

---

# **Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne**

KEFU seminarium, 25 oktober 2016

# ”Utvärdering av hälsoval i primärvården respektive vårdval inom specialistvården”

---

- Bred och oberoende utvärdering av vårdval inom primärvården, vårdval inom hud- och ögonsjukvård, LARO respektive barn- och ungdomsvård
- Genomförs i flera steg med separata delrapporter
  1. Uppföljning av vårdval inom hudsjukvård och ögonsjukvård
  2. Utvärdering av CNI-ersättningens konsekvenser
    - 2a. Förändrat vårdutbud och förutsättningar för jämlik hälsa vid BVC
    - 2b. Etablering av privata vårdcentraler
  3. Uppföljning av vårdval för LARO
  4. Översyn av hälsovalet inom primärvården
  5. Uppföljning av vårdval inom barn- och ungdomsvård

# Översyn av primärvårdens utveckling

---

- **Syfte, frågeställningar och metod**
- Övergripande resultat
- Rekommendationer
- Frågor och diskussion

# Syfte och frågeställningar

---

- Beskriva primärvårdens utveckling i Region Skåne under perioden efter införande av vårdval och hur ackrediteringsvillkor och förändringar i dessa påverkat verksamheten
  - Revideringar av ackrediteringsvillkoren? Konsekvenser för verksamheten?
  - Utveckling av finansiella och reala resurser? Utbud, besök och kvalitet? Erfarenheter och uppfattningar hos läkare?
  - Vilken betydelse har den extra CNI-ersättningen?
  - Erfarenheter och uppfattningar om styrningen och dess konsekvenser bland verksamhetschefer?

# Metod och data

---

- Analys av ackrediteringsvillkor
- Kvantitativa data om resurser, verksamhet och måluppfyllelse i Skånsk primärvård
- Befintliga enkäter till läkare i primärvården
- Intervjuer med i första hand verksamhetschefer

# Översyn av primärvårdens utveckling

---

- Syfte och metod
- **Övergripande resultat**
- Rekommendationer
- Frågor och diskussion

# Många förändringar i ackrediteringsvillkoren

---

- Från 38 till 82 sidor
- Fler förändringar från 2013
- Förtydliganden utifrån olika tolkningar
- Satsningar (t ex mest sjuka äldre)
- Möjligheter till särskilda uppdrag och certifiering (från 2014)
- Förändringar i MRE, stimulanspengar, täckningsgrad, hembesök, nya krav på kompetens m m

# Verksamhetschefers uppfattning om ackrediteringsvillkoren samstämmiga

---

- Mer detaljstyrning och fler tvära kast under senare år
- Nya villkor införs sent, när budget för nästa år redan är lagd
- Brist på upplevd långsiktighet leder till ökad osäkerhet
- Relationen med uppdragsgivare har blivit mer formaliserad ("vi ses som leverantörer som ska leva upp till ställda krav")
- Befintliga dialogmöten otillräckliga, mer inriktade på ensidig information än dialog och erfarenhetsutbyte
- Även förändrad koncernstyrning, fokus på ekonomi och besök



# Finansiella resurser har ökat, fler vårdcentraler

---

- Finansiella resurser i primärvården har ökat mer än i andra landsting sedan 2004 (från låg nivå)
- 17 procent fler vårdcentraler första åren med Hälsoval, allt fler invånare listad på privat vårdcentral (39% år 2015)
- Få vårdcentraler har utvecklat särskilda tilläggsuppdrag med undantag för äldrevårdsmottagning; majoritet har certifierad astma/KOL mottagning

# Särskilda tilläggsuppdrag vid vårdcentraler i Region Skåne som påbörjat verksamheten senast 1 maj 2016.

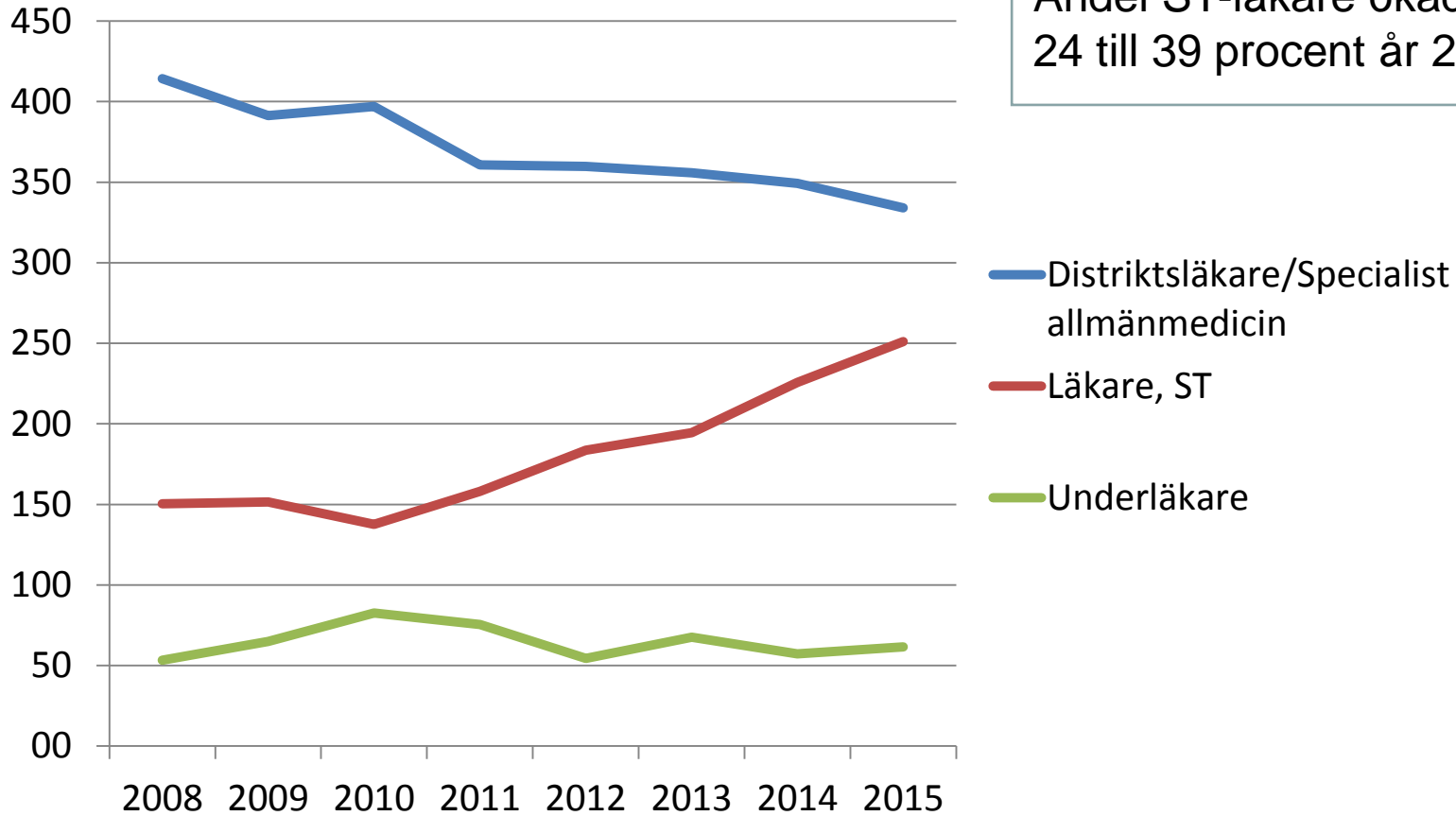
Område	Antal vårdcentraler	Antal offentliga vårdcentraler (andel)	Antal privata vårdcentraler (andel)
Äldremottagning	85	54 (64%)	31 (36%)
Hjärtsvikt	23	17 (74%)	6 (26%)
Unga vuxna	19	13 (68%)	6 (32%)
Gynekologisk mottagning	18	2 (11%)	16 (89%)
ÖNH (start 2016)	1	1 (100%)	0

# Påtaglig ökning av ST-läkare och sjuksköterskor

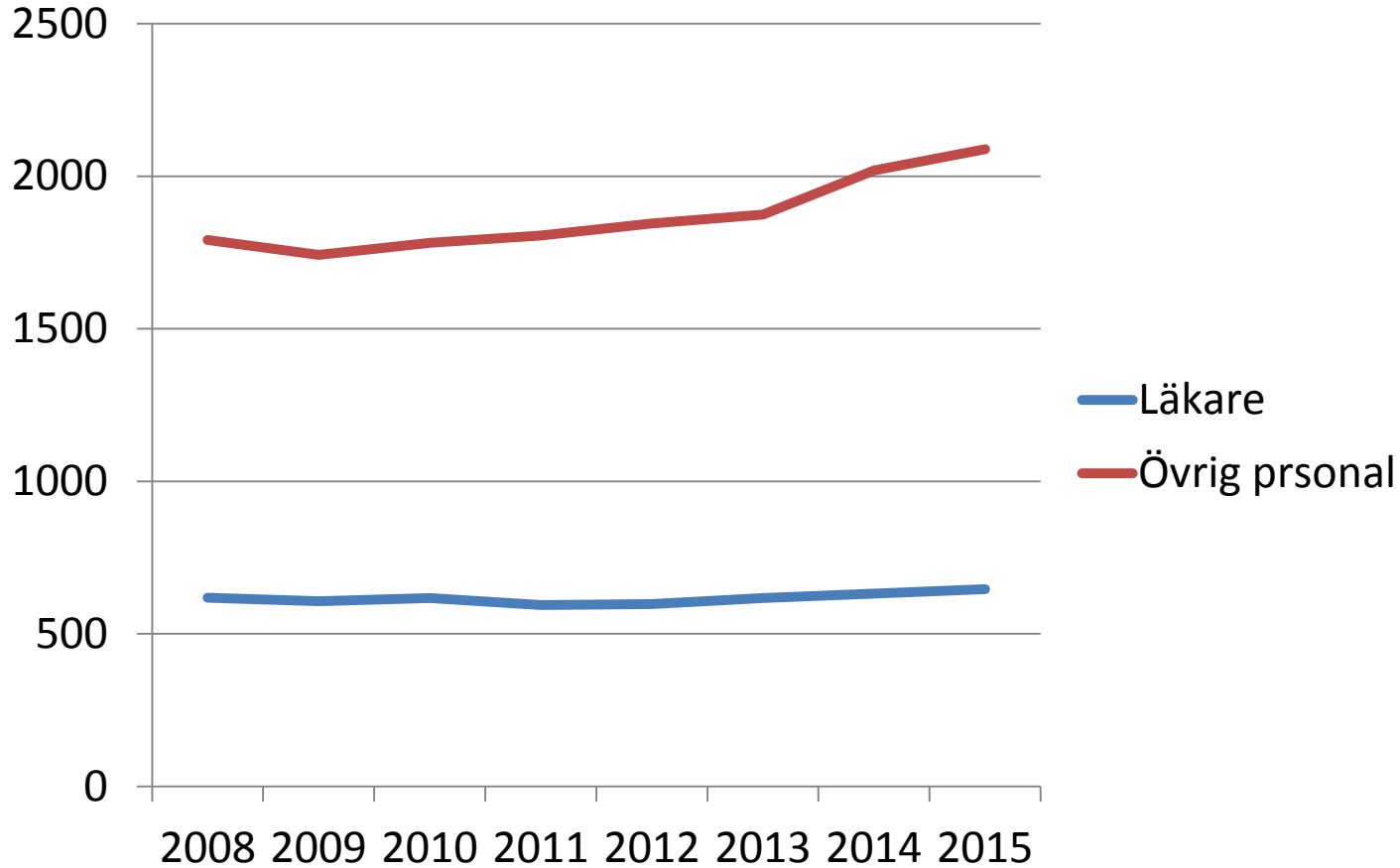
---

- Totala antalet allmänläkare (både offentlig och privat regi) i stort sett oförändrat sedan 2012
- Brister i statistik för utvecklingen före 2012 och för annan personal
- Utvecklingen i offentlig regi
  - Färre allmänläkare
  - Betydande ökning av antalet ST-läkare
  - Betydande ökning av antalet sjuksköterskor

# Antal läkare (heltidsekvivalenter) vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015.



# Antal läkare respektive övrig personal (heltidsekvivalenter) vid offentliga vårdcentraler i Region Skåne 2008-2015.



# Personalresurser i relation till antalet listade

---

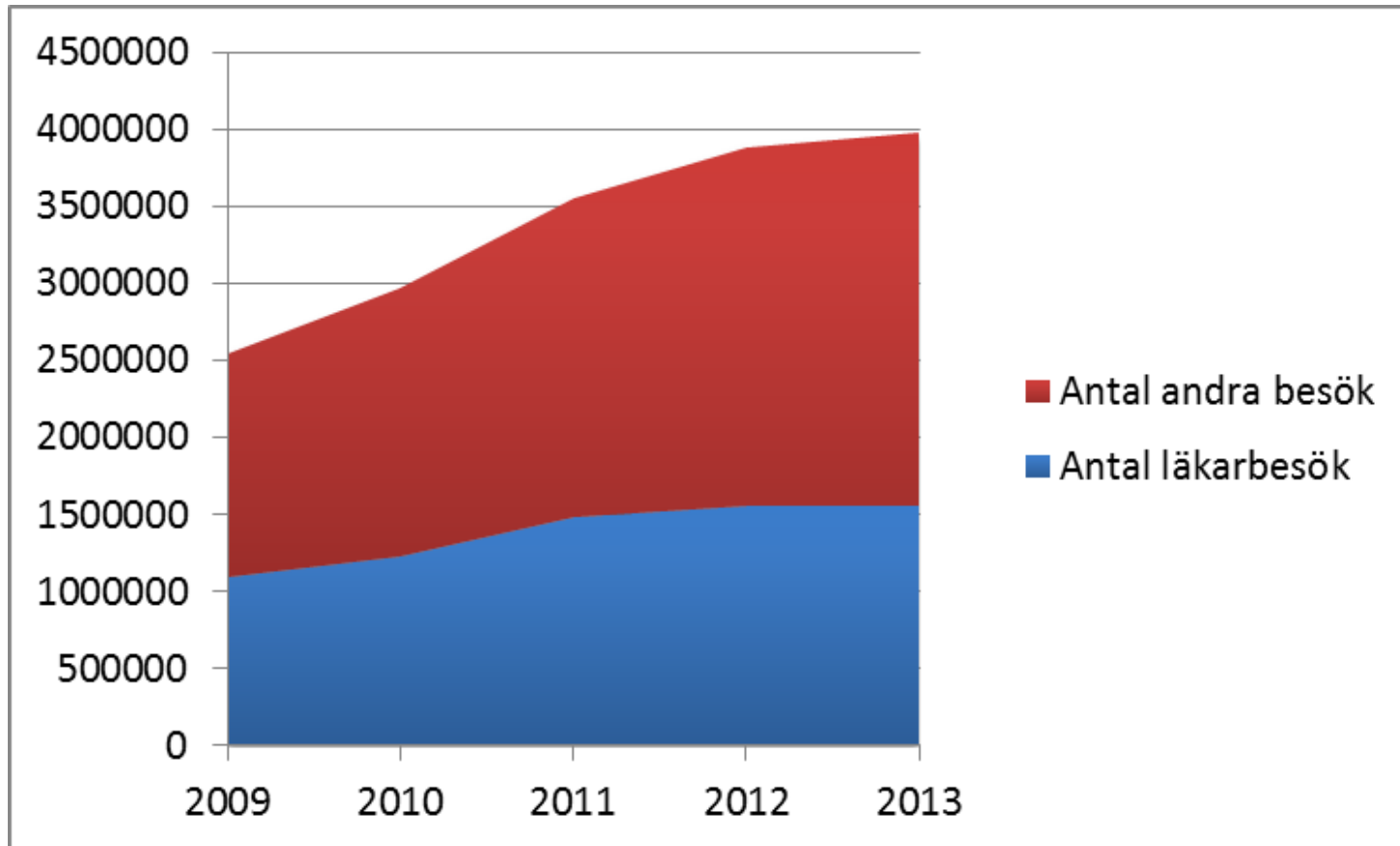
- Antal listade vid offentliga vårdcentraler har minskat med 23 procent under perioden 2009 – 2015
- Antalet listade per anställd allmänläkare har minskat med 10 procent
- Antal listade per anställd övrig personal har minskat med 36 procent
- Färre listade per allmänläkare i privat regi och lägre andel ST-läkare (i genomsnitt 20%)

# Fler besök hos sjuksköterskor, minskad andel läkarbesök

---

- Antal registrerade besök hos läkare per invånare i stort sett oförändrat sedan 2009
  - Kortsiktigt ökning i samband med införande av vårdval
- Påtaglig ökning av antalet besök per invånare hos övrig personal
- Andel läkarbesök minskat från 43 till 39 procent 2009-2013
  - lägre i genomsnitt för offentliga (36% år 2013)
  - större variation bland privata

# Antal läkarbesök respektive besök hos andra personalkategorier år 2009-2013, alla vårdcentraler i Region Skåne.





# Varierande utveckling av kvalitet

---

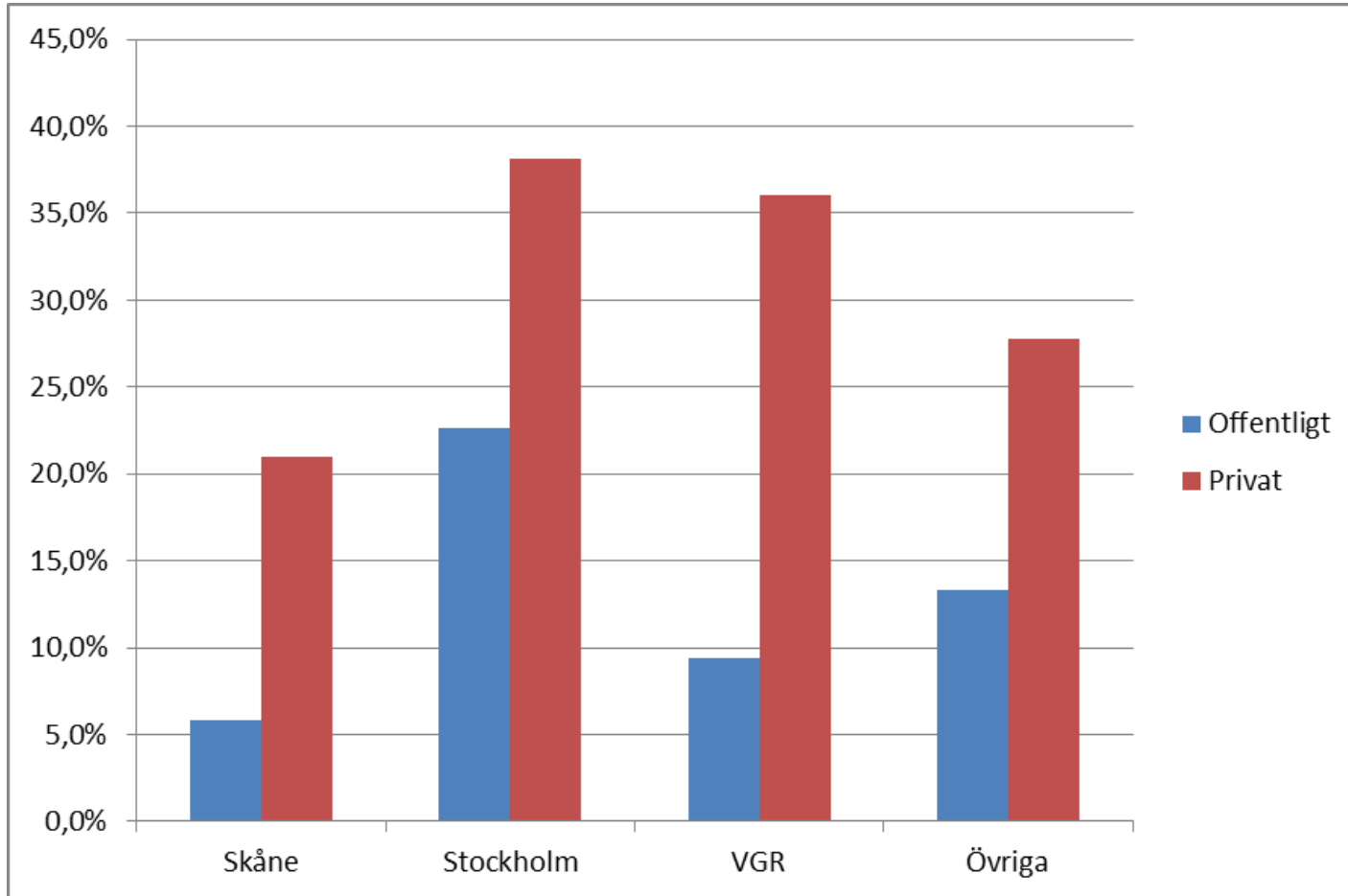
- Brist på uppgifter
- Fördelning av läkarbesök före och efter vårdval ger inte hela bilden
- Högre förtroenden efter införande av vårdval
- Utveckling av patientupplevd kvalitet varierar
  - Andel som anser att det är lätt att få telefonkontakt har ökat
  - Vikande trend efter 2009 när det gäller patientupplevda väntetider ("vad anser du om tiden du fick vänta")
- Bedömning bland allmänläkare varierar

# Allmänläkare i Skåne ser (liksom allmänläkare i andra landsting) flera brister enligt resultat från enkäter 2015



- Sämre än andra landsting:
  - tid för besök samma eller nästa dag
  - rekommendera egen vårdcentral till sjuk anhörig
- Bättre än andra landsting:
  - i vilken grad patienter kan välja fast läkarkontakt
  - väl förberedda på att hantera patienter med flera kroniska sjukdomar
  - nöjda med förutsättningar att erbjuda patienter vård på lika villkor

# Andel allmänläkare och ST-läkare (%) som svarat att nästan alla (mer än 80 %) av deras patienter som önskar en tid samma eller nästa dag kan få det



Källa: Egen bearbetning av enkätmaterial från Vårdanalys (2015:9).19

# Vilken betydelse har CNI-ersättningen?

---

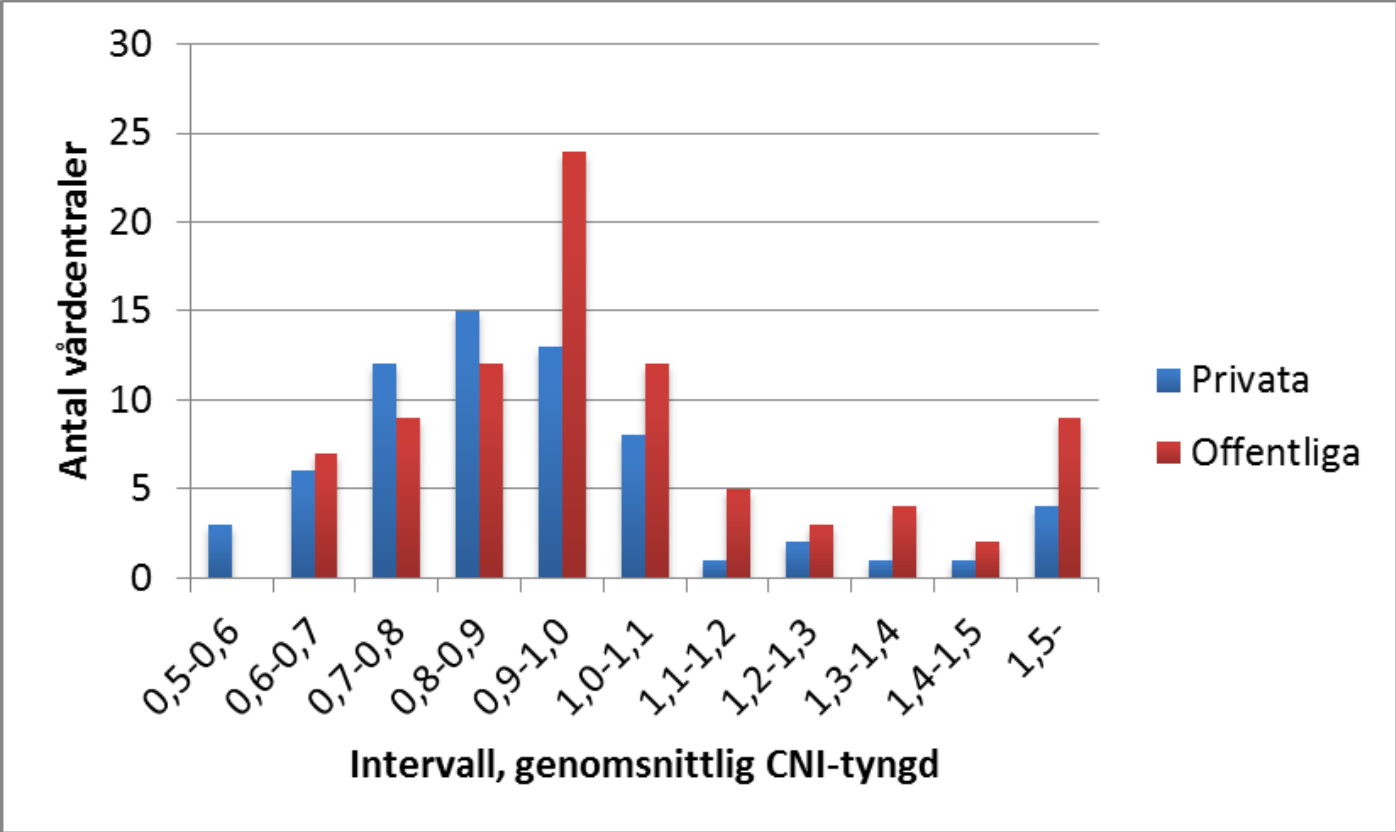
- Hur påverkar CNI etableringar?
- Vad gör vårdcentraler med den extra CNI-ersättningen?

# CNI och etableringar har analyserats i tidigare studie (Delrapport 2b)

---

- CNI-ersättningen ökar antalet privata etableringar i områden med relativt högt CNI
- Däremot ger CNI-ersättningen ingen "extra" effekt i termer av totalt sett fler etablerade privata vårdcentraler
- CNI-ersättning ger således en omfördelning av privata etableringar; från områden med relativt lågt CNI till områden med relativt högt CNI
- En kvalitativ jämförelse mellan Skåne, Västra Götaland och Stockholm visar att CNI-ersättningens utformning kan ha betydelse

# Fler offentliga vårdcentraler med relativt högt CNI i Region Skåne år 2015



# Verksamheter i områden med hög CNI har särskilda förutsättningar och krav enligt verksamhetschefer

---

- Patienter saknar möjligheter att uttrycka sig på svenska eller engelska
- Bristande förståelse för svenska samhället och hur vården fungerar
- Kraven på god tillgänglighet, att träffa läkare, remiss, sjukskrivning etc inte sällan höga
- Besöken blir komplexa, tar lång tid
- Försök att verka förebyggande, lokala kontakter

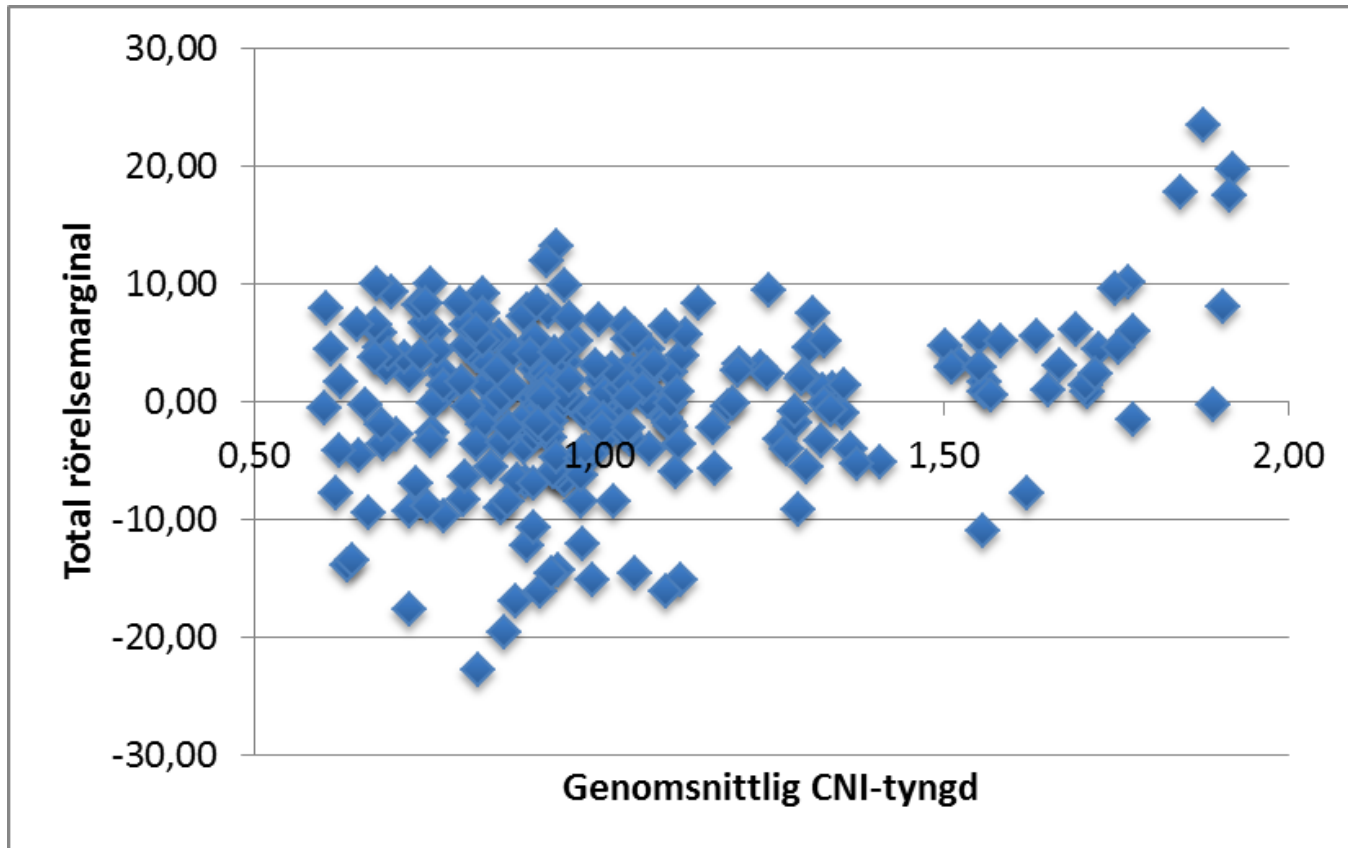
# CNI-ersättningen har inte fått de konsekvenser som avsågs

---

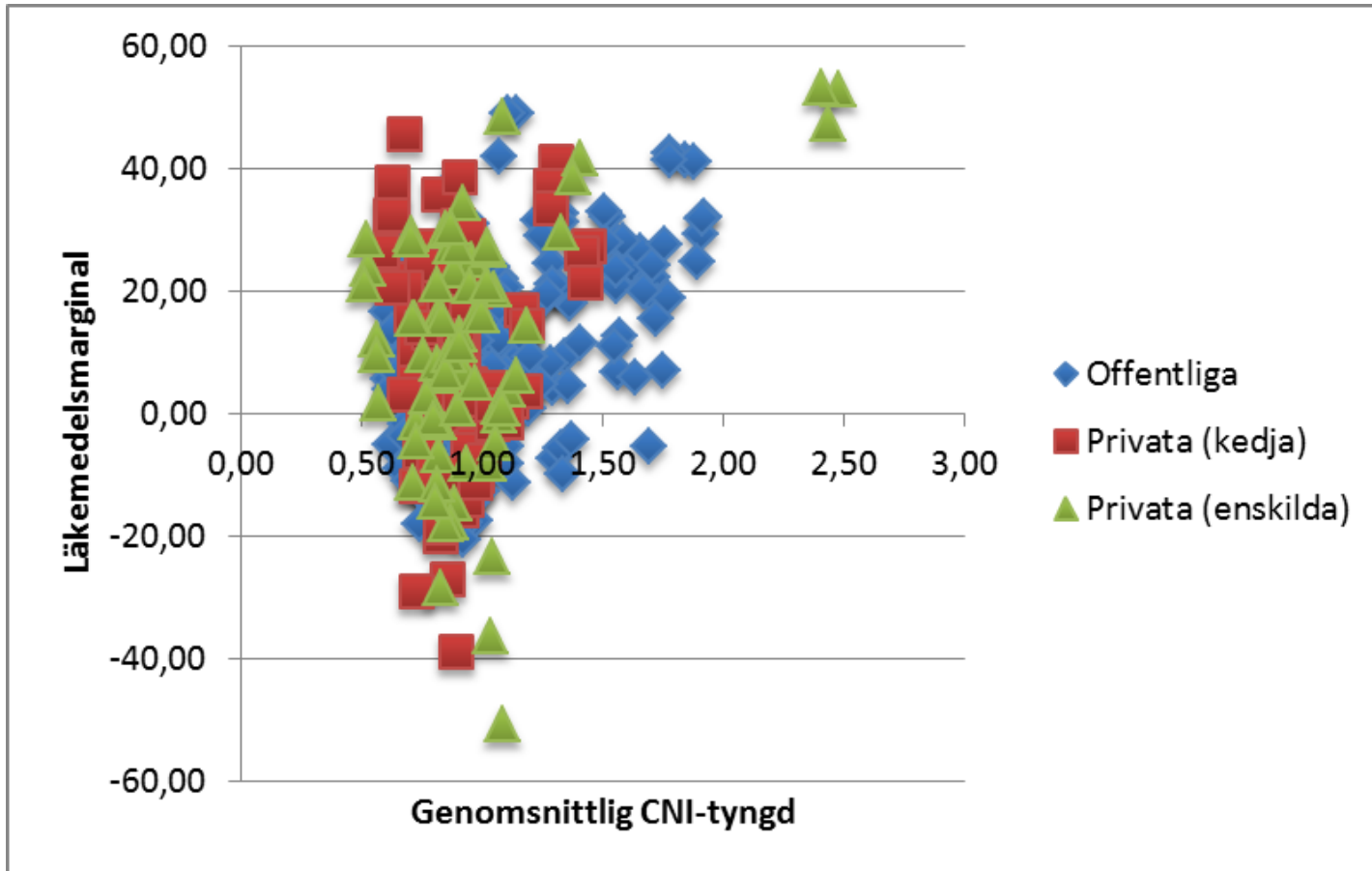
- Finansiella resurser omsätts inte fullt ut i reala resurser
- Högre marginaler hos offentliga vårdcentraler med högre CNI (data för privata vårdcentraler ej tillgängliga)
- Högre "läkemedelsnetto" för vårdcentraler med högre CNI (både privata och offentliga vårdcentraler)
- Andelen läkarbesök lägre vid vårdcentraler med  $CNI > 1,2$
- Patientupplevd eller registrerad kontinuitet varken bättre eller sämre



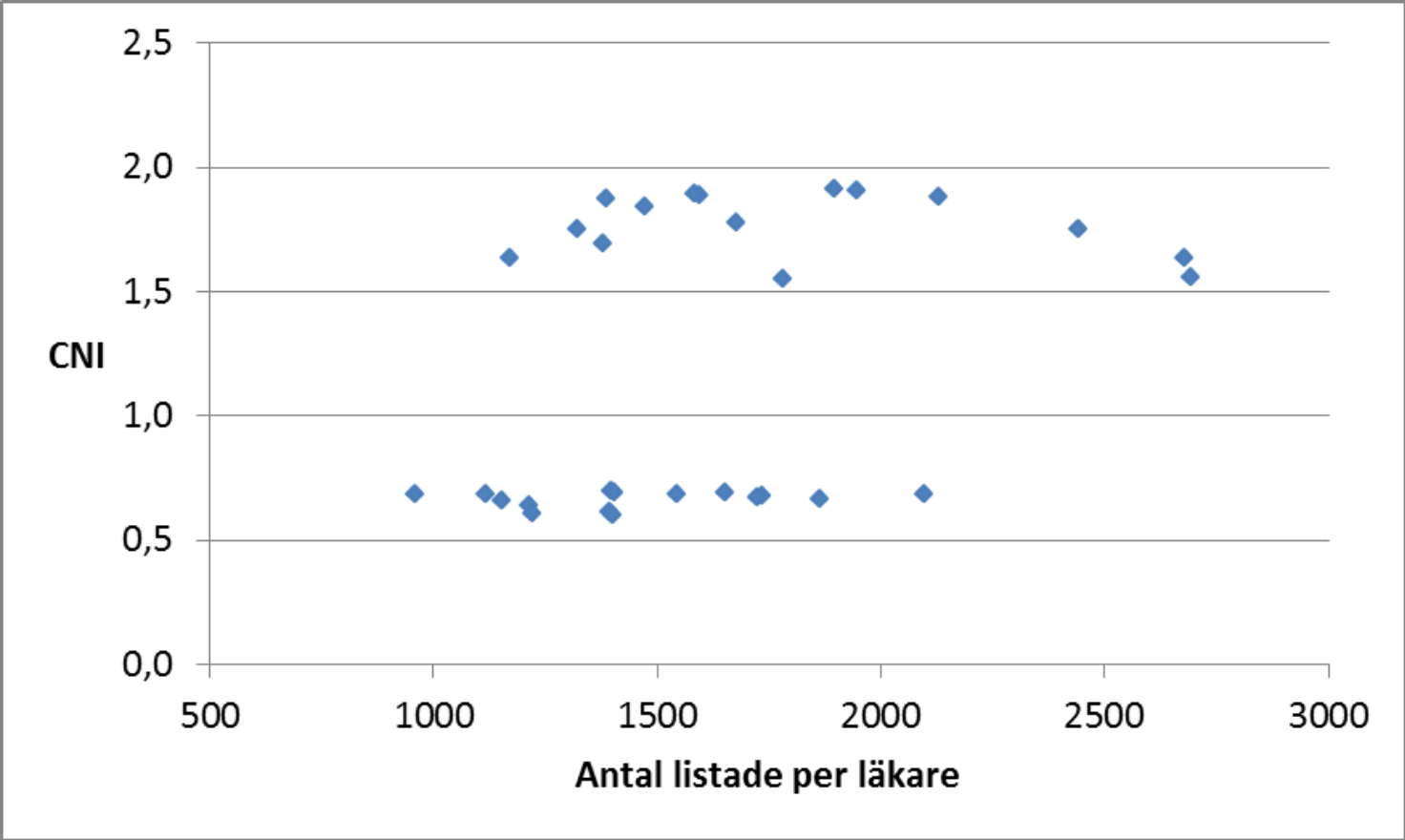
# Total rörelsemarginal (%) och CNI för offentliga vårdcentraler åren 2012-2014.



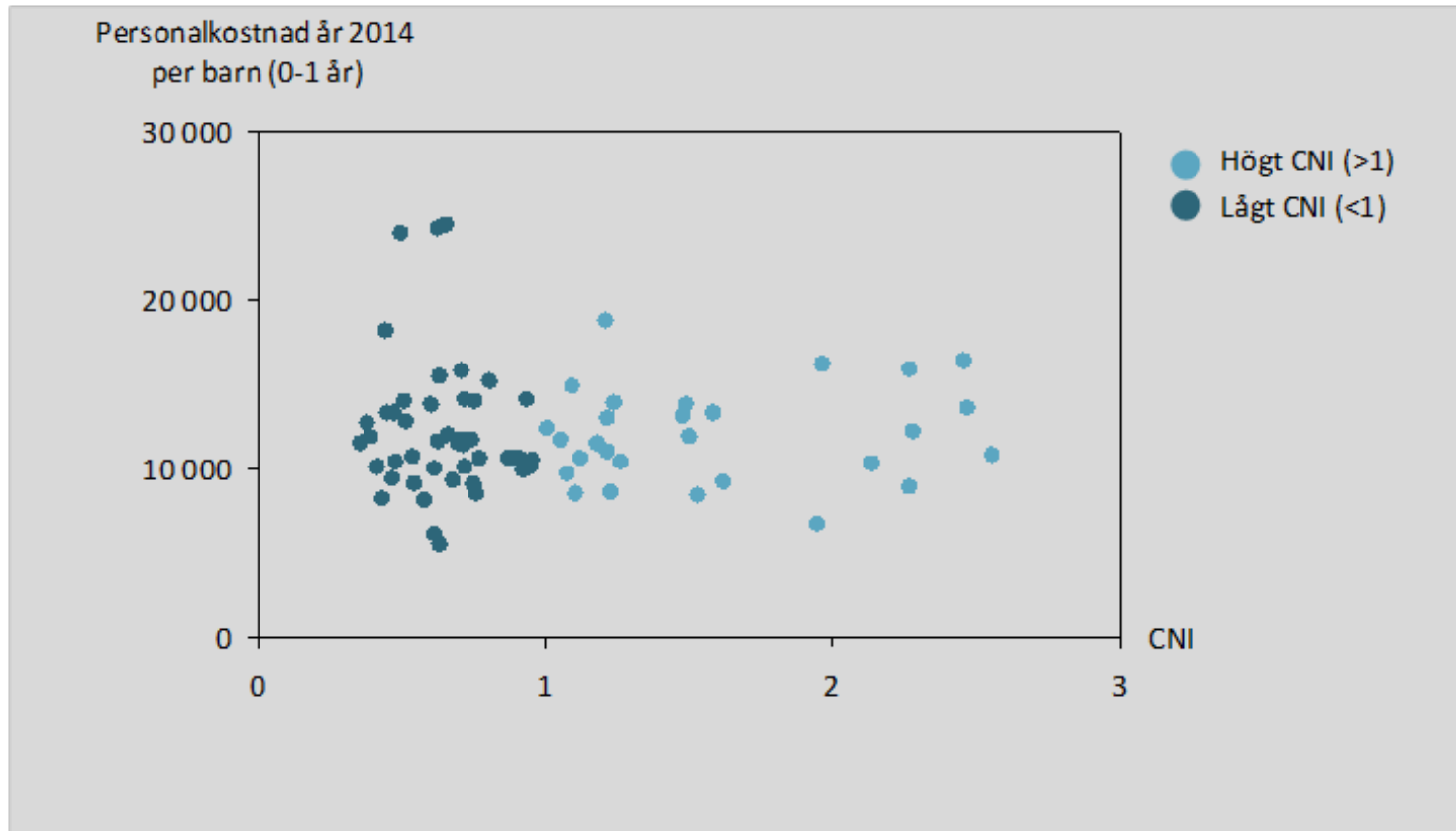
# Marginal för läkemedel och CNI för offentliga och privata vårdcentraler åren 2012-2014.



**Antal listade per läkare (omräknat till heltid, 50% av ST och övriga läkare) och CNI-tyngd för tio offentliga vårdcentraler 2013-2015.**



# Personalkostnad per barn (0-1 år) vid offentliga BVC:er och CNI, år 2014, Region Skåne



Not: I jämförelsen ingår endast data för offentligt drivna BVC:er. Sju BVC:er har exkluderats. En enhet har exkluderats p.g.a. att organisations-ID ej går att verifiera. Fyra enheter har exkluderats då två olika BVC:er som verkar inom samma VC inte särredovisas. Vidare har ytterligare två BVC:er med extremvärden, dvs. med mycket få listade barn och/eller avvikande värden, exkluderats.

Källa: Region Skåne 2015, analys Health Navigator 2015

# Översyn av primärvårdens utveckling

---

- Syfte och metod
- Övergripande resultat
- **Rekommendationer**
- Frågor och diskussion

# Tre övergripande rekommendationer

---

- Det finns anledningar att utveckla både formerna för hur ackrediteringsvillkoren förändras samt styrningens innehåll i form av krav och villkor
- Formerna för hur ackrediteringsvillkoren förändras bör ges hög prioritet
- Uppdragsgivaren bör i ökad grad verka för att främja primärvårdens förutsättningar, snarare än att fokusera primärvårdens innehåll.

# Förtroende för både ackrediteringsvillkor och uppdragsgivare urholkas (ännu mer) utan utveckling mot delaktighet och dialog

---

- Ökad delaktighet kan uppnås bl a genom fler och mindre möten med verksamhetschefer
- Initiativ för att utveckla partnerskap och dialog för bättre primärvård på mera övergripande nivå
  - Branschråd, divisionschefer eller motsvarande
  - Visioner för primärvård i långsiktigt perspektiv
  - Innovationer, behov av kollektiva lösningar
- Beslut om förändrade villkor med längre tidsmässig framförhållning
- Stegvis införande av nya villkor, konsekvensanalys med möjligheter till korrigerering
- Särskild utmaning är hur politiska besluts- och budgetprocessen kan förändras i riktning mot bättre framförhållning

# Utveckling av CNI-ersättnings konstruktion och nivå

---

- Rapportens resultat ger anledning att ompröva CNI-ersättnings nivå och konstruktion, särskilt för läkemedel
- Att avskaffa CNI-ersättningen för att den ger dålig effekt är ett mindre bra argument
- Initiativ för att främja utveckling av kunskapsbaserade hälsofrämjande insatser i områden med högre risk för ohälsa
- Bättre kunskap ger möjlighet till ansvarsutkrävning



# Professionell förankring av styrningen, behov att lyfta medicinskt ledningsansvar

---

- Verksamhetschefers och vårdpersonalens ”ögon och öron” på egentlig kvalitet och patientens upplevelser (snarare än på ackrediteringsvillkoren)
- Utveckling av ”strategigrupp för utveckling av primärvårdens kvalitet” som får ökad betydelse vid beslut om uppföljning och indikatorer och dess användning i styrningen
  - Utifrån den tidigare sk indikatorgruppen
- Angeläget att lyfta betydelsen av samlat medicinskt ledningsansvar på vårdcentraler
  - för att skapa teamarbete och undvika stuprör inom vårdcentralen

# Framtida ackrediteringsvillkor som ger flera olika möjligheter

---

- Fortsatt utveckling av primärvården kräver flexibilitet i ackrediteringsvillkoren
- Förtydliga den flexibilitet som faktiskt finns i nuvarande villkor
- Framtida ackrediteringsvillkor som ger flera olika nivåer av uppdrag och ekonomiskt ansvar?
  - Fokus på kärnverksamhet som passar nya och mindre verksamheter (med högre andel av patienterna som är aktiva patienter)
  - Utökat uppdrag och ekonomiskt ansvar, men bara till vårdcentraler med viss storlek och tillräcklig kompetens
  - Utrymme för innovativ verksamhet genom särskilt uppdrag, men bara till vårdcentraler med förutsättningar att bedriva utveckling-/förändringsarbete

# Översyn av primärvårdens utveckling

---

- Syfte och metod
- Övergripande resultat
- Rekommendationer
- **Frågor och diskussion**