök, har ökat sedan vårdval i primärvården infördes. Variationen i mottagningarnas utbud är dock liten. Det är få mottagningar som har valt att nischa sig. Det är svårt att säga någonting säkert om hur den ökade besöksvolymen har fördelats i befolkningen. De flesta nya mottagningarna har etablerats i storstadsområden där patientunderlaget är större. Vidare har tillgängligheten ökat mer i befolkningen över lag än bland grupper med förväntat stora behov. Detta gäller både behov som är kopplade till vårdtyngd och behov som är kopplade till socioekonomiska förutsättningar. Resultaten när det gäller socioekonomi är dock inte entydiga. Sammantaget är kunskapen om hur

primärvården fungerar för grupper med olika förutsättningar begränsad. Detta område behöver studeras vidare.

Andelen patienter som uppger att de har en fast läkarkontakt i Sverige är fortsatt lägre än i andra jämförbara länder. När det gäller samordning av vården är det mindre än 30 procent av de tillfrågade svenskarna som anser att primärvården alltid eller ofta hjälper till att koordinera vården med andra vårdgivare. Denna andel är betydligt lägre i Sverige än i jämförbara länder. Resultaten indikerar att det inte har skett några förbättringar på detta område sedan vårdval infördes.¹⁰¹

När det gäller vårdvalets effekt på kvaliteten i primärvården kan man göra två intressanta iakttagelser. Den ena rör den patientupplevda kvaliteten. Flera studier tyder på att det finns ett positivt samband mellan valfrihet i vården och individers uppfattningar om vårdens kvalitet. Det tycks finnas ett värde av valfrihet i sig för individer.

Den andra iakttagelsen gäller den medicinska kvaliteten. Man skulle kunna tänka sig att valfrihet har positiva effekter på den medicinska kvaliteten. Följsamheten till den behandling vårdgivaren och patienten kommit överens om borde kunna öka om patienten känner sig mer delaktig efter att faktiskt ha valt snarare än blivit tilldelad en vårdgivare. En bättre följsamhet kan i sin tur påverka de medicinska resultaten positivt. Kunskapen om konsekvenser för den medicinska kvaliteten enligt studier i svensk primärvård är dock begränsad, varför det inte går att dra några slutsatser om hur vårdvalet påverkar denna målsättning.

Kostnadskontrollen i svensk primärvård tycks vara god. Det finns flera studier som visar att produktiviteten har förbättrats sedan vårdvalet infördes. Primärvårdens andel av läkarbesöken har ökat, samtidigt som primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens utgifter har varit konstant. Tyvärr går det inte att göra en djupare analys av produktiviteten. Det är ännu svårare att säga något om hur effektiviteten i primärvården har utvecklats. Det beror på att det saknas information om besökens längd, innehåll och fördelning i befolkningen. Analyser av vårdens innehåll eller vilket värde den skapar för individer begränsas av att man i stor utsträckning är utlämnad till att mäta antalet vårdkontakter i relation till kostnader.

101. Vårdanalys (2014a).

Hur väljs primärvård i dag och vad kan förbättras?

Individer väljer i stor utsträckning mottagning utifrån det som de själva observerar vid sina kontakter med vården. Information från släktingar och vänner spelar också en roll. Detta kan fungera väl i syfte att guida individer till en mottagning som passar deras förväntningar. I möten med vården kan individer bedöma aspekter som tillgänglighet, kontinuitet och lyhördhet. Det är därför rimligt att anta att valfrihet för individer bidrar till att dessa mål uppfylls.

Studier visar att människor sällan använder sig av information som jämför olika mottagningar när de gör sitt val. Även om de skulle vilja det så är denna typ av information i dag begränsad. Utöver öppettider, adress och viss information om personalen redovisas data om patientupplevd kvalitet, som samlats in genom den nationella patientenkäten (NPE) samt väntetider på olika webbsidor. Generellt saknas allmänt tillgänglig information om medicinsk kvalitet och om vårdgivarens förmåga att samordna patienters vårdkontakter. Ett problem med patientenkäten är dessutom att svaren på de olika frågorna är starkt korrelerade. Därför kan man ifrågasätta om NPE verkligen fångar olika aspekter av patientupplevd kvalitet eller bara ett övergripande omdöme om mottagningar.

Här kan landstingen och regionerna förbättra sig när det gäller att förse allmänheten med information. De kan underlätta dels för individer generellt att ta del av viss information om mottagningarna, dels för vissa grupper att ta del av mer specifik information. Eftersom tanken är att individer genom sina val ska driva kvaliteten på vården framåt är det viktigt att sammanställa och redovisa sådan information som uppfattas som relevant. Sådant arbete görs redan i dag. Det finns både offentliga (1177.se) och privata initiativ (omvard.se) med den typen av information.

Vad gäller att underlätta för människor i allmänhet att välja mottagning är det viktigt att öka kunskapen om att informationen finns. Undersökningar visar att individer är intresserade av att få välja mottagning och att ha tillgång till bra information. Trots detta är det få som i praktiken väljer att leta efter jämförande information om mottagningar. Så länge man är nöjd med sin mottagning är det inget stort problem. Men om man inte är nöjd är det viktigt att det finns lättillgänglig information om hur man går tillväga för att byta och om vilka alternativen är. Detta gäller i synnerhet så länge en övergripande målsättning är att vården ska vara rättvist fördelad. Individer med lägre inkomst och utbildning har

ofta svårare att söka och tillgodogöra sig information samt att byta till en annan mottagning än den som ligger närmast deras hem.

En del av den information som finns i dag utan att vara tillgänglig för allmänheten skulle också kunna göras offentlig. Information om exempelvis kontinuitet (utöver den som mäts i NPE) samlas i dag in på flera håll utan att offentliggöras. Man skulle till exempel kunna redovisa hur stor andel av alla patienter som fått träffa samma läkare eller sjuksköterska vid upprepade besök. Information om medicinsk kvalitet skulle dock vara mer problematisk att redovisa och för den breda allmänheten att ta till sig.

Huvudmännen kan däremot göra det lättare för vissa grupper av individer att ta del av mer specifik information om mottagningars egenskaper som är relevanta för just dem. Behoven ser olika ut i olika grupper i befolkningen. Ur perspektivet att vårdens utveckling ska drivas enligt befolkningens preferenser blir det viktigt att individer med stort vårdbehov också kan ta del av information som är relevant för just dem. Eftersom det saknas övergripande kvalitetsmått för primärvårdens verksamhet är det heller inte möjligt eller relevant att öppet redovisa medicinsk kvalitet. Det kan däremot vara relevant att bistå specifika grupper med information om medicinsk kvalitet i primärvården. Sådana grupper kan vara kroniskt sjuka patienter, såsom diabetiker, för vilka det finns tydliga kliniska resultatmått att mäta och som patienterna dessutom många gånger är väl förtrogna med. Sådana data samlas dessutom redan in i befintliga kvalitetsregister på regional och nationell nivå.¹⁰² Genom att göra viss information om medicinsk kvalitet tillgänglig för allmänheten, antingen direkt eller genom patientorganisationer, kan dessa specifika patientgrupper få bättre förutsättningar att välja en mottagning som svarar upp mot deras behov. Det är också rimligt att anta att ett noga avvägt val av mottagning är viktigare för patienter som förväntas ha många kontakter med primärvården jämfört med allmänheten i stort.

Huvudmän behöver bättre information för resursfördelning och uppföljning

Även om individer får tillgång till bättre information kan man inte förvänta sig att de ska ha ett samhällsperspektiv när de väljer sin egen vård. Att mäta och utvärdera resultat ur ett befolkningsperspektiv är huvud-

102. Vårdanalys (2014a).

männens uppgift. Landstingen och regionerna behöver ta hänsyn till mål om effektivitet, produktivitet, rättvis fördelning av vård samt olika aspekter av medicinsk kvalitet för att fatta beslut om hur resurser ska fördelas och vårdgivare följas upp. De måste säkerställa att grupper av individer som inte tar till vara sina möjligheter till omval får god tillgång till vård och ett gott bemötande från vården.

I en majoritet av landstingen och regionerna justeras den fasta ersättningen till mottagningar så att mottagningar där listade individer har sämre socioekonomiska förutsättningar och högre vårdtyngd får större resurser.¹⁰³ Det är dock i dagsläget svårt för huvudmännen att följa upp hur dessa resurser används. Det räcker inte med information som sammanställs i register för att utvärdera medicinsk kvalitet och fördelningsaspekter. Det behövs även information om vad som faktisk åstadkoms vid besök och vilka grupper som besöker vården. Denna typ av information är ofta bristfällig eller saknas helt.

Vårdval sätter ljus på brister i data om primärvårdens resultat

Vårdvalet har lett till ett större fokus på primärvårdens aktörer, funktion och resultat. Detta har i sin tur tydliggjort behovet av mer ändamålsenlig information för uppföljning, styrning och forskning. Både myndigheter och forskare rekommenderar i flera rapporter att registerdata över prestationer och kvalitet i primärvården behöver utvecklas och samordnas.¹⁰⁴

Kunskaperna om ett av svensk hälso- och sjukvårds största problem, nämligen tillgänglighet, har förbättrats. Vårdvalsreformen har bidragit till att väntetidsmätningar och mätningar om individers uppfattningar om vårdens kvalitet i primärvården har införts. På nationell nivå finns det nu jämförbara data för mottagningar från två källor: NPE och nationella väntetidsdatabasen. NPE mäter olika aspekter av patientupplevd kvalitet. Den nationella väntetidsdatabasen mäter hur väl den nationella vårdgarantin uppfylls. För primärvården gäller detta hur stor andel som får kontakt med primärvården samma dag samt hur stor andel som får träffa en läkare inom en vecka. I övrigt använder man olika prestations- och

103. Anell, Nylinder och Glenngård (2012).

104. Se till exempel Vårdanalys (2014a); Konkurrensverket (2012); Glenngård (2013a).

resultatmått i olika landsting och regioner. Att huvudmän mäter olika saker beror sannolikt på att man har olika prioriteringar och att det saknas generella kvalitetsmått för primärvården.

På nationell nivå saknas register med information om prestationerna, den medicinska kvaliteten samt bemanningen på mottagningarna. Dessutom görs inte mätningarna kontinuerligt, vilket gör det svårt att på ett säkert sätt analysera resultaten i den statistik som tas fram. Sist, men inte minst, är det svårt att koppla samman statistik och resultat från undersökningar eftersom dessa utförs av olika aktörer. En positiv effekt av införandet av vårdval är att det satt ljuset på brister i tillgängliga data att basera uppföljning styrning och forskning på. Fokus har flyttats från att mäta vårdens kostnader och volym av producerade insatser till att mäta innehåll och resultat. Samtidigt innebär det en potentiellt större arbetsbörda för vårdgivare som i större utsträckning måste ägna sig åt att redovisa och rapportera hur de använder sina resurser. Detta kan ses som en paradox i sjukvården. Å ena sidan behövs bra information för att kunna göra ordentliga uppföljningar som kan ligga till grund för verksamhetsutveckling och en bättre hälso- och sjukvård. Å andra sidan tar rapporteringen tid och resurser från de patienter som behöver vård. Idealt ska de vårdgivare som åläggs att informera om och registrera sitt arbete själva uppfatta det som meningsfullt för verksamheten. Om vårdgivarna får vara med och ta fram lämpliga indikatorer som visar hur tilldelade resurser används och som dessutom kan användas för verksamhetsutveckling har den sortens arbete bättre förutsättningar att lyckas. Då kan man uppnå både hög täckningsgrad och god kvalitet i register – antingen genom att förbättra befintliga register eller genom att utveckla nya.

Om de data som samlas in harmoniseras mellan landsting och regioner, såsom i nationella kvalitetsregister, kan man på sikt jämföra prestationer mellan mottagningar med liknande förutsättningar i olika landsting och regioner. Detta kan vara värdefullt för mindre landsting och regioner där det inte finns så många mottagningar och där man kan sakna egna underlag som behövs för att hitta mönster eller avvikelser som inte beror på slumpen.

Vidare krävs nationella register med hög täckningsgrad och god kvalitet för att kunna analysera hur väl målsättningar uppfylls i svensk hälso- och sjukvård som helhet. När man jämför och analyserar mottagningar runt om i landet är det dock viktigt att justera för skillnader i ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Man måste ta hänsyn till att sådana skillnader ger vårdgivare olika förutsättningar och incitament för hur de organiserar sin verksamhet och arbetar med specifika insatser. En studie

av Fogelberg och Karlsson visar till exempel att vårdgivarens kostnadsansvar för läkemedel är avgörande för hur restriktiv man är med förskrivning av antibiotika.¹⁰⁵

Att primärvårdsmodellernas utformning skiljer sig åt i landet kan alltså leda till att befolkningen får olika primärvård beroende på var man bor. Prioriteringar mellan vårdens många mål kan variera. Därför är det viktigt att fortsatt studera konsekvenser av olika principer för ersättning, kostnadsansvar och krav på vårdgivare. Den typen av studier kan också ge god kunskap att utgå ifrån när man utformar policyrekommendationer för huvudmännens uppföljning och styrning av vårdgivare.

Verksamhetsutveckling med hjälp av NPE

Som nämnts på flera ställen i rapporten finns det jämförbara data över den patientupplevda kvaliteten för alla mottagningar på nationell nivå. Dessa data samlas in med den nationella patientenkäten, NPE. NPE är ett instrument som ursprungligen är framtaget för verksamhetsutveckling snarare än för att bidra med information till vårdens aktörer att använda när de utvärderar vårdgivare. Det finns anledning att vara försiktig när NPE används för att jämföra och utvärdera vårdgivare. Vårdgivare har olika utgångsläge och kan inte alltid påverka vilket betyg de får i sådana mätningar. Att använda absoluta nivåer av patientupplevd kvalitet i syfte att jämföra mottagningar ter sig därför som tveksamt om man ska utgå från principen att mottagningar endast ska utvärderas för faktorer de själva kan påverka. Här kan jämförelser över tiden utgöra en möjlighet eller ett komplement. Genom att mäta förändringar i den patientupplevda kvaliteten kan mottagningar som lyckas med ett förbättringsarbete belönas. Samtidigt kan det betraktas som orättvist att mottagningar som inledningsvis fick ett gott betyg från sina patienter inte belönas om de lyckas bibehålla detta. En lösning kan vara att använda en kombination av förändring i betyg och absoluta nivåer.

Resultat som kommer fram i NPE kan utgöra en lämplig grund för verksamhetsutveckling. Genom att lyfta fram goda exempel och sätta enskilda mottagningars resultat i ett större sammanhang då de presenteras för verksamhetschefer kan de användas för att styra och utveckla vården enligt befolkningens preferenser. Om vårdgivare får mer information

105. Fogelberg och Karlsson (2013).

om gapet mellan förväntningar hos listade individer och de tjänster som erbjuds, får de bättre förutsättningar att leva upp till individens förväntningar. Information om patientupplevd kvalitet som gäller endast den egna mottagningen ger dock sannolikt begränsat med kunskap att använda vid verksamhetsutveckling. Om informationen däremot sätts i ett sammanhang, och om dessutom goda exempel tas fram, kan resultat från NPE utgöra en god grund för verksamhetsutveckling.

Dialog är ett viktigt komplement till andra former av styrning

Som illustreras av exemplet om NPE är förbättrad information inte bara angelägen för individer och sjukvårdshuvudmän utan även för vårdgivare. En dialog mellan huvudmän och vårdgivare, där goda exempel lyfts fram och framgångsfaktorer tydliggörs, kan utgöra värdefull information för vårdgivare om hur man ska balansera primärvårdens många mål. Att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller uppsatta krav kan betraktas som en skarp åtgärd som i förlängningen till och med kan tvinga vårdgivare att upphöra med sin verksamhet. Men åtgärden i sig ger inte något stöd till förbättring av verksamheten. Till exempel ger information om att man får dåligt betyg i NPE med avdrag i ersättningen som följd inte något stöd till förbättring om betyget inte sätts i relation till andra parametrar, vilket beskrivs ovan. Genom att föra en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten på ett annat sätt, vilket ger bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling.

Medicinsk revision är en form av dialog mellan vårdgivare och huvudmän som används i praktiken i allt större utsträckning där det också görs satsningar på nationell nivå. I Region Skåne har man till exempel arbetat med medicinsk revision i primärvården sedan vårdval infördes 2009, som ett komplement till annan styrning av vårdgivare. Där genomförs medicinsk revision regelbundet av alla mottagningar i primärvården. Den skånska modellen har också varit förebild för den basmodell för uppföljning av primärvård som tagits fram i ett projekt koordinerat av Sveriges Kommuner och Landsting.¹⁰⁶

Ur ett befolkningsperspektiv kan man också tänka sig att en dialog som syftar till att förbättra verksamheten är att föredra framför att inte

106. SKL (2014).

bevilja vårdgivare fortsatt ackreditering eller att hålla inne ersättning om man är missnöjd med mottagningens prestationer och resultat. För den enskilde individen kan ett omval resultera i en omedelbar (förhoppningsvis) förbättring av situationen. Man byter från en vårdgivare som inte uppfyller ens förväntningar till en vårdgivare som i bästa fall har förutsättningar att göra det. Att däremot tvinga en vårdgivare att stänga innebär för en grupp individer minskad valfrihet och minskad tillgänglighet, åtminstone i det korta perspektivet. Sett till befolkningen kan det därför vara bättre att huvudmannen tillsammans med verksamhetschefen arbetar för att förbättra situationen vid mottagningen. Då kan valfrihet och tillgänglighet för individer bibehållas samtidigt som man arbetar för att höja kvaliteten.

Reflektion om fortsatt styrning och uppföljning

Som jag berört i rapporten är målkonflikter ett ständigt närvarande problem i sjukvården. Det finns ingen enkel lösning på hur vården ska organiseras för att bäst balansera de många mål som ska uppfyllas. Man kan dock underlätta för vårdgivare att kombinera en del av de motstridiga förväntningar som uppkommer då både huvudmännens krav och individernas förväntningar ska tillgodoses. Mot bakgrund av vad som framkommit i den här rapporten presenteras härnäst några förslag som kan underlätta för vårdgivare att balansera olika mål.

KOMBINERA STORDRIFTSFÖRDELAR MED SMÅSKALIGHET

Vid mätningar av den patientupplevda kvaliteten får mindre mottagningar generellt bättre betyg än större mottagningar. Dessa kan däremot ha bättre förutsättningar att tillhandahålla hög kvalitet på tjänster som kräver större volym. För att exempelvis ha råd att anställa någon med en specifik kompetens, såsom en specialistutbildad sjuksköterska, krävs tillräckligt många besök. En stor andel fast ersättning i kombination med ett omfattande kostnadsansvar som används i de flesta landsting och regioner premierar dessutom stora enheter.

En lösning för mottagningar med många listade att uppnå samma »smådriftsfördelar« som mindre mottagningar kan vara att dela upp verksamheten. Huvudmännen kan främja detta genom att göra det enkelt för mottagningar att etablera filialer, vilket redan sker i viss utsträckning. Att

etablera filialer kan dessutom åtminstone delvis avhjälpa en sämre tillgänglighet och valfrihet i glesbefolkade områden. Omvänt kan man också underlätta för personal att dela sin arbetstid mellan olika mottagningar så att små verksamheter kan uppnå samma stordriftsfördelar som stora mottagningar. Genom att underlätta för vårdgivare att etablera filialer, och därmed öka utbudet, får individerna en större valfrihet att välja en mottagning som passar deras preferenser, vilket är ett av målen med vårdvalsreformen. Filialer som tillhör en större enhet, och därmed har den ekonomiska trygghet som det innebär, kan ha utrymme att nischas in gentemot en specifik patientgrupp eller ett specifikt område. Som konstaterats i rapporten är variationen mellan mottagningar utöver ägandeform, storlek och öppettider liten i svensk primärvård, samtidigt som en målsättning med reformen var just ökad valfrihet och diversifiering.

KOMBINERA TRYGGHET OCH NÖJDHET FÖR PATIENTER MED EFFEKTIVT ANVÄNDA RESURSER

Mottagningar där en större andel av alla besök sker hos andra personal-kategorier än hos läkare får generellt sämre betyg i patientupplevd kvalitet. Att ersätta läkarbesök med besök hos andra personalkategorier är dock en viktig förutsättning för effektivitet. De resurser som finns i sjukvården ska användas där de gör mest nytta. Att besök sker hos olika personalkategorier är dessutom viktigt i en primärvårdsmodell med brett uppdrag.

Likaväl som sjukvårdens personal ska användas på bästa sätt, ska även andra resurser användas på bästa sätt. Det som enligt evidens är att betrakta som god medicinsk kvalitet i ett befolkningsperspektiv behöver inte nödvändigtvis betraktas som god kvalitet bland enskilda patienter. En restriktiv antibiotikaförskrivning är till exempel utifrån ett befolkningsperspektiv att betrakta som god medicinsk kvalitet men kan uppfattas som dålig kvalitet bland patienter som inte får den antibiotika de anser sig behöva.

Förbättrad information gentemot patienter är sannolikt viktig för att skapa trygghet och nöjdhet hos patienter samtidigt som vårdens resurser används på ett effektivt sätt. Om man som patient får träffa andra personalkategorier än man förväntat sig eller får en annan behandling än den man önskat, finns det en uppenbar risk att man blir missnöjd med besöket. Därför är det viktigt att den behandlande personalen förklarar vad som görs, varför den ena insatsen väljs framför den andra och vilka effekter den förväntas ha. En dialog mellan patient och behandlande perso-

nal ger goda förutsättningar för att uppnå följsamhet till behandling och tilltänkta behandlingsresultat. Här kan man tänka sig att lätt tillgängligt informationsmaterial kan koordineras på regional eller nationell nivå.

SKAPA TILLGÄNGLIGHET OCH NÖJDHET FÖR PATIENTER MED SVÅRA SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Mottagningar som är lokaliserade i socioekonomiskt tunga områden har sämre förutsättningar att uppnå hög patientupplevd kvalitet. Att individer med sämre socioekonomiska förutsättningar är minde nöjda med den vård de får kan i sig vara ett tecken på ojämlikhet. Mottagningar kan välja att inte etablera sig i sådana områden eftersom man vet att det är svårt att möta de förväntningar som finns bland individer där. Detta kan i förlängningen ge ännu sämre möjligheter att uppnå jämlik tillgång till vård i befolkningen. Studier visar också att sedan vårdvalet infördes tycks tillgängligheten ha ökat mer i befolkningen över lag än bland grupper med förväntat stora behov.

Information spelar sannolikt en viktig roll även när det gäller att tillgodose förväntningar bland individer i socioekonomiskt tunga områden. Individer med lägre utbildning eller ett annat modersmål än svenska kan ha svårare att söka och tillgodogöra sig information i svensk hälso- och sjukvård. Då blir det extra viktigt att i själva mötet med vården försäkras om att de insatser som görs också är de som är bäst för patienten för att han eller hon ska känna sig trygg och väl omhändertagen. En majoritet av landstingen och regionerna fördelar extra resurser till mottagningar där listade har svåra socioekonomiska förutsättningar. Kunskapen om huruvida dessa resurser verkligen används på tilltänkt sätt är dock undermålig. En viktig uppgift för huvudmännen är att utveckla och förbättra sin styrning och uppföljning av hur dessa resurser används och att identifiera goda exempel på detta område. Genom att peka på arbetssätt bland mottagningar med svåra socioekonomiska förutsättningar bland sina listade, men med högt betyg i NPE, kan framgångsfaktorer lyftas och verksamheter kan lära av varandra.

99

En sista reflektion

Avslutningsvis kan jag konstatera att det är viktigt för huvudmännen att bibehålla och utveckla sina relationer med vårdgivarna och de processer som finns för uppföljning och styrning även när valfrihet för individer

råder. Detta gäller kanske främst formen för styrning där medicinsk revision har identifierats som ett viktigt komplement till att utvärdera och styra baserat på registerdata. Det gäller också att förbättra förutsättningarna för uppföljning baserat på registerdata genom att mer ändamålsenlig information tas fram och sammanställs. Denna kan dock inte förväntas ersätta behovet av dialog. Oavsett hur hög täckningsgrad och god kvalitet i register man lyckas uppnå kan sådan information sannolikt inte ge samma kunskap om en verksamhet som den som framkommer vid en fördjupad dialog mellan huvudman och vårdgivare.

Referenser

- Anell A. (2005), *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell A. (2009), »Vårdval i primärvården. Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner«. Lund: KEFU.
- Anell A. (2011a), »Choice and privatisation in Swedish primary care«, *Health Economics, Policy and Law*, 6, s. 549–569.
- Anell A. (2011b), »Hur kan svensk primärvård förbättras?« Forum för Health Policy (nedladdningsbar på www.healthpolicy.se).
- Anell A. (2013), »Vilken betydelse har vårdval och ersättningsprinciper i primärvården?«, paper presenterat vid Gothenburg Public Management Seminar (GPMS), Göteborg.
- Anell A. och Paulsson G. (2010), »Valfrihet och konkurrens i primärvården«, i Anell A. och Gerdtham U.-G. (red.), *Vårdens utmaningar*. Stockholm: SNS Förlag.
- Anell A., Nylinder P. och Glengård A.H. (2012), »Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar«. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Barnum H., Kutzin J. och Saxenian H. (1995), »Incentives and Provider Payment Methods«, *International Journal of Health Planning and Management*, 10, s. 23–45.
- Beckman A. och Anell A. (2013a), »Hur har individers konsumtion av läkarbesök förändrats efter införande av Hälsoval Skåne?«, *Läkartidningen*, 110(12), s. 622–623.
- Beckman A. och Anell A. (2013b), »Changes in health care utilization following a reform involving choice and privatization in Swedish primary care: A five-year follow-up of GP-visits«, *BMC Health Services Research*, 13, s. 452.
- Bevan G., Helderman J.K. och Wilsford D. (2010), »Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost«, *Health Economics, Policy and Law*, 5, s. 251–267.

- Browne K., Roseman D., Shaller D. och Edgman-Levitan S. (2010), »Analysis & commentary. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care«, *Health Affairs (Millwood)*, 29(5), s. 921–925.
- Campbell J.L., Ramsay J. och Green J. (2001a), »Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care«, *Quality in Health Care*, 10(2), s. 90–95.
- Campbell J.L., Ramsay J. och Green J. (2001b), »Practice size: Impact on consultation length, workload, and patient assessment of care«, *British Journal of General Practice*, 51(469), s. 644–650.
- Dahlgren C., Brorsson H., Sveréus S., Goude F. och Rehnberg C. (2013), »Fem år med hsläkarsystemet inom Vårdval Stockholm«. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Dixon A., Robertson R., Appleby J., Burge P., Devlin N. och Magee H. (2010), *Patient Choice – How patients choose and how providers respond*. London: The Kings Fund.
- Ekström H., Holmberg S. och Karlsson A. (2013), »Vårdval Kronoberg. Kartläggning av Primärvården i Kronobergs län före och efter Vårdval – en jämförande studie«, FoU Kronoberg, FoU-rapport 2013:2.
- Fogelberg S. (2013), »Effects of Competition between Healthcare Providers on Prescription of Antibiotics«, IFN Working Paper nr 949, Institutet för Näringslivsforskning (IFN).
- Fredriksson M. (2012), »Vårdval i Uppsala län. Extern granskning av tillgänglighet, valfrihet, resurser och kvalitet«. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Glenngård A.H. (2012), »Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics among providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden«, *Health Economics Policy and Law*, 8, s. 1–16.
- Glenngård A.H. (2013a), *Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care*. Doktorsavhandling. Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Glenngård A.H. (2013b), »Productivity and patient satisfaction in primary care – Conflicting or compatible goals?«, *Health Policy*, 111(2), s. 157–165.
- Glenngård A.H. och Anell A. (2012a), »Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen«. Lund: KEFU.
- Glenngård A.H. och Anell A. (2012b), »Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?«, Rapport 2012:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Glenngård A.H., Anell A. och Beckman A. (2011), »Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties«, *Health Policy*, 103(1), s. 31–37.
- Hagbjer E. (2014), *Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning*. Stockholm: SNS Förlag.

- Hirshman A.O. (1970), *Exit voice and loyalty: Response to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hibbard J.H. och Peters E. (2003), »Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice«, *Annual Reviews of Public Health*, 24, s. 413-433.
- Hjelmgren J. och Anell A. (2007), »Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden«, *Health Policy*, 83, s. 314-322.
- Janlöv N. och Rehnberg C. (2011), »Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2012«. Rapport nr 2011:15. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.
- Konkurrensverket (2010), »Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport«. Rapport 2010:3. Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2012), »Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen«. Rapport 2012:2. Stockholm: Konkurrensverket.
- Kontopantelis E., Roland M. och Reeves D. (2010), »Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey«, *BMC Family Practice*, 11(61), s. 1-15.
- Lamarche P.A., Beaulieu M., Pineault R., Contandriopoulos A., Denis J. och Haggerty J. (2003), *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Health-Care Services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation, New Brunswick Department of Health and Wellness, Saskatchewan Department of Health, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec and Health Canada.
- Le Grand J. (1991), »Quasi-markets and social policy«, *The Economic Journal*, 101(408), s. 1256-1267
- Le Grand J. (2007), *Delivering public services through choice and competition – the other invisible hand*. Princeton: Princeton University Press.
- Le Grand J. och Bartlett W. (1993), *Quasi-markets and social policy*. London: Macmillan press Ltd.
- Lester H. och Roland M. (2009), »Performance measurement in primary care«, i Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. och Leatherman S. (red.), *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 371-405.
- Lindgren P. (2014), *Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Paulsson G. (2013), »Organisation och styrning av vårdval i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen«. Lund: KEFU.
- Propper C. (2012), »Competition, Incentives and the English NHS«, *Health Economics*, 21, s. 33-40.

- Propper C. (2013), »Lärdomar från England om konkurrens i vården«, *SNS Analyser* 13. Stockholm: SNS.
- Rehnberg C. (2014), »Vårdvalets påverkan på tillgänglighet«, i *Låt den rätte komma in*. Rapport 2014:3. Stockholm: Vårdanalys.
- Riksrevisionen (2014), »Riksrevisionen granskar: staten och vården. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?«, RIR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- Robinson J. C. (2001), »Theory and practice in the design of physician payment incentives«, *The Milbank Quarterly*, 79(2), s. 149–177.
- Saltman R., Rico A. och Boerma W. (2006), *Primary Care in the Driver's seat? Organizational Reform in European Primary Care*. Berkshire: Open University Press.
- SKL (2009), »Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård«. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2011), »Befolkningsundersökning 2010. Vårdbarometern«. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL (2014), »Basmodell för uppföljning av primärvård. Version 1«. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Smith P. C., Mossialos E., Papanicolas I. och Leatherman S. (red.) (2009), *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith P., Anell A., Busse R., Crivelli L., Healy J., Lindahl A., Westert G. och Kene T. (2012), »Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems«, *Health Policy*, 106(1), s. 37–49.
- Socialstyrelsen (2010), »Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning«. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield B. (1998), *Primary care: Balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press.
- Starfield B., Shi L. och Macinko J. (2005), »Contribution of primary care to health systems and health«, *The Millbank Quarterly*, 83(3), s. 457–503.
- Statskontoret (2011), *Om offentlig sektor. Uppfattningar om förvaltningen – kvalitet i offentlig verksamhet från allmänhetens och företagens horisont*. Stockholm: Statskontoret.
- Street A. och Häkkinen U. (2009), »Health systems productivity and efficiency«, i Smith P. C., Mossialos E., Papanicolas I. och Leatherman S. (red.), *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press, s. 222–248.
- Sveriges läkarförbund (2014), »Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval«. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Valentine N., Prasad A., Rice N., Robone S. och Chatterji S. (2009), »Health systems responsiveness: A measure of the acceptability of health-care processes and systems from the users perspective«, i Smith P. C., Mossialos E., Papanicolas I. och Leatherman S. (red.), *Performance measurement for health system improvement:*

Experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, s. 138–186.

- Vårdanalys (2012), »Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?«. Rapport 2012:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2013a), »Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården«. Rapport 2013:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2013b), »Vad vill patienten veta för att välja?«. Rapport 2013:4. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2014a), »Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden?«. Rapport 2014:3. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2014b), »Vem vill veta vad för att välja?«. Rapport 2014:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- WHO (2000), *World Health Report*. Genève: World Health Organization.
- WHO (2008), *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*. Genève: World Health Organization.
- Winblad U., Isaksson D. och Bergman P. (2012), »Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget«. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Winblad U. (2006), »Transparens som förutsättning för patientens fria val«, i Levay C. och Waks C. (red.), *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS Förlag.
- Winblad U. och Andersson C. (2011), »Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information«. Uppsala: Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Hälso- och sjukvårdsforskning.

Referensgrupp

Den referensgrupp som är knuten till forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle* har följt arbetet med rapporten och har bidragit med kunskap, tid och synpunkter. Referensgruppen består av följande ledamöter:

Linnea Ax Tillväxtverket
Catharina Barkman Stockholms läns landsting
Henrik Borelius Attendo
Mats Brandt Finansdepartementet
Henrik Brehmer Capió
Peje Emilsson Magnora
Leif Eriksson Täby kommun
Sari Eriksson Katrineholms kommun
Daniel Forslund Vinnova
Samir Kamal EQT
Magnus Lindquist Triton
Eva Mörk Uppsala universitet
Fredrik Näslund Nordic Capital
Anna Pauloff Statskontoret
Stefan Stern Investor
Christina Sterner Diaverum
Kristina Ström Olsson Svensk Försäkring
Mattias Svantesson Skolinspektionen
Per Törnvall Nordic Health Group
Eric Wahlberg Praktikertjänst
Annika Wallenskog Sveriges Kommuner och Landsting
Hans Wikse Procuritas
Martin Ärnlov Bräcke Diakoni

Publikationer

Nedanstående publikationer har givits ut inom ramen för forskningsprogrammet *Från välfärdsstat till välfärdssambälle*.

Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?

Laura Hartman (red.), 2011

Friskolereformens långsiktiga effekter på utbildningsresultat

SNS Analys 7, Anders Böhlmark och Mikael Lindahl, 2012

Privata aktörer inom arbetsförmedling och rehabilitering

SNS Analys 11, Richard Öhrvall, 2013

Lärdomar från England om konkurrens i vården

SNS Analys 13, Carol Propper, 2013

Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter

Henrik Jordahl (red.), 2013

Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning

Eva Hagbjer, 2014

Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer

Peter Lindgren, 2014

Att styra och leda äldreomsorg. Hur går det till och vad kan förbättras?

Jannis Angelis och Henrik Jordahl, 2014

Nätverk förbättrar vården för patienter med kroniska sjukdomar

SNS Analys 23, Martin Rejler, 2014

Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet

Anna Häger Glenngård, 2015

Sedan år 2010 har samtliga landsting infört vårdval i primärvården. Vårdvalsreformen ger människor rätt att själva välja vilken mottagning de vill gå till och ger vårdgivare rätt att etablera sig så länge de uppfyller grundläggande villkor. Hur fungerar valfriheten? Vad har reformen inneburit för vårdens kvalitet? Har vården blivit mer tillgänglig och effektiv i och med vårdvalet?

Med utgångspunkt i studier av vårdvalet beskriver och analyserar denna rapport hur primärvården har utvecklats sedan vårdvalsreformen. De empiriska delarna är framför allt hämtade från studier av primärvården i Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

Den sammantagna bilden är att tillgängligheten och valfriheten har ökat, helt i linje med vårdvalsreformens mål. Reformen tycks däremot inte ha löst problem med kontinuitet i kontakten med patienter eller med samordning med övrig hälso- och sjukvård. Det går inte att dra några tydliga slutsatser kring vårdvalets konsekvenser för jämlik tillgång till vård, samt vårdens kvalitet och effektivitet.

Författare är Anna Häger Glengård, ekonomie doktor i företagsekonomi, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet.



ISBN 978-91-86949-66-2



9 789186 949662