

Läkarförbundets vårdvalsenkät

Innehållsförteckning

1. Inledning	2
1.1 Bakgrund	2
1.2 Syfte	2
1.3 Metod	2
1.4 Representativitet	3
2. Resultatredovisning	4
2.1 Regler och administration	4
2.2. Ersättningsystem	7
2.3 En bättre närsjukvård?	16
3. Slutsatser	20

Läkarförbundet jan 2009
Text och beräkningar:
Susann Asplund Johansson
Kåre H Jansson
Per Johansson
Magnus Lindblå

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Under hösten 2008 genomförde förbundet en skriftlig vårdvalsenkät till allmänläkare verksamma i Halland, Stockholm och Västmanland. Medverkade gjorde även ett urval från sex andra specialiteter som ofta anses samverka med allmänläkarna.

Anledningen till enkäten är den spännande utveckling som nu pågår kring primärvårdens styrformer. Bland annat har riksdagen nyligen stiftat en lag om valfrihetssystem (LOV) för att bereda vägen för vårdvalsmodeller. LOV reglerar villkoren för kommuner och landsting, som önskar konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare till brukaren och patienten. Som komplement till LOV vill regeringen nu även lägga in ett krav på landstingen i hälso- och sjukvårdslagen att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Parallellt med regeringens arbete pågår en helt oberoende process i landstingen där man prövar förändrade styrformer i primärvården – och flertalet landsting och regioner står i begrepp att införa vårdvalsmodeller i någon form. Tre av dessa har redan kommit igång sedan något eller några år. Dessa är Halland, Stockholm och Västmanland.

Läkarförbundet är både lokalt och centralt en viktig diskussionspart i många frågor – och det finns ett stort intresse för vad läkare tycker om de aktuella vårdvalsreformerna. Flera landsting har också kopplat in de lokala läkarföreningarna i direkta förhandlingar när förändringarna skall beslutas och genomföras. Alla parter vinner på ett starkt läkarfackligt inflytande då modellernas design får stor betydelse för vårdens innehåll och medarbetarnas arbetsvillkor. För att reellt kunna bidra i lokala utformningar av vårdvalen är det dock viktigt att läkarkåren kan *samla sina positiva och negativa erfarenheter och formulera en gemensam syn* om vad som ger det bästa utfallet för vården.

1.2 Syfte

Enkäten är riktad "pejling" av läkarnas erfarenheter och åsikter kring vårdvalsmodeller. Dess syfte är främst att ge underlag i det förbundspolitiska arbete som pågår med att formulera riktlinjer för en vårdvalsmodell som resulterar i

- bästa möjliga vård efter behov och med god tillgänglighet för patienterna,
- en god arbetsmiljö för medarbetarna och
- ett effektivt utnyttjande av samhällets resurser.

1.3 Metod

Urval

Läkarförbundet har, av naturliga skäl, riktat enkäten till läkare i de tre landsting som redan infört vårdvalsmodeller. Ur studiesynpunkt är det särskilt spännande att två av dessa befinner sig på var sin ytterlighetskant i modelldesignen. I Halland kombineras en hög vårdpeng med målstyrning av verksamheten medan vårdgivarna i Stockholm lever under en beställarkultur med många rörliga ersättningar. Den påtagliga karaktären av två "kontrollerade experiment" ger en ovanligt bra grund för jämförelser. Av betydelse för studien är även att de tre landstingen haft *helt olika utgångslägen*. I Halland var en stor del av vårdcentralerna tidigare förvaltningsdrivna. I Stockholm har många privata

vårdcentraler haft individuella vårdavtal och i Västmanland har många läkare arbetat privat inom ett familjeläkarsystem.

I undersökningspopulationen ingår ett urval av Läkarförbundets medlemmar i Halland, Stockholm och Västmanland. Populationen har även avgränsats till yrkesverksamma medlemmar och medlemmar med adress i Sverige. Ytterligare riktning av enkäten har skett genom ett urval specialiteter. Dessa är naturligtvis allmänläkare, men även en grupp specialiteter som i högre grad än andra anses samverka med primärvården: ortopedi, geriatrik, ÖNH, hud, kardiologi, psykiatri. Valet har skett i samråd med erfarna distriktsläkare.

En preliminär genomgång av svaren visade att nära 40 procent av allmänläkarna i Stockholms läkarförening antingen var allmänläkare på nationell taxa eller av annan anledning inte berördes av vårdvalet. En komplettering av urvalet med ytterligare ett utskick till 105 av Stockholm läkarförenings medlemmar gjordes. Denna gång endast till läkare med specialistbevis inom allmänmedicin.

Enkätens upplägg

Enkäten består av ett antal påståenden som läkarna ombads bedöma hur väl de stämmer med deras uppfattning i en femgradig skala från (1) "stämmer inte alls" till (5) "stämmer mycket bra". Grad (3) på skalan bedöms motsvara "stämmer". De olika påståendena är företrädesvis konstruerade så att de svarande gör en jämförelse med den styrmodell som gällde innan vårdvalen infördes. Detta gör naturligtvis att svaren blir färgade av uppfattningen om det tidigare systemet. Att utgångslägena som nämnts ovan skiljer sig åt försvårar en jämförelse av deras attityder till de olika vårdvalsmodellerna.

Utskick

Datansamlingen skedde via postenkät. Det gjordes ett huvudutskick samt två påminnelser. Vad gäller det extra urvalet av allmänläkare i Stockholm gjorde endast en påminnelse, det vill säga totalt två utskick.

1.4 Representativitet

Svarsfrekvensen skiljde sig något mellan de olika läkarföreningarna, se nedanstående tabell.

Tabell 1 - Antal i urvalet samt svar och svarsfrekvens			
Förening	Urval	Antal svar	Svarsfrekvens
Hallands läkarförening	273	210	76,9%
Stockholms läkarförening	358	230	64,2%
Stockholms läkarförening extraurval	105	61	58,1%
Västmanlands läkarförening	254	170	66,9%

2. Resultatredovisning

I denna rapport redovisar förbundet svaren för samtliga läkare som angivit att de arbetar på vårdcentral, oavsett specialitet och oavsett om vårdcentralen är offentligt eller privat driven. Läkare som angivit att de arbetar på sjukhus eller enligt den nationella taxan har exkluderats. Det bör även påpekas att förbundet i redovisningen slagit ihop alla svar på den femgradiga skalan från (3) till (5) till ett "instämmer".

Redovisningen är uppdelad i tre avsnitt; *2.1 Regler och administration*, *2.2 Ersättningsystem* och *2.3 En bättre närsjukvård*. Varje avsnitt inleds med ett kortare teoretiskt resonemang. Sedan följer en summarisk beskrivning av respektive landstings vårdvalsmodell. Därefter redogör förbundet för de frågeställningar som styrkt enkäten. Avsnitten avslutas med en redovisning av läkarnas svar.

2.1 Regler och administration

Det regelverk som omger en vårdvalsmodell kan utformas på olika sätt. Ett omfattande regelverk kan å ena sidan upplevas som tydligt, då svaret på många frågor står att finna bland reglerna. Å andra sidan kan en omfattande reglering upplevas leda till intrång i yrkesutövandet. Få och mer generellt utformade regler lämnar större utrymme åt vårdgivaren att själv organisera och lägga upp arbetet, men kan i stället uppfattas som något otydliga.

För den medicinska professionen har hög autonomi i yrkesutövandet alltid varit en strävan. Det kanske viktigaste skälet är karaktären på den verksamhet man bedriver. Hälso- och sjukvården präglas av ständig teknologisk utveckling samtidigt som varje patient är unik och det måste ske en individuell anpassning av vården i varje enskilt fall. För mycket föreskrifter och kontroll riskerar att göra vården stelbent och sämre för patienten.

Professionen brukar också hävda uppfattningen att omfattande och detaljerade regelverk lockar till mer kontinuerliga politiska/administrativa justeringar än mindre och mer generellt utformade regelverk, något som kan göra verksamheten svårplanerad. Ur professionssynpunkt borde därför generella regler – som överlåter mer ansvar på vårdenheterna att själva finna lösningar som bäst gynnar patienten, anställda och ägare – vara att föredra.

Tre landsting

De tre aktuella vårdvalsmodellerna innehåller regler och instruktioner av olika omfattning och detaljeringsgrad. Stockholm har utformat den s.k. regelboken som en avtalstext med ett antal paragrafer. Halland och Västmanland har valt en mer övergripande text med betoning på de mål och riktlinjer som skall uppfyllas. I Västmanland har de många målformuleringar dock utformats på en sådan detaljerad nivå att de närmast blir att jämföra med instruktioner. En skillnad i förhållande till Stockholm är att i Västmanland kommer en avvikelse knappast leda till att auktorisationen dras in, däremot kan bristande måluppfyllelse komma att medföra avdrag på vårdpengen.

Frågeställningar

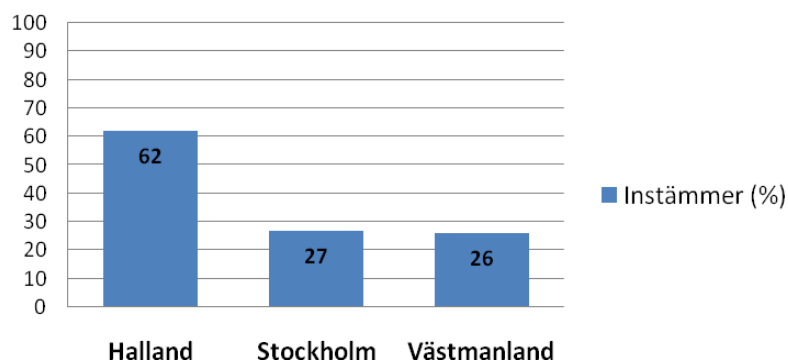
Ger de antaganden som redovisats ovan utslag i enkäten? Anser läkarna i Halland i högre grad än sina kollegor i Stockholm att de har fått större frihet att själva organisera och lägga upp arbetet? Upplever läkarna i Stockholm att uppdraget blivit tydligare med vårdvalet i högre grad än kollegorna i Halland och Västmanland? Hur tycker läkarna i Västmanland att de påverkas av de många och detaljutformade målformuleringarna?

I enkäten har läkarna ombetts att instämna i ett antal påståenden med koppling till dessa frågor.

Resultat

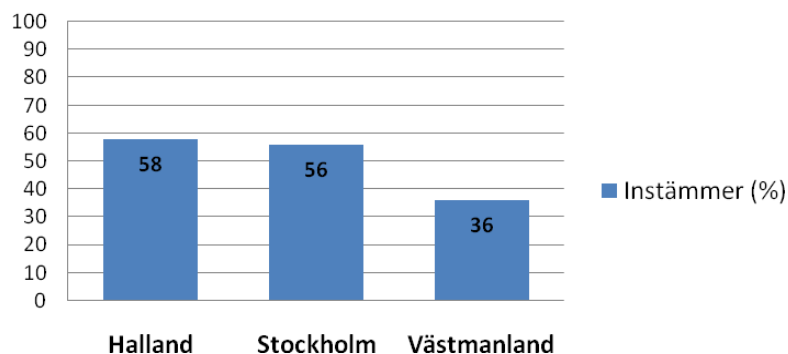
I linje med hypotesen anser läkarna i Halland, till skillnad från läkarna i Stockholm och Västmanland, att de har fått större frihet att själva organisera och lägga upp arbetet, se *figur 1*. En förklaring till den låga siffran i Västmanland är sannolikt att de många målformuleringar på detaljerad nivå upplevs nära nog lika styrande som regler och instruktioner.

Figur 1. "Vårdenheterna har fått större frihet att själva organisera och lägga upp arbetet"



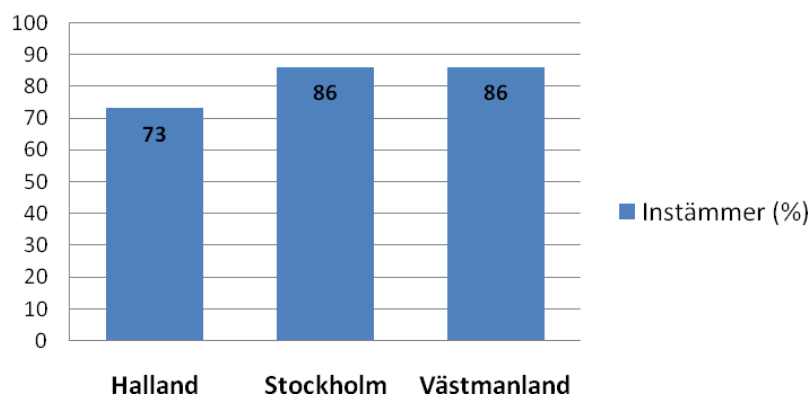
Däremot får antagandet om att detaljstyrning tydliggör uppdraget inte stöd i enkäten. Som framgår av *figur 2* instämmer visserligen mer än hälften av läkarna i Stockholm i påståendet att uppdraget blivit tydligare med vårdvalet. Men även läkarna i Halland upplever att de har fått ett tydligare uppdrag trots det mer generellt utformade regelverket. I Västmanland anser vårdcentralsläkarna att vårdenheterna varken har fått en större frihet eller ett tydligare uppdrag med vårdvalet. En trolig förklaring även här kan vara att de många målformuleringarna, förutom att de upplevs vara för styrande, har en oklar status.

Figur 2. "Med Vårdval har vårdenheterna fått ett tydligare uppdrag"



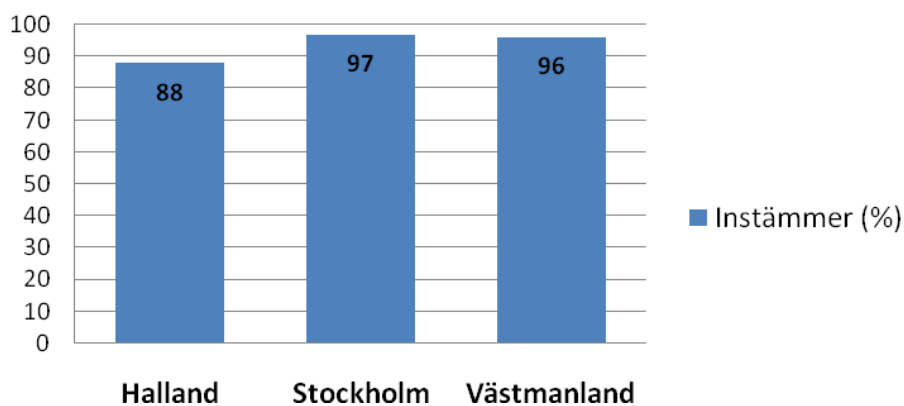
Av figur 3 framgår att de omfattande regelverken framför allt i Stockholm, men även i Västmanland, uppfattas som för detaljerade. Det kanske mest intressanta är emellertid att även läkarna i Halland, trots relativt få regler, upplever att regelverket är på för hög detaljnivå.

Figur 3. "Regelverket är för detaljerat"



I samtliga modeller är det också tydligt att läkarna anser att regelverket leder till för mycket administration och redovisningskrav, se figur 4 – vilket sannolikt hänger ihop med uppfattningen om detaljeringsgraden. Förutom inskränkningar i den professionella autonomi kan ett omfattande och detaljerat regelverk uppfattas leda till att tiden för patientarbete minskar.

Figur 4. "Regelverket leder till för mycket administration och redovisningskrav"



2.2. Ersättningssystem

En av nyckelfrågorna i formandet av ett vårdvalssystem är proportionerna mellan fast vårdpeng och rörlig ersättning. Med en vårdpeng per listad individ får aktivitetsgrad och faktiska vårdkostnader ingen betydelse för enhetens intäkter – samma ersättning utgår oavsett antal patientbesök och oavsett vilka resurser de tar i anspråk. Därmed blir låga produktionskostnader en viktig faktor som kan påverka lönsamheten. Med en rörlig ersättning, som betalas ut i proportion till inrapporterade vårdinsatser, får vårdgivaren en i förväg fastställd ersättning per besök och åtgärd. Detta inbjuder till hög aktivitet så länge de rörliga kostnaderna är lägre.

Att vinsten i fastpengssystemet finns i låga vårdkostnader sporrar vårdgivaren att hålla invånarna friska liksom att ha en hög kvalitet och effektivitet i arbetet. Detta premierar bland annat färre och grundligare *läkarbesök*. Med längre och grundligare besök finns också skäl att anta att kontinuiteten mellan patient och läkare stärks. Tvärtom är det med den rörliga ersättningen som styr till många och korta besök.

Risken för snedvridna prioriteringar finns med båda ersättningsformerna. Vårdgivare som ersätts via vårdpeng har tydliga skäl att attrahera friska och mindre kostsamma invånare liksom att hålla tunga och vårdkrävande patientgrupper ifrån sig. En direkt effekt av detta kan t.ex. bli ökad remittering till den specialiserade vården. Med rörlig ersättning finns inte samma skäl att mota bort någon. Däremot har vårdgivaren ekonomiska motiv att locka de patienter till besök som är mest lönsamma att behandla.

Eftersom vårdgivare som ersätts via en fast vårdpeng har ekonomiskt intresse av att minska kostnaderna per patient finns också motiv att satsa på *preventionsarbete och hälsokontroller*. Vid rörlig ersättning är det hälsofrämjandet arbetet mer beroende av om vårdgivaren får betalt för det eller inte. Kraven på hög vårdkvalitet och effektivitet i det fasta vårdpengssystemet får också till följd att *den professionella kompetensen* bland medarbetarna måste hållas hög. Om ersättningarna i vårdvalsmodellen är rörliga blir det rent ekonomiskt svårare att avsätta tid för fortbildning.

En viktig faktor som ofta också beaktas är möjligheterna till *kostnadskontroll*. Den fasta vårdpengen har i detta avseende en stor fördel – finansören vet alltid i förväg hur mycket vården kommer att kosta givet en viss befolkning. I ett rörligt ersättningssystem styr finansören visserligen priserna men inte antalet åtgärder som produceras. Vill finansören skydda sin utgiftsram återstår alternativet att sätta tak för antalet åtgärder.

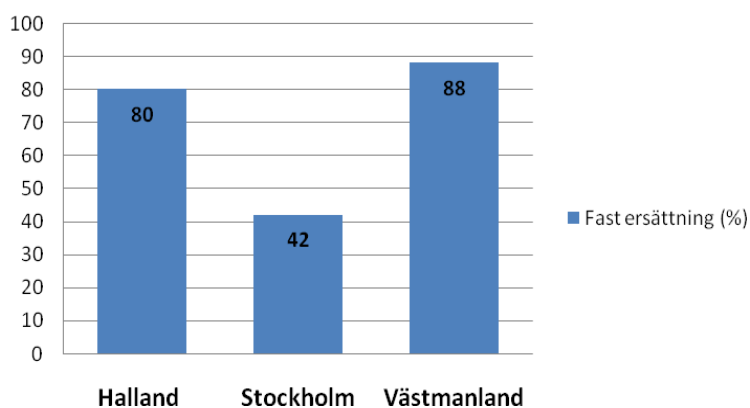
Genom att kombinera vårdpengen med den rörliga ersättningen kan de negativa styrsignalerna i båda ersättningsformer balanseras. Man kan också *väga in vårdtyngd* i den fasta vårdpengen via index som justeras efter åldersstruktur, diagnoser eller socioekonomiska förhållanden. En tredje metod är att *komplettera ersättningssystemen med en bonus eller ersättningsreducering* i relation till någon form av måluppfyllelse, t.ex. när det gäller nivån på vårdproduktionen, kvaliteten på behandlingen eller inriktningar för folkhälsan.

Sannolikt mildras oönskade styreffekter även av *konkurrensen om patienter* då vårdenhetens rykte är avgörande för dess lönsamhet. Reell konkurrens innebär bland annat att vårdgivare *verkar på lika och stabila villkor* (ett vanligt problem är att villkoren skiljer sig mellan offentliga och privata vårdgivare). Nära besläktat är att det råder långsiktiga och ekonomiskt hållbara förhållanden. *Risker* i det avseendet får negativ påverkan på entreprenörers vilja att investera tid och pengar i egen verksamhet.

Tre landsting

Figur 5 visar grunddragen i Hallands-, Stockholms- och Västmanlandsmodellens ersättningssystem. Som framgår är de konstruerade på olika sätt. Både Västmanlands- och Hallandsmodellen vilar på en hög vårdpeng som utgör 88 respektive 80 procent av årsintäkten. Stockholms vårdvalsmodell är en kombination med övervägande andel rörlig ersättning – man räknar med att knappt 40 procent av årsintäkten kommer från den fasta vårdpengen. Samtliga tre landsting har differentierat vårdpengen på fyra ålderskategorier. Däremot har inget av landstingen viktat den efter diagnoser eller socioekonomiska förhållanden. Västmanland och Stockholm har vidare bonus och viten för bristande måluppfyllelse i olika avseenden på 2-3 procent av utbetald vårdpeng. Halland har ett avdrag för de vårdgivare som inte fångar upp en tillräckligt stor andel av sina patienters besök i öppenvården. I nuläget uppgår detta avdrag till i genomsnitt ca 10 procent.

Figur 5. Ersättningssystemen i vårdvalsmodellerna



Frågeställningar

Får redovisade antaganden kring drivkrafter i vårdpengen och den rörliga ersättningen utslag i enkäten? Ger Hallands- och Västmanlandsmodellerna – som båda har hög en vårdpeng – längre läkarbesök, mer preventivt arbete, bättre kompetensutveckling och god kostnadskontroll? Kan man här skönja en generell vilja hos vårdgivarna att mota bort mer vårdkrävande patientgrupper? Är bilden den omvända i Stockholmsmodellen där andelen rörlig ersättning är betydligt högre? Finns här framför allt fokus på många och korta patientbesök?

Och hur väl fungerar konkurrensen i de tre modellerna? Verkar vårdgivarna på lika villkor? Tar de stora ekonomiska risker?

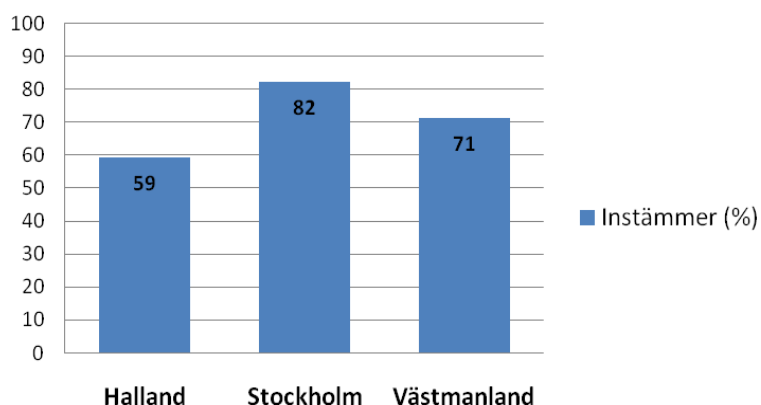
Även här har läkarna i enkäten ombetts att instämma i ett antal relaterade påståenden.

Resultat

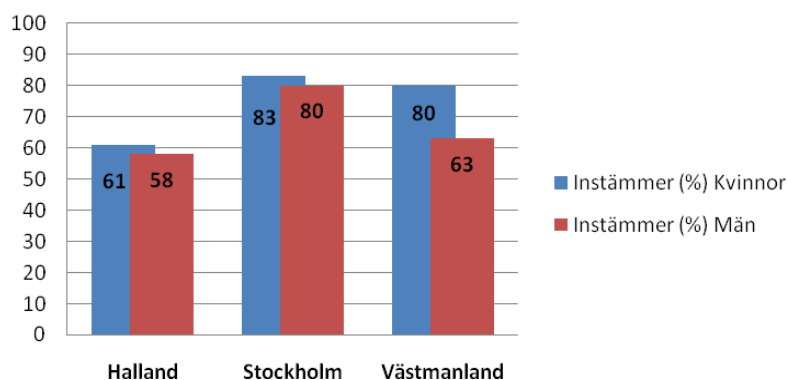
En majoritet av läkarna i samtliga tre landsting instämmer i att man nu anstränger sig mer för korta väntetiderna, se figur 6. Andelen som håller med är dock med god marginal störst i Stockholm. Detta är helt i linje med hypotesen om att en vårdvalsmodell med övervägande rörlig ersättning premierar besöken mer. Men resultatet visar också att man kan känna press att korta väntetiderna i en modell med hög fast vårdpeng. Det som annars sticker ut mest är den höga andelen instämmande svar i Västmanland – trots att deras vårdvalsmodell har minst andel rörlig ersättning. Som framgår av figur

7 nedan beror detta främst på svaret från de kvinnliga läkarna, d.v.s. de upplever i betydligt högre utsträckning än sina manliga kollegor att de nu anstränger sig mer för att korta väntetiderna.

Figur 6. "Vi anstränger oss mer för att korta väntetiderna"

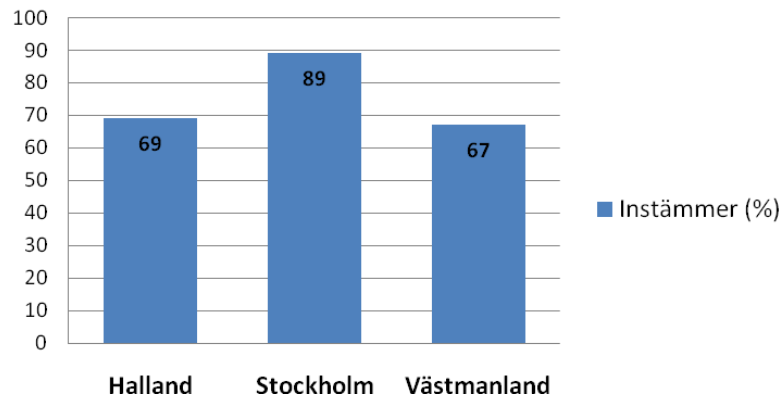


Figur 7. "Vi anstränger oss mer för att korta väntetiderna" - fördelat på kön

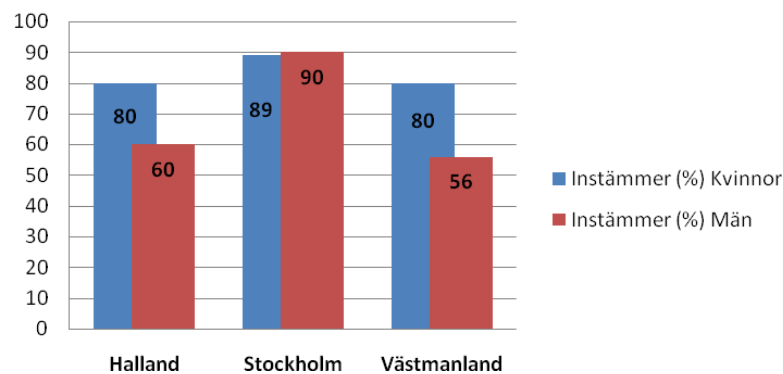


Ansträngningarna att korta väntetider upplevs inte som något helt positivt. Av figur 8 framgår att en majoritet av läkarna i samtliga landsting anser att korta besök premieras för mycket – även här med Stockholm i en betryggande ledning. I svaren från Halland och Västmanland bör också noteras att det framför allt är de kvinnliga läkarna som är negativa, se figur 9.

Figur 8. "Många korta besök premieras för mycket"

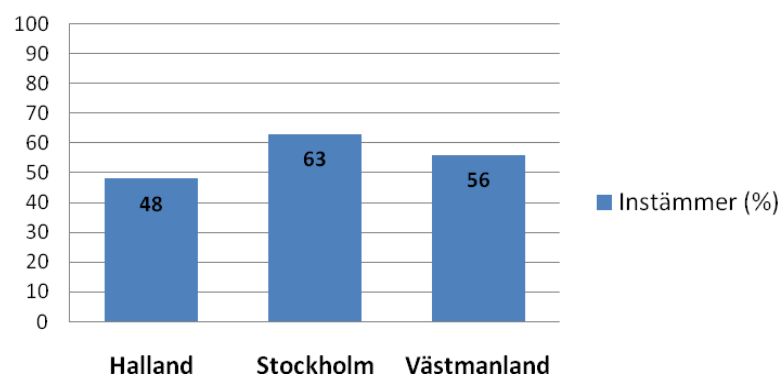


Figur 9. "Många korta besök premieras för mycket"
- fördelat på kön



Hypotesen om ett samband mellan besökens längd och kontinuiteten mellan patient och läkare får också ett visst stöd i studien. Läkarna i Stockholm, som uppenbart känner mest stress att korta besöken, upplever i något högre utsträckning än sina kollegor i de övriga landstingen att det blivit svårare att upprätthålla kontinuiteten, se *figur 10*.

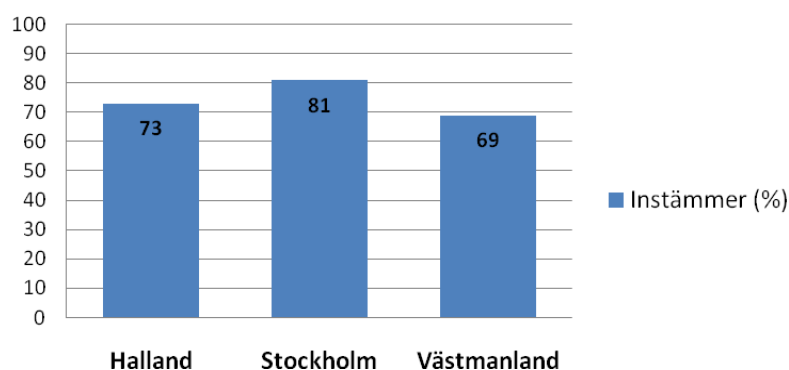
Figur 10. "På min enhet har vi fått svårare att upprätthålla kontinuiteten mellan patient och läkare"



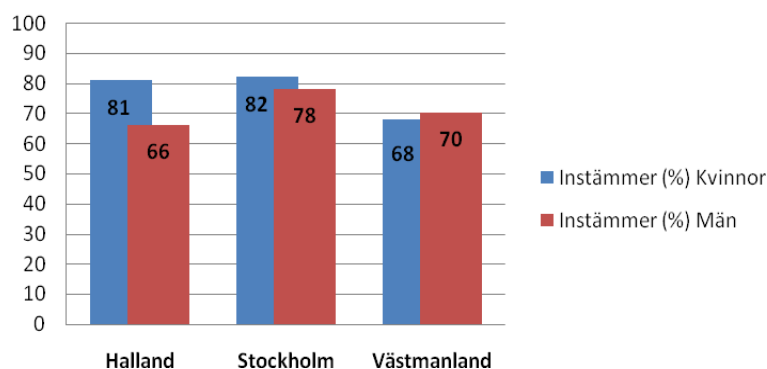
Av figur 11 framgår att en majoritet av läkarna i alla tre landsting instämmer i att det blivit svårare att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov. Sett enbart på Halland och Västmanland ger detta stöd för antagandet om att hög vårdpeng leder till bortprioritering av tunga patientgrupper. Samtidigt motsägs hypotesen av att andelen läkare som ser svårigheter att prioritera de svårast sjuka är högst i Stockholm. Men detta kan sannolikt förklaras av hur man där prissatt besöken. Som tidigare angivits upplever läkarna i Stockholm att korta besök premieras för mycket – och svårt sjuka patienter kräver i regel längre läkarbesök för att kunna ges adekvat behandling.

Intressant med svaren är också att de kvinnliga läkarna i Halland ser betydligt större svårigheter kring prioriteringarna jämfört med sina manliga kollegor, se figur 12.

Figur 11. "På min enhet har vi fått det svårare att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov"



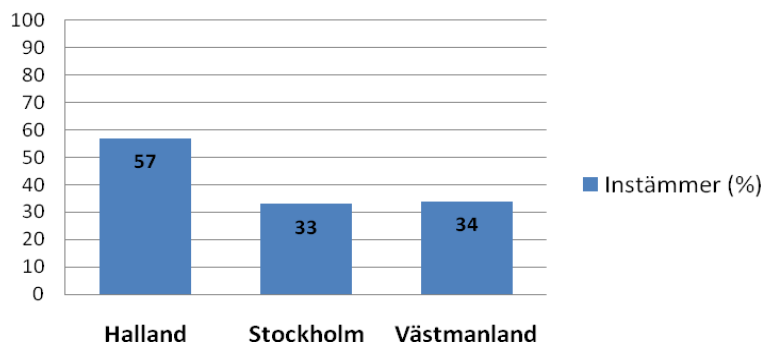
Figur 12. "På min enhet har vi fått det svårare att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov" - fördelat efter kön



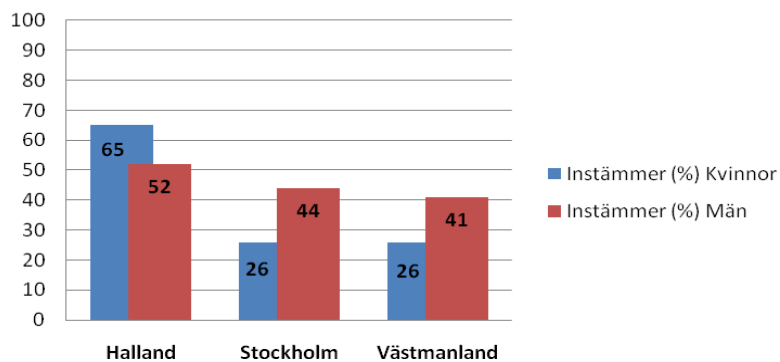
Ett vårdpengssystem kan också antas ge starka impulser att skicka sina kostsamma patienter vidare – främst genom remittering till den övriga specialiserade vården. Men som framgår av figur 13 motsägs hypotesen av läkarnas svar i Halland. Där menar en majoritet att remissflödet till den specialiserade sjukvården t.o.m. minskat (betydligt färre delar denna uppfattning i Stockholm och Västmanland). Svaren i Halland är dock sannolikt ett utslag av den s.k. täckningsgrad som åläggs vårdenheterna för att full ersättning skall utgå, men kan också vara ett utslag av det omfattande grunduppdraget som borde innebära att remisserna minskar.

När det gäller remissflödets skiljer sig uppfattningen starkt mellan kvinnliga och manliga läkare i alla tre landsting, se *figur 14*.

Figur 13. "Remissflödet till den specialiserade vården har minskat"

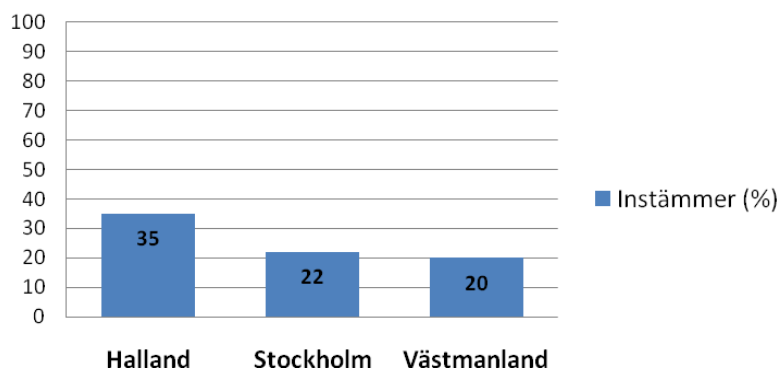


Figur 14. "Remissflödet till den specialiserade vården har minskat" - fördelat efter kön



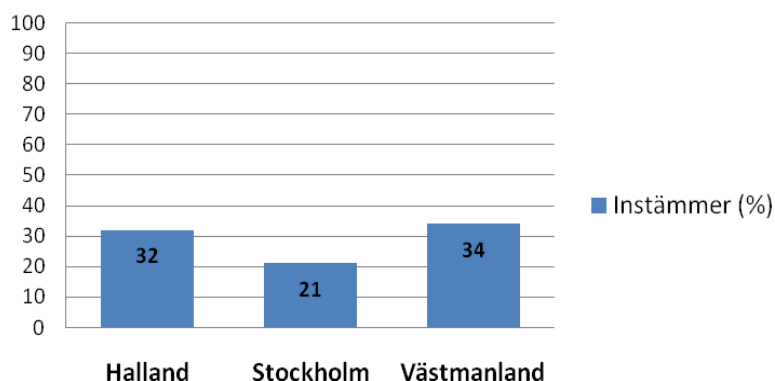
Som *figur 15* nedan visar är det få av läkarna i de tre landstingen som menar att möjligheterna till professionell kompetensutveckling förbättras. Även om siffran är något högre i Halland än övriga talar detta emot antagandet om att hög kapitering särskilt stimulerar fortbildning.

Figur 15. "Möjligheter till professionell utveckling har förbättrats"



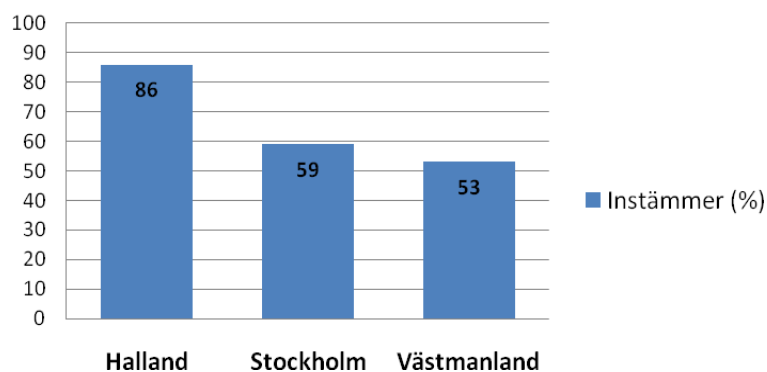
Likaså är det få av läkarna som menar att ersättningssystemet i sitt landstings vårdvalsmodell premierar det preventiva arbetet, se *figur 16*. Inte heller på denna punkt finns således något kraftigt stöd för antagandet om att hög vårdpeng skulle vara särskilt gynnsamt.

Figur 16. "Ersättningssystemet premierar ett hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt"

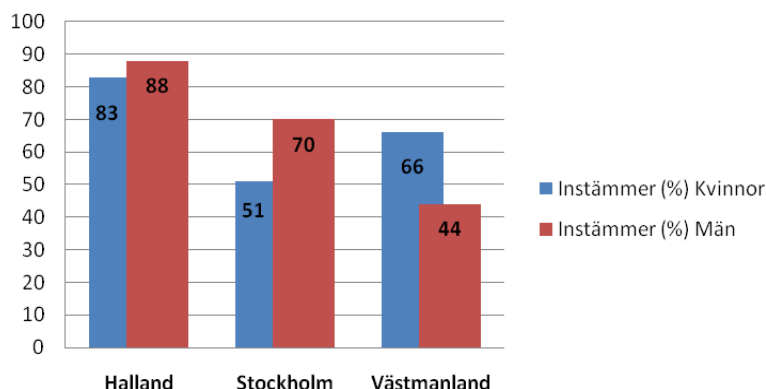


Om man jämför Halland och Stockholm får antagandet om att en hög vårdpeng per automatik ger god kostnadskontroll stöd i läkarnas svar, se *figur 17*. Vad som förvånar är Västmanland där endast hälften av läkarna tycker att kontrollen förbättrats, trots att man där har högst andel vårdpeng av samtliga tre landsting. Förvånande är också de stora skillnader i uppfattning om kostnadskontrollen som finns mellan kvinnliga och manliga läkare. Som *figur 18* visar menar betydligt färre kvinnliga än manliga läkare i Stockholm att kontrollen förbättrats – i Västmanland är förhållandena de omvända. Efter intervjuer har framkommit att många läkare inte ansett sig kunna bedöma kontrollen och att frågan lätt missförstås.

Figur 17. "Vårdvalsreformen har troligen lett till bättre kostnadskontroll"

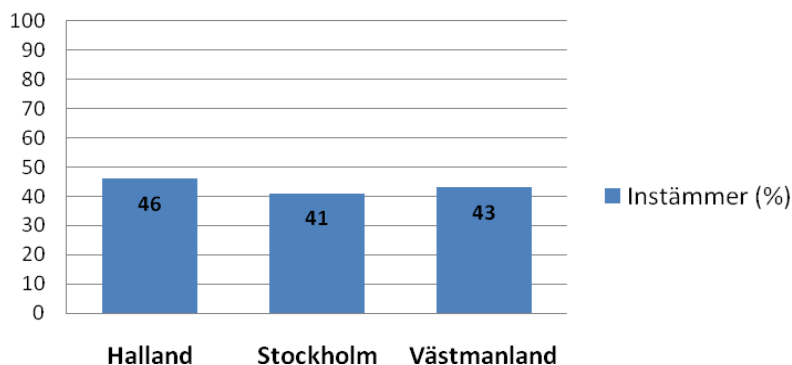


Figur 18. "Vårdvalsreformen har troligen lett till bättre kostnadskontroll" - fördelat på kön

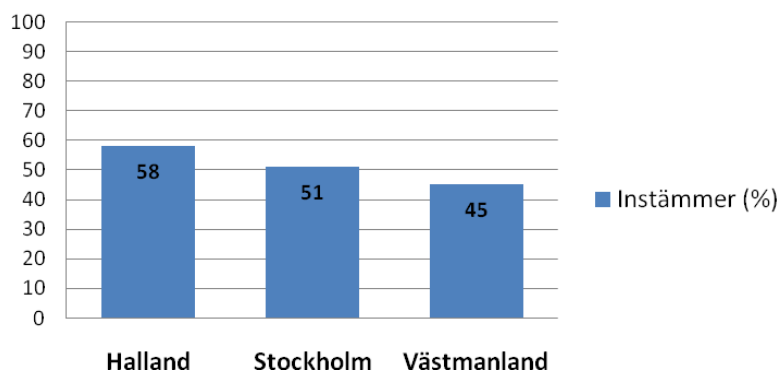


Läkarna ger i samtliga landsting ett medelmåttigt betyg till konkurrensen i vårdvalsmodellen. Mindre än hälften av läkarna i de tre landstingen anser exempelvis att konkurrensen sker på någorlunda lika villkor, se *figur 19*. Som framgår av *figur 20* är det något fler som tycker att de ekonomiska riskerna är hanterbara för enheten. Här skiljer det sig dock en del mellan manliga och kvinnliga läkare – varav de förstnämnda ser något större risker i Halland och Stockholm men betydligt mindre risker i Västmanland, se *figur 21*.

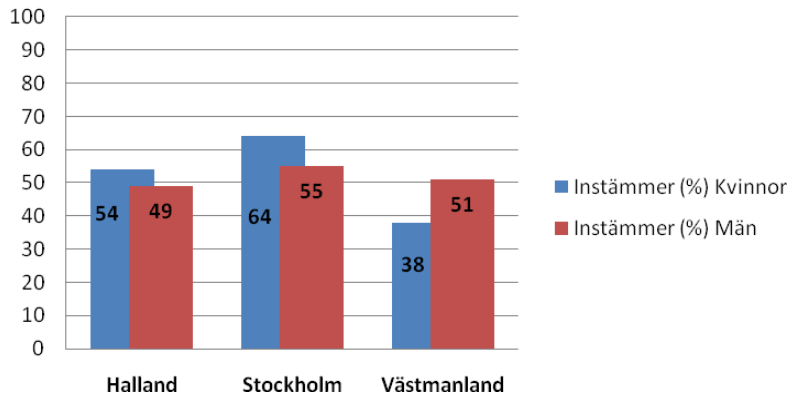
Figur 19. "Konkurrensen mellan enheterna sker på rimligt lika villkor"



Figur 20. "De ekonomiska riskerna för min enhet är hanterbara"

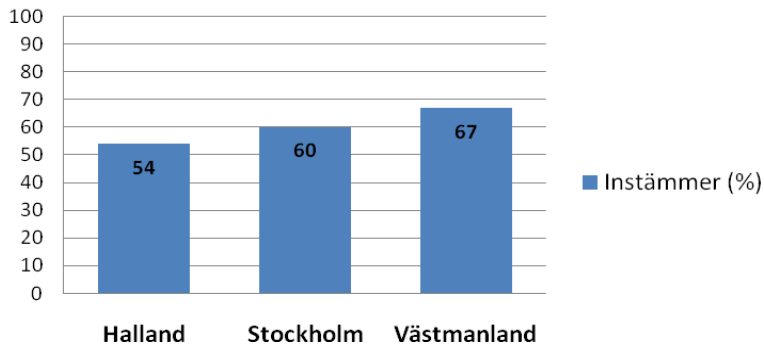


Figur 21. "De ekonomiska riskerna för min enhet är hanterbara" - fördelat efter kön



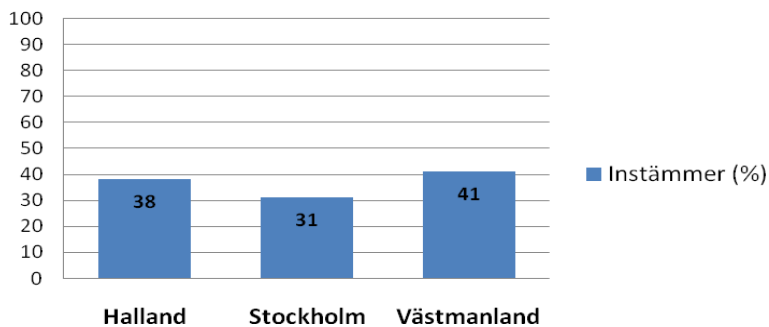
Ett starkt mått på hur konkurrensen fungerar är också om läkarna upplever att de måste anstränga sig för bemöta patienterna på ett bra sätt. Av *figur 22* framgår att en majoritet av läkarna i alla tre landstingen anser detta – även om det främst är Västmanland som här utmärker sig i positiv mening. Svaret på denna fråga är naturligtvis också starkt beroende av hur man uppfattar att man ansträngt sig tidigare.

Figur 22. "Vi anstränger oss nu mer för att bemöta patienterna på ett bra sätt"



Av särskilt intresse är naturligtvis vilket betyg ersättningsystemen i de tre vårdvalsmodellerna får totalt sett. Som *figur 23* visar blir det relativt lågt för samtliga landsting.

Figur 23. "Jag är i stort sett nöjd med utformningen av ersättningsystemet"



2.3 En bättre närsjukvård?

I en vårdvalsmodell åtar sig alla ackrediterade vårdgivare utföra ett gemensamt grunduppdrag gentemot de listade invånarna. Det är upp till varje landsting att bestämma omfattning av uppdraget. Det mer omfattande grunduppdraget betonar ett helhetsansvar för individen. Vårdgivaren ansvarar, i egen verksamhet eller genom samarbetsavtal, för tillgång till de kompetenser som krävs för att möta patienternas vårdbehov. Med ett omfattande grunduppdrag följer också ett stort kostnadsansvar för de produktionsresurser som vårdutbudet kräver.

Vill landstinget formulera ett snävare grunduppdrag kan det begränsas till de tjänster som kräver en allmänläkares kompetens. Teamarbete och samverkan med andra yrkesgrupper kan åstadkommas genom att vårdgivaren åtar sig olika tilläggsuppdrag tillsammans med dessa.

Rimligtvis borde ett samlat behandlings- och kostnadsansvar för en stor del av patienternas vård, dvs. ett omfattande uppdrag, kunna avhjälpa en del av den gränsdragningsproblematik som i dag råder mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Ett sådant uppdrag borde även öka förutsättningarna för fungerande vårdprocesser. Det betonar helhetsansvaret för patienten, gruppens ansvar för den gemensamma ekonomin och ger gruppen starka incitament att fördela arbetet på det sätt som gynnar patienter och företagets ägare och anställda bäst.

Tre landsting

Både i Hallands- och Västmanlands vårdvalsmodeller är grunduppdraget omfattande. I Halland har man valt att lägga ett större kostnadsansvar på vårdgivaren än i Västmanland. I Stockholm är vårdvalet uppdelat på sex mer avgränsade uppdrag, där husläkarverksamheten är ett.

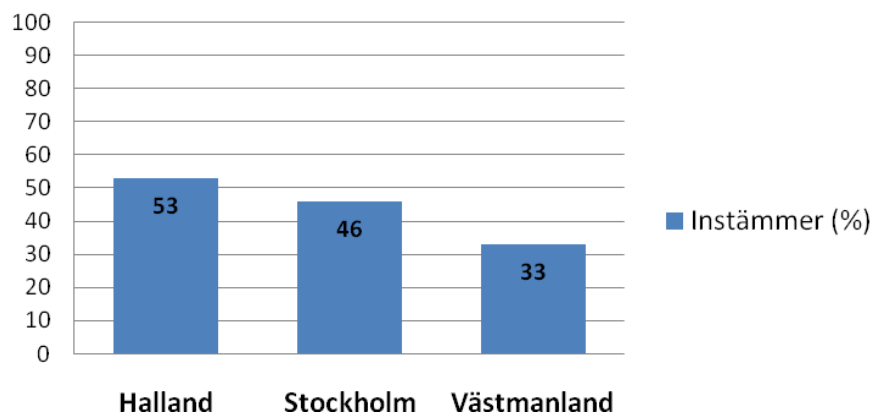
Frågeställningar

Även här är frågan om de antaganden som redovisas ovan ger utslag i enkäten. Anser läkarna i Halland och Västmanland, i högre grad än i Stockholm, att närsjukvården förbättrats med vårdval och att det har förbättrat vårdprocessen för patienterna? Innebär ett mer omfattande uppdrag och ett större kostnadsansvar att samarbetet med den övriga specialiserade vården har blivit bättre?

Resultat

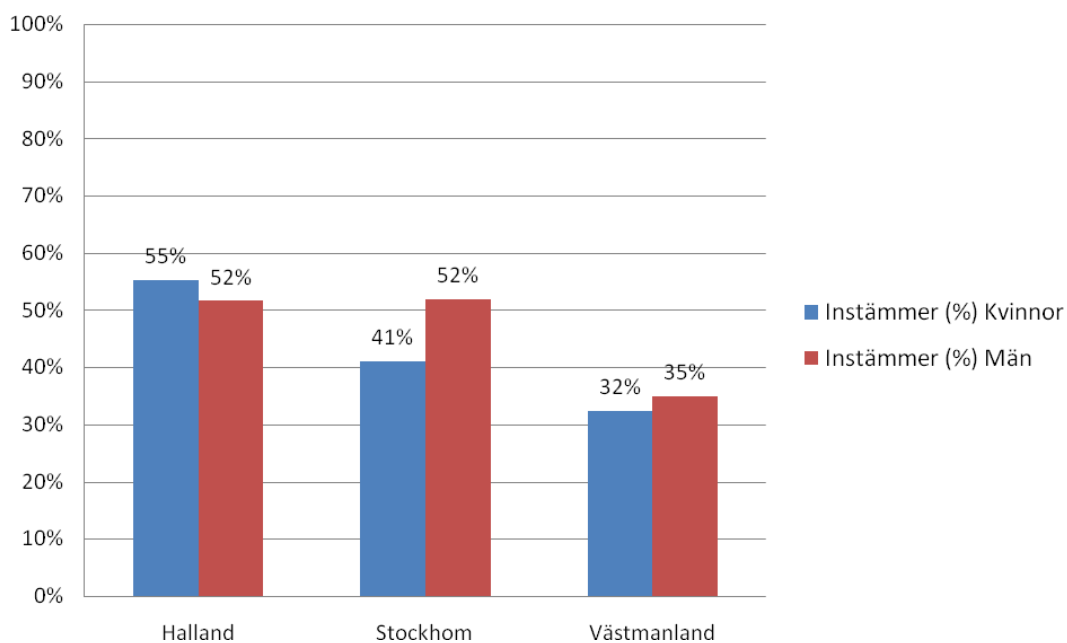
Andelen läkare som menar att vårdval kommer att leda till en bättre närsjukvård är högst i Halland, se figur 24, vilket i viss mån ger stöd för antagandet om att ett mer omfattande uppdrag förbättrar närsjukvården. Samtidigt motsägs tesen av svaren i Västmanland där andelen instämmande läkare utgör endast en tredjedel. På denna fråga har vi valt att även redovisa de åsiktsskillnader som råder mellan könen, mellan de äldre och yngre läkarna samt mellan de som är verksamma privat och de offentligt anställda. Det har inte varit möjligt att inom ramen för detta arbeta närmare analysera bakgrunden till de skillnader vi ser här. Vi bedömer dock att deras svar på denna fråga är relativt representativ för hur dessa grupper ställt sig till många av påståendena i enkäten.

Figur 24. "Vårdvalsreformen kommer att leda till att närsjukvården i lt förbättras"



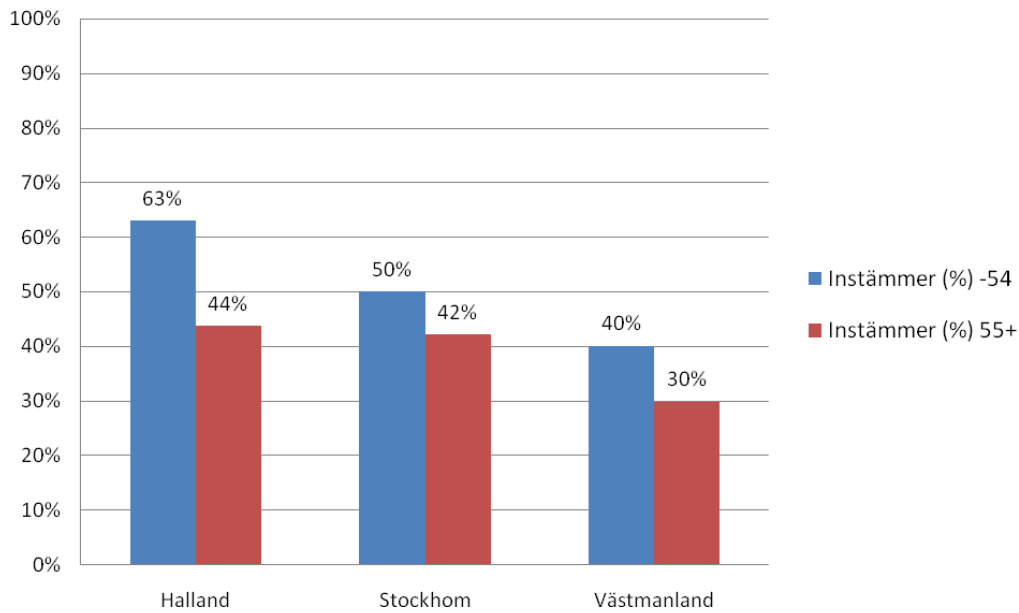
Figur 24 b. "Vårdvalsreformen kommer leda till att närsjukvården förbättras"

Könsuppdelat



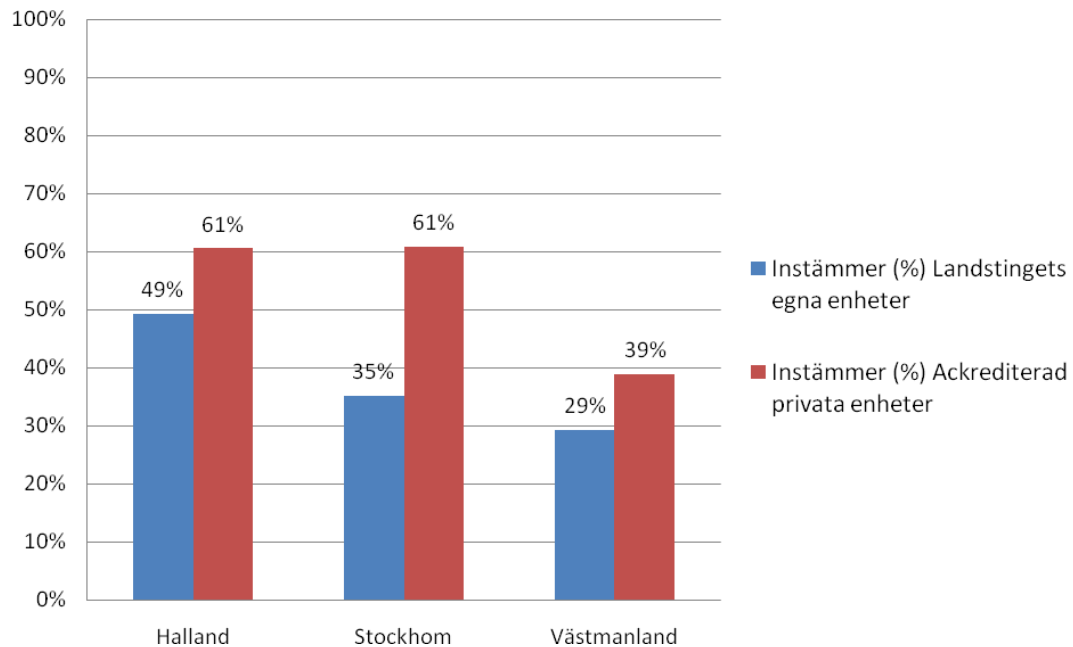
Figur 24 c. "Vårdvalsreformen kommer leda till att närsjukvården förbättras"

Åldersuppdelat –54 år/över 54 år



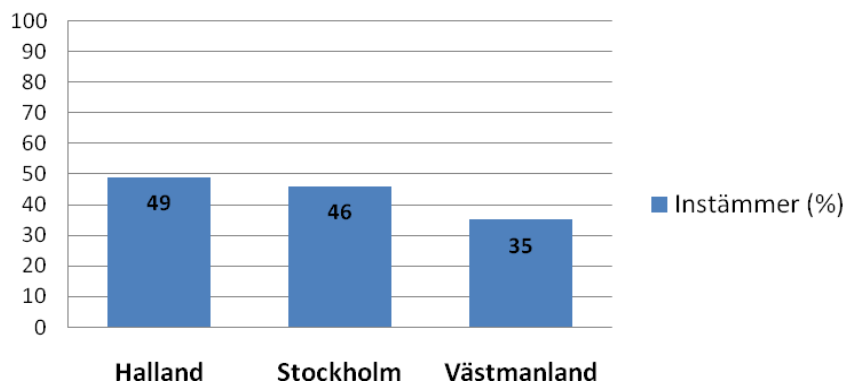
Figur 24 d. "Vårdvalsreformen kommer leda till att närsjukvården förbättras"

Uppdelat på privat verksamma och offentligt anställda



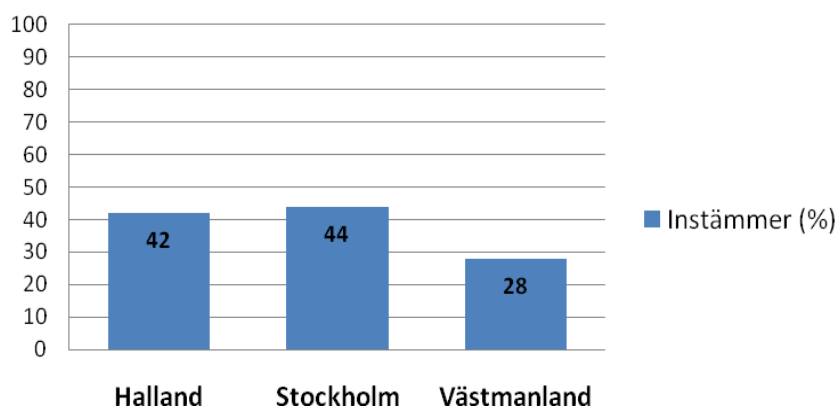
Som framgår av *figur 25* delar dessutom knappt hälften av läkarna i Halland och drygt en tredjedel i Västmanland uppfattningen att vårdval leder till bättre fungerande vårdprocesser för patienten. Även på denna punkt får således antagandet om det positiva med omfattande uppdrag ett ganska svagt stöd bland läkarna.

Figur 25. "Vårdvalsreformen har möjliggjort en bättre vårdprocess för många patienter"



Likaså är det ett relativt svagt stöd för hypotesen om att ett omfattande uppdrag stärker samarbetet mellan vårdnivåerna. Som framgår av *figur 26* anser mindre än hälften av läkarna i samtliga landsting att samarbetet med den specialiserade vården blivit bättre. Dock finns stora skillnader i uppfattning mellan kvinnliga och manliga läkare i Stockholm och Västmanland, där männen är betydligt mer positiva. Den samlade bilden blir likväl att inget av vårdvalsmodellerna riktigt löst alla otydligheter kring ansvarsgränserna mellan vårdnivåer och olika huvudmän – oavsett uppdragets storlek.

Figur 26. "Samarbetet med den specialiserade vården har blivit bättre"



3. Slutsatser

Vilken vårdvalsmodell vinner om vi lyssnar på de verksamma läkarna? Den hypotes vi fått bekräftad säger kortfattat att generella regler, hög fast vårdpeng och ett omfattande uppdrag resulterar i en betydligt bättre vård än många preciserade regleringar, rörliga ersättningar och ett mer begränsade vårduppdrag. Vid en sammanvägning blir Halland den potentiella "segraren" och Stockholm och Västmanlandsmodellen kommer ganska långt efter.

På de flesta påståendena svarar läkarna i Stockholm, Halland och Västmanland i stort sett som förväntat i relation till varandra. I de fall man inte gör det går det ofta att hitta en naturlig förklaring i tekniska delar i modelldesignen. Något som sticker ut i resultaten är den låga andelen läkare i Västmanland och Halland som instämmer i påståendet att samarbetet med den specialiserade vården blivit bättre med vårdval. Uppenbarligen försvagar detta vår hypotes om att ett omfattande grunduppdrag minskar de gränsdragningsproblem som finns mellan primärvården och den specialiserade vården. Något annat måste således till för att tydliggöra arbetsfördelning och kostnadsansvar mellan vårdnivåerna.

En annan slutsats av enkäten är att läkarna som helhet är ganska kritiska till vårdvalsmodellerna. En rimlig förklaring till detta är att de är färgade av den styrkultur som gällde inom landstinget innan vårdvalet infördes. Som exempel har alla tre landsting i sina vårdvalsmodeller tonat ner knytningen till en namngiven familjeläkare jämfört med tidigare, vilket sannolikt uppfattas som något negativt. En annan förklaring kan vara att ersättningarna i modellen har blivit för låga. En tredje förklaring kan helt enkelt vara att läkarna förhåller sig avvaktande till vårdvalet för att det handlar om ett nytt system och som kommer att kräva ett antal justeringar.

Med tanke på svårigheterna att rekrytera läkare till primärvården är det också intressant att notera den skillnad i synen på vårdvalsmodellerna som finns mellan kvinnliga och manlig läkare, mellan yngre och äldre läkare samt mellan de som är verksamma privat och de offentligt anställda. Här framkommer t.ex. ganska klart att yngre är mer positiva än äldre läkare. En närmare analys av detta får vi återkomma till.

Det främsta värdet med denna utvärdering är att den ger underlag för landstingens fortsatta utvecklingsarbete. Från dessa enkätsvar kan landstingen ta med sig mycket när det gäller att forma regler, ersättningssystem och uppdrag. Men den kanske främsta lärdomen är ändå att den ideala modellen ännu inte fått sin form. Även om Hallandsmodellen har flertalet goda egenskaper och förtjänar erkännande som en slags förebild återstår en hel del att göra. Det måste exempelvis bli mer fördelaktigt att satsa på de svårast sjuka. Likaså bör det preventiva arbetet liksom investeringar i fortbildning m.m. löna sig bättre. Man måste också fundera kring vilka komponenter som måste till för att stärka vårdkedjan och samarbetet med den specialiserade vården kring patienten.