LUND UNIVERSITY

Primärvårdens resurser, styrning och organisation

En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien

Anell, Anders

2017

Link to publication

Citation for published version (APA):
Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. (PM; Vol. 2017, Nr 1). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. http://www.vardanalys.se/Rapporter/2017/Primarvardens-resurser-styrning-och-organisation/

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

PM 2017:1

Primärvårdens resurser, styrning och organisation

En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien

vårdanalys

Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-87213-69-4
www.vardanalys.se

Primärvårdens resurser, styrning och organisation

En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien

vårdanalys

Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektör Fredrik Lennartsson. Projektdirektör Marianne Svensson har varit föredragande.

Stockholm 2017-06-30
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Marianne Svensson
Föredragande

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. I uppdraget har vi genomfört flera delstudier med utgångspunkt i befintlig kunskap och data. Baserat på dessa studier sammanfattar vi kunskapen och identifierar lärdomar för den fortsatta utvecklingen av primärvården. Vi identifierar tre utvecklingsområden för att primärvården ska bli den tydliga bas i hälso- och sjukvården som den är tänkt att vara - primärvårdens uppdrag och funktion behöver tydliggöras, den behöver få en ändamålsenlig kompetens och resurser samtidigt som dess utvecklingskraft och förutsättningar för lärande behöver stärkas. Resultaten presenteras i rapporten *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (2017:3).*

Som en del i detta uppdrag vände sig Vårdanalys till Anders Anell, professor vid Lunds universitet, för att göra en fallstudie av primärvårdssystemen i Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien. Denna PM är hans redovisning av detta arbete och är ett underlag till Vårdanalys huvudrapport (Rapport 2017:3). Delar av den internationella jämförelsen redovisas i huvudrapporten, men redovisas här i sin helhet. Just nu pågår intensiva diskussioner om hur svensk primärvård kan stärkas. Det är vår förhoppning att denna promemoria kan tjäna som ett kunskapsunderlag för dessa diskussioner.

Stockholm i juni 2017
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Sammanfattning

I denna promemoria redovisas fallstudier av primärvården i fyra länder: Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Primärvården i dessa länder har bedömts som förhållandevis stark i tidigare internationella studier. Detta gör en jämförelse med svenska förhållanden särskilt intressant. Redovisningen följer ett gemensamt ramverk för primärvårdens funktion och organisation som utformats av Vårdanalys. Ramverket skiljer mellan resursmässiga förutsättningar, styrning, samordning och kontinuitet, tillgång och omfång samt arbetssätt. Underlag för fallstudier har i första hand hämtats från tillgänglig statistik och publicerade rapporter.

Resursmässiga förutsättningar

Eftersom primärvård kan definieras och organiseras på många olika sätt är det mycket svårt att jämföra de utgifter som redovisas från olika länder. Svensk primärvård har en tradition av att olika personalresurser och kompetenser organiseras samlat, med vårdcentralen som gemensam bas. I flertalet andra länder återfinns exempelvis sjukgymnaster i egna privata mottagningar. Arbetsterapeuter och sjuksköterskor arbetar i högre grad i kommunal regi eller motsvarande. Mot bakgrund av svårigheter att jämföra uppgifter om primärvårdens utgifter har frågor om personalresurser och mottagningarnas bemanning fokuserats.

Svensk primärvård har lägst antal läkare i primärvården både 2002 och 2014 i jämförelse med primärvården i de fyra länderna. Sverige har också minst andel av samtliga läkare som är verksamma i primärvården både 2002 och 2014. Det kan också noteras att andelen läkare i primärvården har minskat i samtliga länder mellan dessa år, även i Sverige. Utvecklingen mot en minskad andel läkare i primärvården tycks således oberoende av hur hälso- och sjukvården i stort finansieras och organiseras.

Även om de länder som studerats har mer resurser i primärvården avseende läkare har svenska vårdcentraler fler anställda sjuksköterskor och annan personal. Sjuksköterskor svarar också för en stor andel av patientkontakterna på många vårdcentraler.

Styrning

I de fyra länder som studerats är uppdragen för mottagningar i primärvården i huvudsak definierade på nationell nivå genom avtal och överenskommelser. Det finns ett nationellt regelverk för individers val och listning, även om lokala begränsningar förekommer. Jämfört med svenska förhållanden är de formella kraven på remiss för att få tillgång till besök hos specialistläkare och även andra vårdresurser högre. Primärvården har också större betydelse för vård under jourtid.

En genomgående skillnad jämfört med svenska förhållanden är att etablerade mottagningar i de fyra studerade länderna har större frihetsgrader. Mottagningar och

allmänpraktiserande läkare kan själva välja tak för antal listade, även om det finns krav på viss lägstanivå. I ett befolkningsperspektiv innebär det att valmöjligheterna i praktiken ofta är starkt begränsade till mottagningar med öppna listor. I svensk primärvård finns i princip inga sådana möjligheter att neka listning, när en privat eller offentlig vårdcentral väl är etablerad. Däremot har svenska privata vårdcentraler större frihetsgrader än i andra länder när det gäller var man kan etablera sin verksamhet och vem som kan äga mottagningen.

Skillnaderna jämfört med svenska förhållanden när det gäller ersättningssystem och kostnadsansvar är i vissa avseenden stora. I de fyra länder som studerats regleras ersättningen i ett nationellt avtal som baseras på återkommande förhandlingar mellan representanter för finansiärer respektive vårdgivare. Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om uppdrag och ersättningsprinciper, avviker kraftigt från förhållanden i de länder som studerats. I svensk primärvård kan ersättningsprinciperna revideras efter ensidiga beslut av landstingen. Det kan vara en fördel om krav och förutsättningar ändras. Samtidigt kan sådana beslut skapa en osäkerhet och ryckighet i planeringsvillkoren för vårdcentraler. Det finns också ett jämförelsevis omfattande kostnadsansvar för svenska vårdcentraler. I kombination med en stor andel fast ersättning per listad individ innebär detta kostnadsansvar att svenska vårdcentraler har ett större finansiellt ansvar än i de andra länder som studerats.

När det gäller ersättningsprinciper finns likheter mellan i första hand Sverige, Nederländerna och Storbritannien genom att den fasta ersättningen per listad invånare har större betydelse för mottagningarnas samlade intäkter. Dessa ersättningsprinciper samvarierar i viss mån med arbetssätten på mottagningen. I både Nederländerna och Storbritannien har anställda sjuksköterskor ofta stor betydelse för vård och uppföljning till patienter med vanliga kroniska sjukdomar. I både Nederländerna och Storbritannien finns också en större andel läkare som är anställda med lön. Läkare som är anställda med lön är ovanligare i Danmark och Norge. I synnerhet i Norge är det också vanligt att fastläkaren själv tar hand om alla patientkontakter.

Samordning och kontinuitet

I tre av de länder som beskrivits – Danmark, Storbritannien och Nederländerna – finns en lång tradition av personlig relation mellan allmänläkare och invånare. Detta har också bidragit till att patienterna uppfattar att det finns en god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. I Norge har en tradition av personlig relation med fastläkare införts 2001, vilket även gett en positiv effekt på patienternas upplevelse av kontinuitet. I samtliga länder finns diskussioner om att samordningen och koordineringen mellan insatser på primärvårdens mottagningar och insatser i specialistvården respektive i den kommunala vården är för svag. I detta avseende är diskussioner och fokuseringen på i synnerhet sköra äldre patienter mycket snarlik den diskussion som finns i Sverige. I Norge och Danmark har myndigheter och departement utvecklat nya strategier för framtidens primärvård, där just samverkan och koordinering inom primärvårdens olika delar lyfts fram som honnörsord. Det är dock oklart hur dessa mål ska uppnås. Det finns också farhågor att tillgänglighet och kontinuitet till allmänpraktiserande läkare ska försämras i en utveckling som fokuserar samordning och arbete i team.

Tillgång och omfång

De länder som studerats har lyckats förhållandevis väl när det gäller invånares lika tillgång till primärvård och allmänläkare. Baserat på uppgifter från patientenkäter tycks patienterna själva betrakta tillgängligheten till primärvården och allmänpraktiserande läkare som god i samtliga de fyra länder som studerats, dock med en negativ trend i Storbritannien. Patienter bedömer överlag att man har en bra relation med sin läkare. Trots att konsultationstiden i genomsnitt är mycket kortare än på svenska vårdcentraler förefaller de flesta patienter nöjda med den information man får från sin läkare.

Enligt tidigare bedömningar av primärvårdens omfång har primärvården en större betydelse för första linjens vård i de fyra länder som studerats jämfört med de flesta andra EU-länder. I detta avseende finns också en skillnad jämfört med svensk primärvård. Det förefaller samtidigt inte finnas några stora systematiska skillnader i vad primärvården skulle kunna göra för patienterna. Primärvården i de länder som studerats är liksom i Sverige välutrustad och ger behandling och insatser inom ett brett spann av sjukdomar och tillstånd. Utbildningsnivån, definierat som andel av läkarna som har specialistutbildning i allmänmedicin, är minst lika god i Sverige som i de länder som studerats.

Arbetssätt

Det finns skillnader i arbetssätt mellan främst mottagningar i Danmark och Norge respektive mottagningar i Storbritannien, Nederländerna och Sverige. I den senare gruppen av länder finns ofta anställda sjuksköterskor som har egna mottagningar som följer upp patienter med vanliga kroniska sjukdomar. I både Nederländerna och Storbritannien finns dock många mottagningar där allmänläkare i stort sett arbetar ensamma med patienterna, på samma sätt som är praxis i Danmark och Norge. Variationen mellan olika typer av mottagningar, även i Danmark, tycks snarast ha tilltagit. I Danmark har kompaniskap, där allmänläkare gemensamt äger mottagningen och delar på listade patienter, blivit vanligt under senare årtionden.

Likheterna i arbetssätt förefaller störst mellan svenska vårdcentraler och utvecklingen mot nya former för mottagningar i Storbritannien. På senare tid har nya storskaliga lösningar utvecklats i Storbritannien, med flera mottagningar i ett område eller en region som gått samman och verkar under gemensam ledning och ägarstruktur. Ersättningen går till mottagningen, och inte till en allmänläkare med personligt ansvar för listade individer. Detta påminner om förhållandena i Sverige. I svensk primärvård dominerar dock offentligt ägda storskaliga lösningar. Störst skillnader i arbetssätt finns mellan svenska vårdcentraler och norska fastläkare. Även om norska fastläkare ofta arbetar i små grupper tillsammans med andra fastläkare är anställning av sjuksköterskor fortfarande ovanligt.

Befolkningens och läkarnas bedömningar

Utifrån resultat från den internationella undersökningen The Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP undersökningen) 2015 och 2016 finns möjligheter att jämföra befolkningens, patienternas och primärvårdsläkarnas egna

bedömningar av primärvården i Nederländerna, Norge, Storbritannien och Sverige. Sammantaget får svensk primärvård en relativt svag profil enligt befolkningens och patienternas bedömning. Trots en högre läkartäthet i Norges primärvård är befolkningens och patienternas bedömning av tillgänglighet, samordning med annan vård respektive information till primärvården efter utskrivning bättre i både Nederländerna och Storbritannien. Bäst profil har Nederländerna undantaget information efter utskrivning som får bäst betyg i Storbritannien. För primärvårdsläkarnas bedömning finns större variationer mellan länderna beroende på vilka frågor som avses. Nederländerna har relativt bra bedömningar från läkarna själva när det gäller samordning av vård, kommunikation med kommuner och återkoppling av information från specialistsjukvården. Liksom i Norge finns också en lägre grad av stress bland läkarna i Nederländerna.

Innehåll

1 Inledning ... 17

2 Danmark ... 21

2.1 Allmänt ... 21
2.2 Resursmässiga förutsättningar ... 22
2.3 Styrning ... 23
2.4 Samordning och kontinuitet ... 26
2.5 Tillgång och omfång ... 27
2.6 Arbetssätt ... 28

3 Norge ... 35

3.1 Allmänt ... 35
3.2 Resursmässiga förutsättningar ... 36
3.3 Styrning ... 37
3.4 Samordning och kontinuitet ... 41
3.5 Tillgång och omfång ... 42
3.6 Arbetssätt ... 44

4 Nederländerna ... 49

4.1 Allmänt ... 49
4.2 Resursmässiga förutsättningar ... 50
4.3 Styrning ... 51
4.4 Samordning och kontinuitet ... 52
4.5 Tillgång och omfång ... 53
4.6 Arbetssätt ... 53

5 Storbritannien ... 57

5.1 Allmänt ... 57
5.2 Resursmässiga förutsättningar ... 58
5.3 Styrning ... 58
5.4 Samordning och kontinuitet ... 61
5.5 Tillgång och omfång ... 62
5.6 Arbetssätt ... 62

6 Jämförelse 67

7 Slutsatser 81

8 Referenser 85

1 Inledning

I denna promemoria redovisas resultaten av ett forskningsuppdrag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Uppdraget innebar att göra fallstudier av primärvården i fyra länder: Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Primärvården i tre av dessa länder (Danmark, Nederländerna och Storbritannien) har bedömts som förhållandevis stark i tidigare internationella jämförelser (Kringos m.fl. 2015a). Detta gör en jämförelse med svenska förhållanden särskilt intressant. I den svenska debatten framhålls ofta Norges fastläkarsystem som ett föredöme, inte minst mot bakgrund av god läkartillgång. I Norge finns också utmaningar för vården som är gemensamma med Sveriges i form av en gles befolkning i stora delar av landet. Den problematiken saknas i de andra tre länderna. I samtliga fyra länder finns en väl utvecklad stödstruktur för primärvården på nationell nivå, inklusive en vision för primärvård (Kringos m.fl. 2015a). Sammantaget bedöms de fyra länderna kunna ge värdefulla lärdomar för en fortsatt utveckling av svensk primärvård. Denna promemoria fokuserar särskilt primärvårdens funktion och organisation i våra grannländer Danmark och Norge.

Redovisningen följer ett gemensamt ramverk för primärvårdens funktion och organisation som utformats av Vårdanalys och som presenteras i sin helhet i rapporten En primär angelägenhet Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (Vårdanalys 2017). Ramverket skiljer mellan resursmässiga förutsättningar, styrning, samordning och kontinuitet, tillgång och omfång samt arbetssätt. Frågor som ges särskild uppmärksamhet är hur mottagningar bemannas samt hur primärvården bidrar till en jämlik och patientcentrerad vård. Frågor om primärvårdens bemanning avser både hur många personer och vilka kompetenser som arbetar i primärvården samt arbetsfördelning mellan främst läkare och sjuksköterskor. Möjligheterna att ge svar på dessa frågor begränsas dock av tillgänglig statistik över bemanningen och i vilken utsträckning primärvårdens bidrag till en jämlik och patientcentrerad vård följs upp.

Underlag för fallstudier och jämförelser hämtas från befintliga studier och allmänt tillgänglig statistik. En gemensam källa är underlag i publiceringar av European Observatory on Health Systems and Policies. Det gäller en tidigare internationell jämförelse (Kringos m.fl. 2015a och underlag till denna rapport), länderspecifika HiT-rapporter (Health In Transition) och den information om reformer som löpande görs tillgänglig på en särskild webbsida (the Health Systems and Policy Monitor, www.hspm.org). Material från dessa källor har kompletterats med publicerade studier, beskrivningar och statistik från respektive land, samt en tidigare litteraturöversikt (Anell 2015). För Danmark och Norge har urvalet av studier och statistik vägletts av nationella forskare och experter på primärvård. En del frågor har också besvarats direkt av en representant för Läkarföreningen i Norge och forskare inom almen praksis i Danmark. I promemorians kapitel 2–5 redovisas fallstudier av primärvård för respektive

land utifrån en gemensam kapitelstruktur som följer Vårdanalys ramverk. I kapitel 6 jämförs de olika länderna med varandra. Jämförelsen omfattar även svensk primärvård. Redovisad personalstatistik i denna jämförelse har hämtats från OECD:s Health Database för att så långt möjligt säkerställa att liknande definitioner används. Jämförelsen baseras även på resultaten från två tidigare undersökningar inom ramen för den årliga Commonwealth Fund.

2 Danmark

2.1 ALLMÄNT

Danmark har en befolkning på 5,6 miljoner invånare (2013) fördelat på en yta som motsvarar knappt 10 procent av Sveriges yta. Ansvaret för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation ändrades genom en omfattande strukturell reform 2007 och är sedan dess delat mellan staten, fem regioner och 98 kommuner (Vårdanalys 2014:8).

Den fem regionerna (Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjaelland och Huvudstaden) omfattar var och en ungefär 1 miljon invånare. Regionerna tilldelas en budget från staten och ansvarar i första hand för specialist- och akutvård vid 1–2 större och 2–4 mindre sjukhus vardera. Inriktningen vid dessa sjukhus när det gäller bredd av specialiteter bestäms till stor del av staten, som även har medicinska rådgivare utplacerade i regionerna. Staten har också stort inflytande över tjänster avsedda för läkare under utbildning och kan på så sätt påverka fördelningen av läkare mellan olika regioner och specialistområden utifrån en behovsbedömning. En del specialistvård köper regioner från privata kliniker och sjukhus.

Regionerna har även finansierings- och planeringsansvar för landets praktiserande allmänläkare – almen praksis – som utgör kärnan i primärvården. Med några få undantag är praktiserande läkare privata egenföretagare som äger sin egen mottagning. Uppdrag och ersättning för almen praksis bestäms på nationell nivå och är gemensam för hela landet. Regionerna har därför små möjligheter att direkt påverka kostnaderna inom almen praksis. Motsvarande regional finansiering av privata vårdgivare inom ramen för nationella avtal gäller andra resurser inom praksissektorn, däribland privata sjukgymnaster. Sammanlagt sker 90 procent av alla besök i dansk sjukvård i praksissektorn och 57 procent av dessa sker hos almen praksis. Almen praksis har också en viktig roll genom att man vid behov remitterar patienter till andra inom praksissektorn och till sjukhusen. Kommunerna ansvarar för andra delar av primärvården såsom sjukhem, hemsjukvård, skolhälsovård, prevention och rehabilitering. Redovisningen i detta kapitel fokuserar resurser, styrning och organisation inom almen praksis.

Almen prakis i Danmark har en mycket lång tradition och är i allmänhet uppskattad av befolkningen enligt de enkätstudier som genomförts. Befolkningen är listad hos namngivna läkare. Traditionellt har läkare arbetat ensamma vid egen mottagning, ofta med hjälp av sekreterare eller sjuksköterska. Denna form av mottagning är fortfarande förhållandevis vanlig. Under lång tid har almen praksis utvecklats mot allt fler inslag av frivilliga kollektiva lösningar. Det gäller till exempel samverkan under jourtid men även utveckling mot olika form av gruppraktiker. Under senare år har flera förändringar genomförts i specialistvården. Det har vuxit fram önskemål hos både staten och

regionerna om en mera transparent, sammanhållen och integrerad primärvård som i högre grad arbetar i team med utökad roll för sjuksköterskor. Dessa önskemål har lett till ökade konflikter mellan regioner och praktiserande läkare, där de senare inte enhälligt gillat utvecklingen och de nya kraven.

2.2 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

Den nationella styrningen och etableringskontrollen inom almen praksis i Danmark har bidragit till att det finns förhållandevis små variationer när det gäller antalet läkare per invånare i olika geografiska områden. Tidigare finansierades almen praksis liksom övrig hälso- och sjukvård i huvudsak av regionala inkomstskatter som bestämdes av respektive amt. Efter reformen 2007 får regionerna i stället en budget från staten som inkluderar finansiering av almen praksis. Regionerna har dock små möjligheter att kontrollera kostnaderna för existerande mottagningar inom almen praksis, vilket även gällde tidigare för amten.

År 2016 fanns ungefär 3 500 praktiserande heltidsläkare fördelade på knappt 2 000 mottagningar. Det motsvarar knappt 20 procent av samtliga yrkesverksamma läkare i landet. Andelen kvinnliga läkare inom almen praksis har ökat från 31,8 till 47,7 procent under perioden 1996–2014, men är lägre i norra Jylland (38 procent) än i till exempel Köpenhamn (52 procent). Det finns också skillnader i genomsnittlig ålder bland kvinnor (50 år) respektive män (55 år) (Sundhetsdata-styrelsen 2016a). Varje heltidsläkare listade 2015 i genomsnitt 1 619 individer, med en variation från 1 719 listade individer per läkare i Region Nordjylland och 1 522 listade individer per läkare i Region Syddanmark (PLO 2016).

Under det senaste årtiondet har antalet listade individer per praktiserande läkare ökat, vilket i första hand förklaras av en ökad befolkning men även av ett minskat antal praktiserande läkare. Under samma period har antalet läkare inom specialistvården ökat, vilket lett till en minskad andel läkare inom almen praksis. Även volymen vård i almen praksis har ökat de senaste tio åren. Analyser av utvecklingen visar att 30 procent av volymökningen förklaras av befolkningsökningen medan resterande 70 procent avser utveckling mot ändrade vårdkonsumtionsmönster, fler äldre och ökad sjuklighet med fler kroniska diagnoser (Sundsheds- og Ældreministeriet 2016a).

Antalet licenser (ydernumre) för praktiserande läkare, som krävs för att få bedriva verksamhet med offentlig finansiering, fastställs regionalt i en Praksisplan. Denna plan baseras på nationella normer över antalet listade per läkare och aktuella prognoser över befolkningsförändringar i regionen. Regioner kan tillsätta nya licenser i områden med befolkningstillväxt samt avveckla licenser om de saknar köpare. Under senare tid har det i vissa fall funnits problem att ersätta praktiserande läkare som går i pension på landsbygden med nya privata läkare. Regioner har därför fått möjligheter att upprätta egna regionkliniker med anställda läkare. Sammantaget är det drygt 1 procent av befolkningen som är listad på ett 10-tal sådana regionkliniker i landet med sammanlagt 20 läkare. De geografiska variationerna är dock stora med sju procent av befolkningen i Region Nordjylland som är listad på regionklinik, drygt två procent i Region Sjaelland och mindre än en procent i övriga regioner.

Den genomsnittliga arbetstiden varierar eftersom praktiserande läkare i region Huvudstaden (Köpenhamn) har särskilt avtal och mindre ansvar för jour. I region Huvudstaden var den genomsnittliga arbetstiden 42,5 timmar, vilket inkluderar 1,7 timmar för jour. I övriga regioner fanns små variationer i den genomsnittliga arbetstiden 2014, mellan 46,8 och 48,0 timmar inklusive 5,3–8,3 timmar för jour (PLO 2016). Region Syddanmark och Nordjylland har högst volym aktivitet per läkare och dag, vilket motsvarar 52 patientkontakter per dag varav 30 är fysiska i form av besök.

Ungefär hälften av mottagningarna bidrar till utbildningen av specialistläkare, med en högre andel bland större mottagningar. Efter grundutbildningen följer tjänstgöring motsvarande en svensk AT för att få tillstånd att praktisera som läkare. Därefter finns möjligheter till specialistutbildning under 50–60 månader. Knappt en tredjedel av alla läkare i almen praksis i Danmark var 2009 under specialistutbildning (Hasvold och Christensen 2015). Särskilda krav på utbildning för läkare inom almen praksis har funnits sedan 1950-talet och har därefter utvecklats successivt. Specialistutbildning inom allmänmedicin inrättades under 1980-talet som ett sätt att stärka rekryteringen av läkare till almen prakis (Olejaz m.fl. 2012). År 1994 infördes krav på specialistutbildning för läkare inom almen praksis, varvid alla läkare som tidigare hade godkänts som läkare i almen praksis automatiskt blev specialistläkare.

Utbildningen till specialistläkare inom allmänmedicin inleds med ett års praktik på mottagning inom almen praksis. Denna period följs av 2,5 års tjänstgöring på sjukhus då läkaren ska arbeta på samma mottagning i almen praksis en dag per månad. Efter sjukhustjänsten arbetar läkaren sex månader vid sin så kallade stammottagning som reservläkare. Till sist ska läkaren tjänstgöra 1 år vid en annan mottagning inom almen praksis. Under specialistutbildningen betalar mottagningen en mindre del av läkarens lön, och regionen står för den resterande andelen. Efter fullgjord utbildning har specialistläkaren möjlighet att köpa sig en egen praktik och lista sina egna patienter.

2.3 STYRNING

Befolkningen kan sedan lång tid välja mellan två alternativ när det gäller sin relation med hälso- och sjukvården. Alternativ 1 innebär att man väljer att lista sig hos en namngiven licensierad läkare i almen praksis för ett år. Listade enligt alternativ 1 får ett särskilt försäkringskort där bland annat namnet på den praktiserande läkare framgår. Man får därefter avgiftsfria besök hos denna läkare och även avgiftsfri specialistvård efter remiss från läkaren. Alternativ 2 innebär en större valfrihet av allmänläkare utan listning och besök hos andra specialister utan krav på remiss. Man betalar själv för hela besöket och blir subventionerad motsvarande två tredjedelar av utgifterna i efterhand. Nästan alla i befolkningen – 99 procent – väljer alternativ 1.

Det finns geografiska och andra begränsningar för vilka läkare man kan lista sig hos och undantag för kraven på remiss, se tabell 2.1. En begränsning gäller att den praktiserande läkaren måste ha utrymme på sin lista, vilket delvis kan avgöras av läkaren själv. År 2015 var knappt 40 procent av alla mottagningarna stängda för ytterligare listning. Det var vanligare med stängda listor i region Nordjylland (65 procent av alla mottagningar) än i Syddanmark (25 procent av alla mottagningar).

Andelen stängda listor återspeglar också antalet individer listade per läkare. I Region Nordjylland, med flest listade per läkare i genomsnitt, har ca 20 procent av läkarna fler än 2 000 listade individer (Sundhetsdata-styrelsen 2016a).

Tabell 2.1. Befolkningens val av allmänläkare, patientavgifter, remisskrav och väntetidsgaranti.

Regleringar	Utformning
Möjligheter till ”exit”	Ca 99 procent av befolkningen har listat sig hos läkare inom almen praksis (grupp 1).
Val av läkare eller vårdenhet	Listning sker hos namngiven praktiserande läkare (specialistläkare inom allmän medicin).
Geografiska begräsningar	Fritt val inom 15 km. Om avståndet är mer än 15 km måste läkaren intyga att hembesök accepteras. (I Region Huvudstaden, det vill säga Köpenhamn, gäller 5 km.)
Listningstak	Heltidsarbetande läkare är skyldiga att lista upp till 1 600 individer. Därutöver kan läkare själva välja listningstak. För att få lista fler än 2 700 individer behövs särskilt tillstånd.
Patientavgifter vid besök	Inga patientavgifter för almen praksis eller sjukhusvård efter remiss för individer som är listade hos almen praksis (grupp 1). Patientavgifter för till exempel tandläkare, sjukgymnast, psykolog och kiropraktik.
Avgifter för receptläkemedel	0 procent subvention upp till 915 Dkr, 50 procent subvention 915–1 495 Dkr, 75 procent 1 495–3 235 Dkr, 85 procent subvention över 3 235 Dkr. För barn under 18 år 60 procent subvention upp till 1 495 kr. Möjlighet till högkostnadsskydd för kroniskt sjuka patienter på 3 775 Dkr per 12 månader
Remisskrav	Krav på remiss med undantag för akutmottagningar, tandläkare, kiropraktor, öron-näsa-hals-specialist samt ögonläkare. Fritt val av offentliga sjukhus i Danmark vid remiss.
Vårdgaranti	Kontakt i almen praksis samma dag vid akut sjukdom, konsultation inom 5 dagar.

Källa: Bearbetning efter Anell A. (2014) Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. KEFU Skriftserie 2014:3.

Uppdrag, villkor och ersättning för praktiserande läkare inom almen praksis regleras i första hand genom lagar samt avtal och överenskommelser på nationell nivå. Parter i förhandlingar om avtal och överenskommelser är praktiserande läkares organisation (PLO) och de fem regionerna, staten och kommunerna i samverkan genom Regionernes Lønnings- och Takstnævn (RLTN). Nya krav och ersättningsnivåer kan i princip införas först när parterna är överens. Praktiserande läkare har traditionellt haft stort inflytande över styrningen på alla nivåer. Även etableringskontrollen har tidigare hanterats genom förhandlingar i varje region med representanter för verksamma läkare. Specialistläkare kan köpa och sälja licenser och mottagningar under marknadslika förhållanden, men bara till andra praktiserande specialistläkare som godkänns som ägare. Det har varit obligatoriskt för praktiserande läkare att redovisa data till ett nationellt uppföljningssystem, men det systemet har i huvudsak använts för ”inomprofessionell” uppföljning. Insynen i läkarnas verksamhet från regionerna

har traditionellt varit mycket begränsad. Det har inte funnits några regelbundna patientenkäter som möjliggjort studier om hur patientnöjdheten varierar mellan olika typer av mottagningar och arbetssätt.

Under senare år har en rad förändringar genomförts, sannolikt som resultat av flera öppna konflikter och en oenighet mellan PLO respektive stat och regioner. En ny lag för praktiserande läkare antogs i juni 2013 med bland annat följande innebörd:

- En ny kommitté för regional planering inrättades bestående av ledamöter från regionen, kommuner och praktiserande läkare. Om inte kommittén kommer överens fattar Regionstyrelsen beslut. Den senare förändringen innebär att regionerna fått full kontroll när det gäller kapacitetsplanering inom almen praksis, möjligheter att inrätta nya licenser, besluta om deltidsarbete och påverka mottagningars lokalisering.
- Det finns nya möjligheter för regioner att använda eller sälja licenser för att säkerställa en jämlik tillgång på vård, bland annat i form av att regionala kliniker med anställda läkare kan inrättas. Det är dock få regionkliniker som hittills har inrättats. Praktiserande läkare har dessutom fått möjligheter att äga och driva mindre kedjor av upp till sex mottagningar. Denna möjlighet har dock ännu inte utnyttjats av läkare.
- Praktiserande läkare måste följa nationella riktlinjer utöver den regionala planeringen. Mottagningar är också skyldiga att ge information om sin volym av olika aktiviteter till regioner. Regionerna har dock fortfarande små möjligheter att vidta några åtgärder som konsekvenser av uppföljningen av aktiviteter och kvalitetsindikatorer. Mottagningar ska också publicera information om verksamheten som stöd till individers val.

I september 2014 blev även en ny överenskommelse klar mellan Praktiserande Lægers Organisation och Regionernas Lønnings- og Taktsnævn. I ett 89 sidor långt dokument, inklusive hänvisningar till tidigare avtal och överenskommelser, beskrivs dels ett långsiktigt utvecklingskontrakt för almen praksis, dels åtaganden och ekonomiska villkor. Utvecklingskontraktet omfattar tio sidors redovisningar av visioner och målsättningar för att uppnå dessa, inklusive samspel med övrig hälso- och sjukvård. Den huvudsakliga delen av överenskommelsen behandlar villkor för drift av praksis, hänvisningar, rekvisitioner och jourtid, krav på tillgänglighet och service samt ersättningen.

Ersättningen för vård till listade individer går alltid till namngiven läkare och praktik där individerna är listade. Läkaren ansvarar sedan för utbetalning av lön till anställd personal och för ersättning till olika leverantörer. Överskottet utgör läkarens egen ersättning och lön. Den genomsnittliga nettoersättningen för praktiserande läkare var 1 miljon Dkr 2010, vilket är väsentligt mindre än motsvarande lön för specialistläkare på sjukhus (Hasvold och Christensen 2015). Ersättningen baseras till 70 procent på en rörlig ersättning för olika aktiviteter som mottagningsbesök, diagnostik, telefonkonsultation, e-post-konsultation, hembesök och verksamhet under

jourtid. Denna rörliga besöksersättning är oberoende av vem som utför tjänsten, vilket kan vara specialistläkare, annan läkare (under specialistutbildning eller som verkar som vikarie) eller sjuksköterska. Prioriterande insatser kan ge särskild ersättning. Drygt 30 procent av ersättningen utgörs av ett fast enhetligt belopp per listad individ. Det finns ingen målrelaterad ersättning eller kostnadsansvar för läkemedel eller besök hos andra vårdgivare. Kostnadsansvar för utredningar begränsas till den diagnostik som sker direkt på mottagningar.

Ersättningssystemen är föremål för diskussion. Från regioner finns ett intresse att öka andelen kapiteringsersättning, det vill säga fast ersättning per listad individ. Bakgrunden är önskemål om bättre kostnadskontroll och mer kostnadseffektiv vård för kroniskt sjuka, bland annat genom ökad andel vårdinsatser som utförs av sjuksköterskor. Kopplingen mellan ersättningen och de aktiviteter som läkare traditionellt gör själva uppfattas i detta sammanhang som mindre ändamålsenlig och anses motverka en önskvärd utveckling av primärvårdens innehåll mot mer teamarbete. Kontakter med patienter kan också ske på andra sätt än genom traditionella besök på mottagningen. Mot den bakgrunden har man också tidigare infört en särskild rörlig ersättning för telefonkonsultation och även e-post-konsultationer. Det finns också ett statligt och regionalt intresse för målrelaterad ersättning, bland annat för att främja koordineringen av vård till äldre patienter.

2.4 SAMORDNING OCH KONTINUITET

Almen praksis erbjuder sedan lång tid befolkningen en fast läkarkontakt i primärvården med hög grad av kontinuitet i relationen läkare–patient. Samverkan mellan almen praksis och andra delar av primärvården i kommunerna eller med specialistvården är dock i liten grad organiserad eller institutionaliserad (Hasvold och Christensen 2015). Samverkan mellan praktiserande läkare och andra specialistläkare på eller utanför sjukhusen sker i huvudsak genom remiss, utskrivningsbesked och telefonkontakter vid eventuella frågor. Sjukhus och andra specialister måste skriva utskrivningsmeddelande till namngiven praktiserande läkare efter avslutad behandling. Andra specialistläkare besöker sällan mottagningar inom almen praksis men används ofta som utbildare vid konferenser.

Behovet av bättre samordning mellan almen praksis, kommunal vård och sjukhusen är allmänt diskuterat, inte minst för att förbättra vården och omsorgen för sköra äldre. Studier visar att det finns stora variationer i förekomsten av akuta återinläggningar inom 30 dagar respektive förebyggande insatser bland patienter 65 år och äldre som är listade hos olika mottagningar inom almen praksis. Det är dock i mindre utsträckning belyst om och i så fall hur denna variation kan påverkas. Det finns enligt studier ingen samvariation mellan förekomst av återinläggningar och olika storlek (antal listade) på mottagningarna. Variationer tycks inte heller bero på om den praktiserande läkaren har kort eller lång erfarenhet (Sundhetsdata-styrelsen 2016b).

2.5 TILLGÅNG OCH OMFÅNG

Mottagningar inom almen praksis ska ha öppet 8–16 måndag till fredag. Läkarna är fullt ansvariga för all vård som bedrivs vid mottagningen. Vid mottagningarna finns vanligtvis någon eller några sekreterare och sjuksköterskor anställda, men det är sällan som sjuksköterskor har ansvar för till exempel vårdinsatser till patienter med vanliga kroniska sjukdomar som diabetes eller astma/KOL (Hasvold och Christensen 2015).

I princip alla mottagningar har bokningssystem, möjligheter till telefon- och e-postkonsultationer samt elektroniska journaler. Det finns också e-lösningar för remisser och recept. Alla praktiserande läkare använder en nationell standard för elektronisk kommunikation med andra praktiserande läkare, för remisser till andra specialister och diagnostik och för patienter. Praktiserande läkare får automatiskt ett meddelande om någon av deras listade patienter skrivs in på sjukhus och en elektronisk rapport om deras patienter tagits emot av annan läkare under jourtid (Kierkegaard 2013). Kompatibiliteten när det gäller utbyte av klinisk information med sjukhusen, som använder ett annat journalsystem, varierar.

Åtta av tio invånare har åtminstone en kontakt med sin praktiserande läkare under ett år, antingen genom besök, telefon eller e-post. Det finns inga större skillnader i kontaktmönster geografiskt eller mellan stad och landsbygd. Det finns dock stora skillnader i kontaktmönstret beroende på individers ålder. Individer 80 år och äldre har i genomsnitt 16 kontakter med sin läkare varje år. Många unga, 35 procent av männen i åldern 20–29, har inte någon kontakt alls med sin praktiserande läkare (Sundheds- og Ældreministeriet 2016b). I genomsnitt har varje listad individ sju kontakter med sin läkare per år. Enligt statistik från PLO (2016) är 55 procent av alla kontakter fysiska besök, medan telefonkonsultationer och e-postkonsultationer utgör 30 respektive 15 procent av alla kontakter. Under senare år har e-postkonsultationer ökat i betydelse medan telefonkonsultationer minskat. I genomsnitt varar varje besök på mottagningen 10–15 minuter.

Ungefär 10 procent av alla patientkontakter leder till en remiss. Allmänläkaren kan då ge information om skillnader i väntetider vid olika sjukhus. Allmänläkaren ger också remiss för kommunal primärvård i form av rehabilitering eller hemsjukvård efter utskrivning från sjukhus. En studie av hur remissmönster varierar mellan olika mottagningar visade att praktiserande läkare som arbetar ensamma på sin mottagning hänvisar färre patienter till psykolog än läkare vid gruppmottagningar. De fanns även en tendens till att mottagningar som utbildar praktiserande läkare hänvisar fler patienter till psykolog än mottagningar utan sådan utbildning (Sundhetsdata-styrelsen 2016c).

Insatser under jourtid hanteras i ökad utsträckning inom ramen för kollektiva lösningar och en regional planering. Jourlösningar inkluderar telefonrådgivning och en bedömning av patientens behov av att träffa läkare eller annan vårdpersonal. Patienter som vänder sig till jouren per telefon kan beroende på behov vägledas till en särskild mottagning med jourhavande praktiserande läkare, erbjudas hembesök av motsvarande läkare eller hänvisas till akutsjukhus. Utanför de större städerna behandlas mindre skador och akuta sjukdomar ofta av jourhavande praktiserande

läkare. I de större städerna är det vanligare med öppna akutmottagningar vid sjukhusen dit patienter kan vända sig direkt utan remiss.

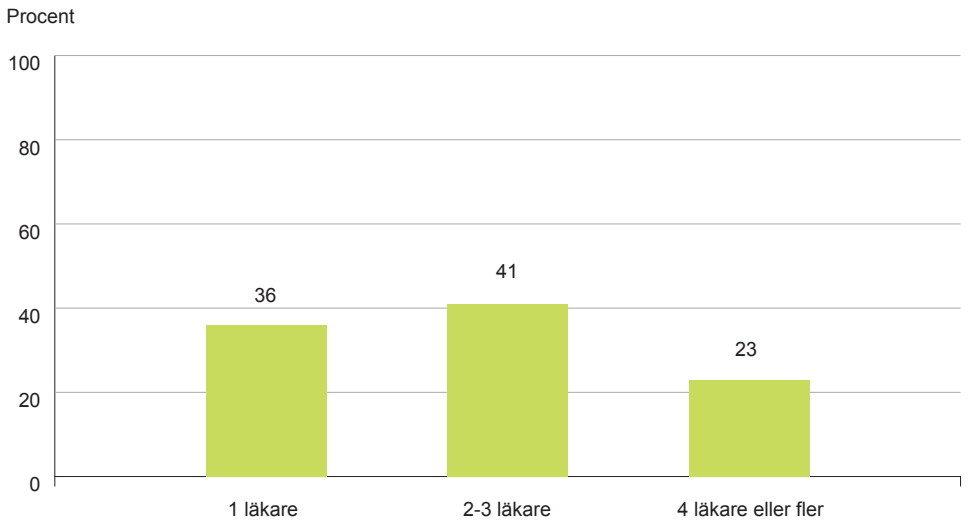
2.6 ARBETSSÄTT

Traditionellt har allmänläkare inom almen praksis arbetat ensamma på sina egna mottagningar, men åtminstone sedan 1970-talet har utvecklingen gått mot olika former av kollektiva lösningar. Som tidigare nämnts har det utvecklats gemensamma lösningar för telefonrådgivning och mottagning under jourtid med ökat inslag av regional planering och samordning med sjukhusens akutvård. Det har också efterhand utvecklats nationella lösningar för fortbildning och professionella standarder inom almen praksis.

Sett till mottagningarnas organisation har det skett en kontinuerlig utveckling mot större verksamheter. Antalet gruppraktiker i olika former har ökat konstant sedan mitten av 1970-talet. Antalet solopraktiker har samtidigt minskat sedan slutet av 1990-talet, vilket inneburit att även det totala antalet mottagningar minskat. Den utvecklingen har bidragit till att en del invånare i glest befolkade områden har fått längre avstånd till närmaste mottagning. Även bland gruppraktiker har det skett en ökning mot allt större mottagningar. Det finns således en förskjutning mot gruppraktiker och att dessa gruppraktiker i genomsnitt blivit större. Förskjutningen samvarierar med demografiska faktorer bland läkarna. Läkare i solopraktiker är i genomsnitt sex år äldre än läkare i så kallade kompaniskap. Det är också en större andel kvinnor som föredrar att arbeta i gruppraktiker. Utvecklingen mot fler kvinnliga praktiserande läkare under senare tid kan därför ha bidragit till utvecklingen mot större mottagningar (Sundhetsdata-styrelsen 2016a).

År 2014 var 55 procent av alla mottagningar solopraktiker (Sundhetsdata-styrelsen 2016a). Knappt en fjärdedel av dessa hade någon form av samarbete när det gäller lokaler eller personal, vilket innebär att de också kan betraktas som en form av gruppraktik. Även om solopraktiker fortfarande är den vanligaste formen av mottagning arbetar nästan två tredjedelar av alla praktiserande läkare i någon form av gruppmottagning, se tabell 2.1. Bland gruppmottagningarna har ungefär två tredjedelar 2–3 läkare och en tredjedel har fyra eller fler läkare.

Figur 2.1. Andel praktiserande läkare som arbetar vid mottagningar av olika storlek.



Källa: Hasvold och Christensen 2015, fig A6.5.

Bland gruppraktiker finns tre olika organisationsformer: delepraksis, kompaniskap och regionkliniker. Delepraksis (9 procent av alla mottagningar) är mottagningar där läkarna har egna listor och licenser men tillsammans äger och driver en heltidsmottagning. Kompaniskap (36 procent av alla mottagningar) drivs av två eller flera läkare med gemensam lista, ekonomi och personal under en och samma licens. Regionkliniker (1 procent) är offentliga mottagningar med anställda läkare som drivs av regionen. De flesta individer (55 procent) är listade vid mottagningar organiserade som kompaniskap, där också de flesta praktiserande läkare arbetar (56 procent). Det finns dock regionala skillnader. Kompaniskap har större betydelse i Jylland och Syddanmark medan solopraktiker har större betydelse i Huvudstaden (Sundhetsdata-styrelsen 2016a).

I jämförelse med svenska vårdcentraler är mottagningarna små och anställer begränsat med vårdpersonal utöver läkare. Det gäller även kompaniskap, som mest liknar svenska vårdcentraler. Knappt 90 procent av solopraktikerna har anställd personal, i form av sekreterare eller sjuksköterska, medan nästan alla övriga typer av mottagningar (inklusive solopraktiker med samarbete) har anställd personal. Det finns dock ingen samlad statistik som beskriver omfattning och kompetens för denna personal. En tidigare jämförelse mellan mottagningar i Region Sjaelland och Region Skåne enligt tabell 2.2 kan dock illustrera skillnaderna.

Tabell 2.2. Resurser, organisation och registrerade vårdkontakter 2012 för Region Sjaellands almen praksis respektive Region Skånes vårdcentraler.

Regleringar	Region Sjaelland	Region Skåne
Antal invånare	Ca 820 000	Ca 1 250 000
Antal mottagningar	280 (mottagningar kan dock ha gemensam lokal)	151
Antal läkare per mottagning (genomsnitt)	1,7	4,0
Antal listade per mottagning (genomsnitt)	2 921 inv.	8 542 inv.
Övrig personal per mottagning (genomsnitt)	1,3 sjuksköterskor 1,1 sekreterare Övrigt: enskilda mottagningar har dietist, socialassistent/ kurator	Ca 8 sjuksköterskor med olika inriktning Övriga: sjukgymnaster, dietist, psykolog, kurator, arbetsterapeut, undersköterskor, kiropraktor, naprapat
Antal registrerade fysiska vårdkontakter per invånare.	4,88 besök per invånare hos almen praksis (läkare och sjuksköterska)	4,19 besök per invånare i primärvården (varav 1,43 avser läkarbesök)

Källa: Bearbetning efter Anell A. (2014) Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. KEFU Skriftserie 2014:3.

Utvecklingen mot större mottagningar har beskrivits som positiv av regioner och från nationell nivå, även om den inneburit att patienter inom vissa geografiska områden fått längre avstånd till sin mottagning. Argument för att se positivt på utvecklingen är bland annat bedömningen att större mottagningar ger bättre möjligheter att använda sjuksköterskor och andra kompetenser för att ge kostnadseffektiva insatser till kroniskt sjuka. Det finns tidigare studier av större mottagningar i Danmark där man undersökt förutsättningarna för en utvidgad roll för sjuksköterskor. En jämförelse med andra mottagningar utan sådan utvidgad roll för sjuksköterskor tyder på fördelar i form av bättre ekonomi och färre arbetstimmar för läkare. Det krävs dock enligt jämförelsen en tydlig ledning och ansvarsfördelning för att uppnå dessa fördelar (Sandberg Buch & Kjellberg 2011).

Det finns stora variationer i hur många besök en praktiserande läkare tar emot per dag – mellan 10 och 70 besök per heltidsläkare. En tidigare studie kunde påvisa samvariation mellan antalet fysiska kontakter och karakteristik på mottagningen. Läkare med fler listade individer hade fler kontakter per dag. Mottagningar med yngre läkare hade fler kontakter än mottagningar med äldre läkare (30 kontakter för läkare < 45 år, 27 kontakter för läkare > 65 år). Däremot fanns små skillnader beroende på organisationsform, utbildningsansvar eller geografisk lokalisering (Sundhetsdatastyrelsen 2016d).

Andra studier har påvisat samvariation mellan processkvalitet och mottagningars karakteristik. Följsamhet till lungfunktionsmätning vid KOL och uppföljning av diabetespatienter är bättre bland mottagningar med yngre läkare respektive mottagningar

med utbildningsansvar. Det finns en tendens till lägre följsamhet till lungfunktionsmätning vid KOL bland solopraktiker och följsamhet till rekommenderad uppföljning av diabetespatienter är bättre för gruppmottagningar (Sundhetsdata-styrelsen 2016e). Ytterligare studier visar att det finns stora variationer i förskrivning av benzodiazepiner, antibiotika och typ 2 diabetes-läkemedel mellan praktiserande läkare. Det finns dock ingen tydlig samvariation med karakteristik på mottagningen (Sundheds- og Ældreministeriet (2016c).

3 Norge

3.1 ALLMÄNT

Norge har en befolkning på 5,1 miljoner invånare (2013) fördelat på en yta motsvarande 85 procent av Sveriges yta. Ansvaret för hälso- och sjukvården är sedan en strukturell reform 2001 fördelat mellan staten, fyra regioner (helseforetak) och 428 kommuner (2013). I samband med reformen övertog staten ägandet av sjukhusen från de tidigare fylkena. De regionala företagen har dels ett befolkningsansvar för specialiserad vård, dels ett driftansvar för verksamheten vid offentliga sjukhus. De upphandlar även privat specialiserad vård. Helseforetaken finansieras genom budgetanslag och DRG-ersättning från staten (Vårdanalys 2014:8).

Kommunerna har under mycket lång tid haft ansvar för lokala hälsofrämjande och förebyggande insatser, formaliserade i lag 1860. Hemsjukvård liksom primärvård i form av allmänläkare blev ett formellt ansvar för kommunerna under 1970-talet. Ansvaret för sjukhem flyttades från specialistvården till kommunerna 1988. Kommunal primärvård omfattar numera sjuksköterskor och annan vårdpersonal i hemsjukvården, på sjukhem, i skolor och på hälsocentraler, samt finansiering av privata vårdgivare som fastläkare och sjukgymnaster. Verksamheterna finansieras genom egna lokala skatteintäkter och statliga tillskott. Storleken på kommunerna varierar men omfattar i genomsnitt knappt 5 000 invånare. År 2018 kommer nya uppgifter i form av rehabilitering, insatser mot drogmissbruk och finansiering av patienttransporter att överföras till kommunerna. Större kommuner med tillräcklig kapacitet kan också få möjligheter att utveckla psykiatriska centra. Mot bakgrund av utvecklingen mot fler ansvarsområden uppmuntras närliggande kommuner att gå samman.

De tidigare distriktsläkarna var statligt anställda fram till 1984 då de gick över i kommunal anställning. Distriktsläkarsystemet hade då funnits i 350 år och hade framför allt betydelse för vården i glesbygd (Fowler 1979). Distriktsläkarna hade vanligtvis ett övergripande ansvar för glesbygdskommunens lokala hälsoarbete och var avlönade för arbete med barn och kroniskt sjuka. Övriga invånare betalade en fast besöksavgift och fick sedan en andel av avgiften återbetald från försäkringskassan. De flesta allmänpraktiserande läkare i öppenvård arbetade i egna privata mottagningar med finansiering genom försäkringskassan. Det fanns inget listningssystem utan allmänpraktiserande läkare arbetade med ersättning utifrån de vårdkontakter som befolkningens besök genererade.

Varje kommun avgör sedan 1984 om man vill anställa egna läkare eller ingå avtal med läkare som arbetar i privat regi för att tillgodose behovet av primärvård. Kommunerna fick 1984 också ansvar för att det finns dygnskontinuerlig jour i primärvården inom kommunen, den så kallade legevaktsordningen. I den mån sådan dygnsjour hade funnits tidigare var den frivilligt organiserad av läkare eller kommunen. Allmänpraktiserande läkare i Norge har sedan lång tid en central roll som grindvakt

till specialiserad vård och för akuta vårdinsatser. Det är i princip enbart läkare eller ambulanspersonal som kan remittera patienter till akutmottagning på sjukhus.

År 2001 genomfördes fastlegereformen i syfte att förbättra tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet i primärvården, särskilt när det gäller äldre och kroniskt sjuka. Bakgrunden var en primärvård som präglades av rekryteringsproblem samt en svag tillgänglighet och kontinuitet. I samband med reformen fick befolkningen möjligheter att lista sig hos fastläkare, vilket skulle stärka läkarens personliga ansvar för kontinuitet och tillgänglighet. Reformen innebar också att kommunerna fick möjligheter att ställa krav på läkares insatser inom kommunens vård. Parallellt med det förändrade uppdraget för fastläkare tillfördes 300 nya tjänster, vilket motsvarar en kapacitetsförstärkning av läkare i primärvården med ungefär 10 procent.

Fastläkarreformen har utvärderats av både myndigheter och i flera forskningsstudier initierade av Norges forskningsråd. Sammanfattningsvis har fastlegereformen varit populär bland läkarna och studier visar att befolkningen främst har blivit mer nöjd med tillgängligheten. Främst staten men även kommuner har under senar år pekat på brister när det gäller den generella kompetensen i kommunal primärvård samt koordinering och samordning mellan fastläkares insatser och andra verksamheter.

3.2 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

År 2014 var de totala utgifterna för all hälso- och sjukvård i Norge ungefär jämnt fördelade mellan specialistvården i regionerna respektive primärvården i kommunerna. Hemsjukvård och äldrevård på särskilt boende ingår då i definitionen av primärvård. De totala utgifterna för fastläkarsystemet uppgick till 7,1 procent av utgifterna för all kommunal primärvård, eller 3,6 procent av utgifterna för all hälso- och sjukvård. Andelen utgifter för fastläkarsystemet har minskat under de senaste tio åren, vilket förklaras av att utgifter i regionernas specialistvård respektive annan kommunal vård- och omsorg ökat snabbare än utgifterna inom fastläkarsystemet (Kristoffersen 2016).

Norge har många läkare per invånare jämfört med de flesta andra OECD-länder, och även förhållandevis många läkare i primärvården efter introduktionen av fastläkare. Historiskt har dock funnits problem med att täcka behovet av allmänpraktiserande läkare, vilket också var en viktig anledning till fastläkarreformen. I samband med fastläkarsystemets införande 2001 tillfördes finansiering för 300 nya läkartjänster i primärvården. Antalet läkare har därefter ökat ytterligare med drygt 700 läkare fram till 2013 (Kristoffersen 2016). Det motsvarar en ökning av läkarkapaciteten mellan 2001 och 2013 på sammanlagt 30 procent. Antalet specialistläkare har dock ökat i en snabbare takt, vilket medfört att andelen fastläkare ändå har minskat över tiden. År 2013 var ungefär 18 procent av alla yrkesverksamma läkare i Norge verksamma som fastläkare.

I slutet av 2015 fanns sammanlagt 4 585 fastläkare vilket motsvarar 1 132 invånare per läkare. Sett till statistik från kommunerna gjordes läkarinsatser motsvarande sammanlagt 5 456 heltidsläkare i den kommunala vården 2015 (Statistisk centralbyrå 2016). Då ingår även läkare som är anställda av kommunerna för arbete på sjukhem och

andra kommunala boenden. Både antalet fastläkare och antalet invånare har ökat sedan reformen infördes, varför antalet listade invånare per läkare har varit förhållandevis konstant. Trots ett relativt stort utbud av läkare finns behov av vikarier i en del små glesbygdskommuner där de listor som kommunen beviljat kan stå utan permanenta läkare (Abelsen et al. 2015).

Andelen kvinnliga fastläkare var 41 procent 2015 och har ökat väsentligt över tiden. Antalet kvinnliga fastläkare dubblerades under perioden 2001–2015 medan antalet manliga fastläkare under samma period ökade med 9 procent. Den genomsnittliga åldern är 48 år. Ungefär en tredjedel av fastläkarna, en större andel bland män, är över 55 år. Även om andelen kvinnliga fastläkare ökat är ökningen långsammare än utvecklingen av andelen kvinnliga läkare inom andra specialiteter.

Det är i genomsnitt fler listade invånare per manliga fastläkare (1 225 invånare) jämfört med kvinnliga fastläkare (1 051 invånare). Varje läkare genomförde i genomsnitt 81 konsultationer varje vecka 2005, vilket motsvarar knappt 20 konsultationer per dag. Standardlängden för bokning av en konsultation är 20 minuter och 67 procent av arbetstiden avser direkt patientarbete (Ringard m.fl. 2013).

Specialistutbildning inom allmänmedicin tar fem år och omfattar utöver kursverksamhet fyra års arbete på mottagning i primärvården (de första två åren med handledare) och ett års arbete på sjukhus. Tjänster vid arbete på sjukhus är inte inplanerade som en strukturerad del av specialistutbildningen. Det är i stället läkaren själv som söker anställning på tillgängliga tjänster och vikariat. Eventuellt minskad lön jämfört med arbetet som fastläkare ersätts inte. I den utsträckning fastläkare inte har skaffat sig ett års erfarenhet av arbete på sjukhus tidigare kan man hyra ut sin mottagning till annan läkare. Specialistutbildade läkare ansöker om förnyad licensiering vart femte år då visst arbete och obligatoriska kurser ska vara dokumenterade.

Det har fram till 2016 inte funnits något krav på specialistutbildning inom allmänmedicin för att få arbeta som fastläkare med egen lista. Drygt 2 000 av 3 500 fastläkare 2001 var specialister inom allmänmedicin. Andelen specialister i allmänmedicin har därefter varit tämligen stabil. Enligt muntlig uppgift från Norska Legeforeningen var andelen fastläkare med specialistutbildning inom allmänmedicin cirka 50 procent även 2016. Det är av naturliga skäl fler yngre som saknar färdig specialistutbildning. Även bland de äldsta läkarna finns en kohort som saknar specialistutbildning. År 2017 infördes krav på att alla läkare måste utbilda sig till specialist sig inom allmänmedicin om de vill arbeta kliniskt inom en kommun som fastläkare eller som läkare på sjukhem eller motsvarande.

3.3 STYRNING

Invånarnas listning hos fastläkare är frivillig och görs via en nationell plattform, www.helsenorge.se. Det finns inga geografiska begränsningar för individernas val av fastläkare. Redan första året valde 94,6 procent av befolkningen att lista sig (Grasdal, Monstad 2011). Genom plattformen ges en överblick av befintliga läkare

och mottagningar i olika geografiska områden och vilka av dessa som är ”öppna” för nya patienter. En läkare med öppen lista kan inte neka att bli vald av viss invånare. Andelen öppna mottagningar varierar geografiskt och har även förändrats över tiden. År 2001 var 59,6 procent av alla mottagningar öppna. Efter 2004 har andelen minskat till under 50 procent och den var 41,1 procent 2015. Det finns stora variationer mellan kommunerna. År 2015 fanns 109 kommuner, ungefär 25 procent av samtliga kommuner, där högst en läkare hade öppen lista.

I samband med fastläkarreformen fick invånarna rangordna tre olika alternativ för sitt val av fastläkare. Prioritet när det gällde förstahandsval gavs åt äldre och patienter med dålig hälsa. Studier visar att 87 procent av invånarna blev listade på sitt förstahandsval och 92 procent på något av sina tre alternativ. Resterande invånare blev listade på en tillfällig fastläkare, vilken man vanligtvis senare behöll (Grasdal, Monstad 2011). Studier visar att invånare som listades på sitt förstahandsval var mer nöjda och hade större tillit till sin läkare (Norges forskningsråd 2006).

Vilka mottagningar som är öppna eller slutna avgörs utifrån nationella listningstak, se tabell 3.1. En mottagning öppnas automatiskt på den nationella plattformen om antalet listade understiger aktuellt listningstak för fastläkaren med 20 individer. Enligt nationell statistik byter ungefär 2,5 procent av befolkningen fastläkare varje kvartal (Norges forskningsråd 2006). Ungefär 40 procent av alla byten förklaras av att fastläkarna slutat och ytterligare 15–20 procent förklaras av att invånare själva flyttar. Det är således en mindre andel av bytena som förklaras av missnöje med läkaren eller med tillgängligheten. Andra intervjustudier visar att det finns förhållandevis många invånare som önskar byta fastläkare men inte gjort det. Den vanligaste orsaken till att man inte gjort ett nytt val var dock att man gick till fastläkaren så ofta (Norges forskningsråd 2006).

Patienter kan uppsöka akut vård hos en annan fastläkare än den man är listad hos, vilket omfattar 3 procent av alla konsultationer med fastläkare. Man har också rätt till en ”second opinion” från en annan fastläkare utan att man behöver lista om sig. En sådan konsultation förutsätter dock att en journalkopia skickas till den ordinarie fastläkaren. Det är dock mycket få som utnyttjar denna möjlighet till ”second opinion” och sådana konsultationer svarar för mindre än 0,1 procent av samtliga konsultationer (Norges forskningsråd 2006).

Kommunernas ansvar för primärvården inklusive fastläkarordningen regleras i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Uppdrag och villkor för fastläkare regleras i första hand genom tidsmässigt begränsade nationella föreskrifter och ramavtal, som förhandlas fram av staten, Kommunsektorns organisasjon (KS) och Den Norske Legeforeningen. Villkoren för fastläkare när det gäller listning och ansvar anges i fastläkarföreskrifter, och ersättningsnivåer för olika besök och insatser anges i normaltariff för fastleger. Grundläggande uppdrag och ersättning för fastläkare är därmed i princip desamma i hela Norge. Varje kommun har också ett individuellt avtal med enskilda fastläkare där man kommer överens om former för samverkan, läkarens insatser i kommunal vård samt eventuella ytterligare verksamheter eller tilläggsfinansiering. Många små kommuner ger läkare extra resurser för att underlätta

rekrytering och kontinuitet i verksamheten. Kommunens individuella avtal med fastläkare följer det nationella ramavtal som upprättats mellan KS och Den Norske Legeforening. Tidigare studier visar att kommunens ambitioner vanligtvis är att upprätthålla så bra relation som möjligt med verksamma fastläkare, snarare än att man vill styra verksamheten (Norges forskningsråd 2006).

Tabell 3.1. Befolkningens val av allmänläkare, patientavgifter, remisskrav och väntetidsgaranti.

Regleringar	Utformning
Val av läkare eller vårdenhet	Listning är frivillig men nästan alla invånare (99 procent) har valt att lista sig hos en namngiven fastläkare. Det finns möjligheter att lista om sig upp till två gånger per år, förutsatt att det finns mottagningar som har kapacitet att ta emot fler patienter. De patienter som inte listar sig, drygt 20 000 individer, får själva ordna med allmänläkare och betalar högre patientavgifter. Patienter har rätt till ”second opinion” från annan läkare i primärvården utan krav på omlistning, förutsatt att en journalkopia skickas till ordinarie fastläkare.
Geografiska begräsningar	Invånare kan välja fastläkare fritt oavsett kommun- eller fylkesgränser.
Listningstak	Heltidsarbetande läkare är skyldiga att lista upp till 1 500 individer. Maxlista är 2 500 individer. Fastläkare är skyldiga att prioritera egna listade individer, om inte behoven hos andra patienter är akuta.
Patientavgifter vid besök	180 NOK per besök med undantag för patienter under 16 år. Det finns ett årligt högkostnadsskydd på 1 980 NOK.
Avgifter för receptläkemedel	Patienter betalar viss andel av läkemedelskostnaderna subventionerade enligt blårecept, med undantag för patienter under 16 år. Årligt högkostnadsskydd för patientavgifter vid besök gäller även blårecept. För läkemedel som inte är subventionerade enligt blårecept betalar patienterna full avgift. Det finns dock särskilda subventioner för till exempel kroniskt sjuka.
Remisskrav	Generellt krav på remiss från läkare i primärvården för besök hos annan specialistvård. Patienter kan vända sig direkt till specialistvård men måste då betala allt själv utan subvention. Enbart läkare eller ambulanspersonal kan ge remiss för besök på sjukhusens mottagningar.
Vårdgaranti	Nej

Det är kommunerna som ansvarar för att det finns tillräckligt många avtal med fastläkare så att det invånarnas behov. Tidigare fanns ett nationellt råd för reglering av antalet listor i kommuner, men detta är nu avvecklat. Kommunen utlyser lediga eller nya listor och den mest kvalificerade sökande ska ges företräde. Det är kommunen som bestämmer vem som ska få äga en lista, men en lokal förtroendeläkare ska involveras i intervjuerna och har en rådgivande funktion i samband med beslut. I de fall en ledig lista utgör del av en gruppmottagning ska sakliga argument från övriga läkare på mottagningen väga tungt i samband med beslut. Det är bara läkare som kan äga en lista och läkare kan enbart äga en lista (Den Norska Legeforeningen, muntlig

kommunikation).

Vissa kommuner har åtminstone tidigare varit återhållsamma med att öppna nya listor, vilket kan innebära att ingen eller bara någon fastläkare har en öppen lista (Norges forskningsråd 2006). I dessa fall är de faktiska valmöjligheterna för befolkningen mycket begränsade. Det finns ingenting som hindrar kommuner från att anställa egna fastläkare, till exempel för insatser på sjukhem och andra institutioner men även för arbete som fastläkare. Över 90 procent av alla läkare i primärvården arbetar dock i egen regi (Ringard m.fl. 2013). Kommuner kan kräva upp till 7,5 timme per vecka av varje fastläkare för kommunala insatser i exempelvis sjukhem och hemsjukvård. Dessa och andra individuella uppdrag från kommunen ersätts enligt särskild överenskommelse, vanligen med deltidslön. Möjligheten att kräva 7,5 timmars insatser från läkare per vecka utnyttjas dock sällan fullt ut av kommuner, förmodligen av kostnadsskäl (Norge forskningsråd 2006).

Ersättningen till läkare baseras på en kombination av fast ersättning per listad individ (kapitering) och rörlig besöks- och aktivitetsersättning. Kapiteringen ersätts av kommunerna och motsvarade 442 NOK per listad 2016. Kapiteringen utgör sammantaget ungefär 30 procent av fastläkarens intäkter. Det finns en extra kapitering i kommuner med färre än 5 000 invånare och i kommuner där läkare i genomsnitt har färre än 1 200 invånare listade. Besöksavgifter täcks via statlig ersättning och patientavgifter. Den rörliga ersättningen är högre för fastläkare med specialistutbildning i allmänmedicin. I genomsnitt motsvarar denna extra ersättning 250 000–300 000 NOK per år i ökade intäkter (Den Norske Legeforening, muntlig kommunikation). Det ska noteras att den enskilda läkaren själv täcker alla kostnader för specialistutbildningen i form av förlorad inkomst i samband med kurser och kursavgifter. Det finns ingen målrelaterad ersättning och inte heller något kostnadsansvar för läkemedel eller besök hos andra vårdgivare. Kostnadsansvar för utredningar begränsas till den diagnostik som sker direkt på mottagningarna.

En mindre andel av alla läkare i primärvården, cirka 4 procent, arbetar som anställda läkare med lön. Ett exempel är läkare som arbetar som vikarier på mottagningar som små kommuner driver i egen regi. En studie av Holte med flera (2015) visade att arbetstillfredsställelsen hos fastläkare minskade mellan 2009 och 2012. Enligt samma studie föredrogs arbete med lön i första hand av yngre läkare, bland läkare i mindre kommuner, om läkaren hade fler listade än de önskade, om läkarna arbetade fler timmar per vecka än man önskade, samt om läkarna hade låg inkomst och få listade.

3.4 SAMORDNING OCH KONTINUITET

En viktig målsättning bakom fastläkarreformen var förbättrad kontinuitet i relationen mellan patient och läkare. Den relationella kontinuiteten har också förbättrats. Före reformen uppgav två tredjedelar av invånarna att de hade en fast läkare. Patienterna är efter reformen i allmänhet också mycket nöjda med att ha en egen fastläkare. Läkarna själva är glada att ha blivit valda och känner att patienten fått mer makt (Norges forskningsråd 2006). Förutsättningarna för god kontinuitet varierar dock geografiskt.

En studie av kontraktslängden för fastläkare visade på stora variationer mellan små och stora kommuner (Abelsen m.fl. 2015), från i genomsnitt 2,75 år i små kommuner till 8,37 år i stora kommuner. Utöver kommunstorlek påverkade även kön, ålder och liststorlek den genomsnittliga kontraktslängden. Kontraktstiden var längre hos kvinnor, hos äldre läkare och hos läkare som listade fler invånare. Kontinuiteten har i första hand förbättrats i små kommuner. I större kommuner var kontinuiteten mellan läkare och patienter ofta bra redan före fastläkarreformen (Norges forskningsråd 2006).

Infrastrukturen när det gäller information och delning av information inom primärvården har bedömts som svag (OECD 2014). Nästan alla läkare har elektroniska journaler men innehållet i dessa kan i princip inte delas med andra. Gruppmottagningar med flera läkare har vanligtvis gemensamma journaler, men känslig information kan göras otillgänglig för andra läkare än den som patienterna formellt är listad hos. Det finns inte någon information om kvalitet eller utfall i primärvården som kan användas för jämförelse mellan mottagningar eller mot medicinska riktlinjer (Olsen et al. 2016).

Enligt Olsen med flera (2016) finns få incitament för fastläkare att söka samverkan med andra aktörer i vare sig primär- eller specialistvård. När det gäller primärvård samverkar olika professioner i förhållandevis liten grad (Hasvold och Christensen 2015). Kommunens barnmorskor gör insatser under graviditet, och kommunens sjuksköterskor följer barnen genom skolan. Andra kommunala sjuksköterskor koordinerar insatser för patienter med hemsjukvård. Fastläkare kontaktas av kommunen vid behov av diagnos och behandling. Sjuksköterskor har egna journaler. Studier visar också att det finns avvikelser mellan fastläkarnas läkemedelslistor och den information som hemsjukvården har (Norges forskningsråd 2006).

Brister i samverkan har tidigare också noterats mellan fastläkare och sjukhusen. De flesta fastläkare uppger i tidigare studier att de är nöjda med sin samverkan med sjukhus, det gäller i synnerhet fastläkare som verkar i närheten av medelstora sjukhus (Norges forskningsråd 2006). Samtidigt vet cirka 40 procent av alla fastläkare inte om det finns gemensamma medicinska riktlinjer med sjukhusen. Många får inte heller någon information om att patienter lagts in på sjukhus. Specialistvården å sin sida menar att fastläkare inte vill bli involverade i samverkan. Det finns väl fungerande exempel där praksiskonsulenter agerar som koordinatorer mellan sjukhusen och fastläkarna, men denna modell är inte allmänt spridd (OECD 2014).

I juli 2016 togs beslut om att införa ett nytt register för primärvård och omsorg i kommunal regi, Kommunal Patient Register (KPR). Detta register över diagnoser och insatser ska implementeras 2017. Uppgifter i KPR ska kombineras med uppgifter i Norsk Patient Register som avser den specialiserade vården. På så sätt ska det vara möjligt att följa insatser i hela patientkedjan, vilket inte varit fallet tidigare.

3.5 TILLGÅNG OCH OMFÅNG

År 2013 konsulterade ungefär två tredjedelar av befolkningen sin fastläkare vid åtminstone något tillfälle (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I genomsnitt besökte invånarna sin fastläkare vid 2,6 tillfällen och legevakten vid 0,26 tillfällen. Individer

i åldern 67–89 år besöker fastläkaren flest gånger per år. För patienter över 90 år är institutionsboende vanligt, varvid den läkare som är knuten till institutionen får en viktigare roll. Legevakten besöks oftast i åldern 0–5 år.

Förbättrad tillgänglighet var en viktig målsättning bakom fastläkarreformen. Den parallella resursförstärkningen med fler fastläkare innebär dock att det i många fall är svårt att bedöma i vilken grad den förbättrade tillgängligheten efter 2001 beror på förändrade villkor eller ökad kapacitet. En studie av Godager & Iversen (2010) studerade patienternas erfarenheter av fastläkare under perioden 2001–2008 och samvariation med kapacitet på kommunnivå. Utgångspunkten var nationella undersökningar av levnadsvillkor i kombination med information från fastläkardatabasen om antalet fastläkare per kommun och hur många dessa listar. Sammantaget har befolkningen blivit mer nöjd med tillgängligheten och kortare väntetider under 2002–2008. Väntetider var samtidigt en av de aspekter som man fortfarande var minst nöjd över i slutet av perioden, trots att både telefontillgänglighet och faktiska väntetider för planerad vård förbättrats (Norges forskningsråd 2006). Det finns ingen ändrad uppfattning bland patienterna om konsultationslängden eller möjligheterna att få remiss under perioden. Däremot finns en minskad nöjdhet när det gäller patienters bedömning av läkares fackliga kompetens och även när det gäller relationen med läkaren. Även tidigare enkätstudier pekar på brister när det gäller patienternas bedömning av läkares patientinvolvering, kommunikation och även konsultationens längd (Ringard m.fl. 2013).

Sett till samvariation mellan tillgänglighet och listningsstatistik visar Godager och Iversen (2010) att patienternas bedömningar av väntetider var bättre för fastläkare med ledig kapacitet och för fastläkare med fler listade invånare. Den kortaste väntetiden enligt patienternas egna bedömningar återfanns för läkare som hade fler än 2 000 listade invånare. God läkarkapacitet på kommunnivå samvarierade med antalet konsultationer totalt sett. Antalet konsultationer hos enskilda läkare var någorlunda proportionellt med arbetstiden och listans längd. De läkare som har många listade invånare rationaliserade således inte antalet besök i större utsträckning än andra, och man hade inte heller relativt sett fler remisser. Andra studier visar att ungefär 1 procent av alla konsultationer bland fastläkare kunde tillskrivas överkapacitet, fastläkare med öppen lista hade bättre tillgänglighet och gjorde mer insatser för sina listade patienter jämfört med andra fastläkare (Norges forskningsråd 2006).

Antalet patienter som haft kontakt med specialistvården minskade inte efter införandet av fastläkarreformen. Tvärtom visar studier en samvariation mellan antalet kontakter med specialistvården och god kapacitet av fastläkare (Godager och Iversen 2010). Det finns också en samvariation mellan fler kontakter med specialistläkare och fler fastläkare med öppna listor. Dessa fynd ger inget stöd för hypoteser om att en ökad kapacitet i fastläkarsystemet skulle reducera behovet av specialistvård. Även andra studier visar att antalet remisser till specialistvården har ökat och att fastläkarna själva upplever att deras roll som gate-keepers har försvagats (Grasdal och Monstad 2011). En möjlig förklaring är att fastläkare som konkurrerar med varandra i större utsträckning försöker tillgodose patienternas krav och förväntningar. Om dessa krav

och förväntningar omfattar möjligheter att besöka specialistvården kan följden av fler fastläkare snarast bli en ökad volym remisser. Den samlade bedömningen från tidigare studier är dock att ökningen i antalet remisser till specialistvården i Norge beror på en ökad kapacitet fastläkare, snarare än ökad konkurrens (Norges forskningsråd 2006). Även en senare studie av Godager med flera (2015), med data från 2008–2009, visade att konkurrens mellan fastläkare på sin höjd haft små positiva effekter på antalet remisser. I samma studier visas på nytt att det inte finns något empiriskt stöd för att förbättrad kapacitet bland fastläkarna inneburit ett minskat behov av specialistvård. Konkurrens bland läkare kan dock ha haft större effekt på sjukskrivningarna. En studie av Markussen med flera (2013) visade att sjukskrivningarna var kortare i områden med svag konkurrens, vilket kan tolkas som att patienternas makt då är mindre. Variationer mellan enskilda läkare i studien var dock betydande.

En studie av Grasdal och Monstad (2011) studerade om jämlikheten i tillgång till specialistvård förändrats mellan 2000 och 2005, det vill säga före och efter fastläkartreformen. Resultaten visar att fördelningen av specialistvård uppvisade skevheter till fördel för individer med högre inkomst både före och efter fastläkarreformen. Det gäller särskilt i den privata specialistvården. Skevheterna var dock mindre 2005 än 2000 – tillgången till specialistvård hade således blivit mer jämlik över tiden. Den främsta förklaringen bakom utvecklingen var en ökande volym specialistvård som betalats av staten efter bildandet av nya regioner. Ökningen var störst inom privat specialistvård. Det är enligt studien troligt att fastläkarreformen bidragit till utvecklingen genom att det blivit enklare att få remiss, särskilt bland de patienter som tidigare saknat kontakt med fastläkare, vilket inte sällan var individer med lägre inkomster.

Verksamheter under jourtid, legevakten, organiseras genom kollektiva lösningar på kommunnivå. I små kommuner återfinns jouren ofta på sjukhus och kan då omfatta samverkan mellan flera kommuner. I glesbygd kan jourmottagningen finnas på ett sjukhem där det också finns stöd av telemedicin. Ungefär 80 procent av alla fastläkare deltar med insatser under jourtid som regleras i kontrakt med kommunen. Andelen har varit något ökande över tiden från det att fastläkarsystemet infördes. Besök hos legevakten triageras genom att patienter ringer upp en sjuksköterska. Alternativ till besök hos legevakten är rådgivning, tillkallande av ambulans eller att legevakten gör hembesök. Det finns en generell utveckling mot att jourmottagningar i primärvården, liksom akutmottagningar på sjukhusen, har ett allt större upptagningsområde. En parallell utveckling är att mer kvalificerad personal kan ge tidiga och kvalificerade insatser på plats och under ambulanstransport. Det finns stora variationer i hur ofta olika grupper söker vård vid jourmottagningar för rutinvård (Goth och Godager 2012). Patientnöjdheten är generellt sett sämre än vad som gäller för fastläkare, vilket även var fallet före fastläkarreformen (Norges forskningsråd 2006).

3.6 ARBETSSÄTT

Fastläkare arbetar med personligt ansvar för listade invånare men det är vanligt att man organiserar sig i grupper om 2–5 läkare som delar på en mottagning. Det är möjligt att dela ansvaret för listor, så kallad felleslista, vilket cirka 10 procent av fastläkarna gör. Dessa mottagningar där läkare delar listor är vanligare i glesbygd och har tidigare bedömts bidra till stabilitet när det gäller läkarkapaciteten i dessa områden (Norges forskningsråd 2006). Ungefär 10 procent av fastläkarna, en större andel i städerna, arbetar i en egen fysisk mottagning. Det är en minskning från 18 procent sedan fastläkarsystemet infördes 2001. Det är ovanligt att fastläkare anställer vårdpersonal utöver hälsosekreterare med 1–2 års vårdutbildning. Det finns dock ingen samlad statistik över hur många hälsosekreterare eller annan vårdpersonal som fastläkare anställer. Närmaste professionella samarbete är med sjuksköterskor i hemsjukvården. När det gäller palliativ vård i hemmet har fastläkarna även stöd av specialistteam som bemannas av sjukhusen.

Samhandlingsreformen, som initierades 2008/09, fokuserade samverkan mellan sjukhus och kommunal vård, bland annat i form av kommunal medfinansiering och krav på samverkansavtal (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Syftet var att främja förebyggande vård för att därigenom förhindra onödig sjukhusvård, inte minst bland äldre med kroniska sjukdomar. Som konsekvens av samhandlingsreformen hade kommunerna tidigare även ansvar för delfinansiering av icke-kirurgisk vård och utskrivningsklara patienter på sjukhusen. Detta finansieringsansvar avvecklades dock 2015 eftersom den finansiella risken för kommunerna bedömdes som för hög. I stället har ett nytt ansvar för kommunal dygnsvård införts från 2016 i syfte att undvika korta inläggningar på sjukhus bland äldre. Det finns också flera exempel där kommuner och sjukhus gått samman och finansierar primärvårdsenheter med vårdplatser. Syftet är både att förbättra vården för äldre som skrivs ut från sjukhus och att förhindra korta inläggningar på sjukhus bland äldre, vilket i sig kan leda till en försämrad hälsa. Fastläkarnas medverkan i initiativ för ökad samverkan och integration har varit begränsad, vilket bland annat påtalats i en tidigare granskning av OECD (2014). En studie av skillnader i konsumtion av primär- och specialistvård bland patienter med ett urval kroniska sjukdomar (däribland diabetes och KOL) visade å andra sidan ingen tendens att ökade insatser i primärvården minskade kostnader och behovet insatser inom specialistvården (Iversen m.fl. 2016).

Hälsoministeriet publicerade 2015 en ny strategi för fortsatt utveckling av primärvården – Framtidens primaerhelsetjeneste – naerhet och helhet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). I rapporten beskrivs brister när det gäller samverkan och koordinering samt behovet av en förstärkt kompetens bland vårdpersonalen inom primärvården. Den framtida strategin omfattar önskemål om större mottagningar samt mer samverkan och integration, bland annat genom arbete i multidisciplinära team som anpassas till patientgruppers olika behov. De nationella strategierna för att utveckla primärvården omfattar önskemål om samlokalisering av tjänster och bättre utbildade sjuksköterskor som kan avlasta fastläkare. En större andel av arbetet bör ske i team, där till exempel ambulerande uppföljningsteam kan bestå av vårdpersonal

från både kommuner och specialister. Vidare sägs att fastläkare i högre grad behöver vara specialister i allmänmedicin. De bör också ägna mer tid åt patientgrupper med komplexa behov som i dag bedöms få för lite medicinskt stöd och uppföljning. Det gäller sköra äldre med sammansatta behov som bor hemma, psykiskt funktionshindrade, allvarligt psykiskt sjuka och andra mottagare av hemsjukvård. Fastläkare behöver också bidra med kompetens vid upplärning av vårdpersonal i kommuner och vid planering av kommunala vårdtjänster och -insatser. För att stärka kompetensen på längre sikt behöver forskningscentra i allmänmedicin och omsorg etableras. Utvecklingen mot förändrade arbetssätt i team ska också stödjas genom ett nationellt program i ledarskap.

Det är i hög grad oklart hur dessa nya strategier ska implementeras och hur fastläkarna själva ska förmås att ta ett större ansvar för utvecklingen (Olsen m.fl. 2016). Oklarheter om vad den nya strategin innebär för fastläkare kan också förklara varför något motstånd från fastläkarna inte noterats, trots att önskemålen bryter mot traditioner och praksis (Rørtveit 2015). Den Norske Legeforeningen menade i ett eget remissvar på den nya strategin att det fanns behov av utvecklad kompetens och mer forskning i nätverk för att bygga framtidens primärvård (Den Norske Legeforening 2015). Det finns också stor potential till ökat samarbete mellan professioner. Hälsoministeriets rapport ansågs dock inte ge något konkret svar på hur samverkan ska organiseras. En viktig målsättning borde enligt legeforeningen vara att team avlastar fastläkarna så att läkaren kan ägna sig åt svårare fall. Prioriteringen mellan patienter måste dock ske på medicinsk och inte ekonomisk grund. Det är också viktigt att kontinuiteten mellan fastläkare och patienter behålls. Man menar att internationella studier om sjuksköterskors utvidgade roll inte kunnat studera påverkan på möjligheterna att identifiera sällsynta men allvarliga symtom. Ett annat problem är att sjuksköterskor är bra på att följa riktlinjer men att behandling av multisjuka ibland kräver avsteg från dessa. Det är därför naturligt att fastläkaren med sin kompetens har ett medicinskt ledningsansvar inom teamen. Läkarföreningen pekar också på behovet av att rusta upp primärvårdens jour eftersom den lokala akutmedicinska beredskapen har blivit viktigare i ett hälso- och sjukvårdssystem där sjukhusens akutmottagningar inte längre är lika många och tillgängliga.

4 Nederländerna

4.1 ALLMÄNT

Nederländerna har en befolkning på 16,8 miljoner invånare (2013) fördelat på en yta motsvarande knappt 10 procent av Sveriges yta. Till skillnad från den i huvudsak skattefinansierade hälso- och sjukvården i de nordiska länderna och i Storbritannien finansieras hälso- och sjukvård i Nederländerna genom en blandning av obligatoriska och frivilliga försäkringar. Nio av tio invånare har en frivillig försäkring som i första hand täcker avgifter för den vård som inte omfattas av den obligatoriska försäkringen. Det finns också möjligheter att välja försäkringsgivare för det obligatoriska skyddet. Försäkringsgivare tecknar i sin tur avtal med fristående aktörer inom specialistvård och primärvård. Patienternas rättigheter skyddas genom lagstiftning och det finns en tradition att regelbundet mäta patienternas upplevelser för att förbättra hälso- och sjukvårdssystemet.

Avtalsvillkor och priser regleras i huvudsak på nationell nivå i förhandling mellan representanter för professioner, vårdgivare och finansiärer. Sedan början av 1990-talet har funnits en strävan att öka konkurrensen mellan olika aktörer, både vårdgivare och försäkringsgivare. En större reform genomfördes år 2006 i syfte att främja invånares val av försäkringsgivare (Vårdanalys 2014:8). Vad som ska ingå i den obligatoriska försäkringen bestäms på nationell nivå. Det gäller även ersättningen för de tjänster som inte omfattas av fri förhandling. Det är också staten som fastställer en budget för den totala ersättningen till allmänläkare (General Practitioners, GPs) respektive andra privata professionella yrkesutövare såsom sjukgymnaster och apotekare. Däremot finns ingen statlig budget för de totala utgifter som kan tilldelas exempelvis primärvården.

För delar av vården och särskilt omsorgen har patientavgifter stor betydelse. Även dessa patientavgifter regleras i många fall nationellt. De första besöken hos sjukgymnast varje år betalas av patienten. Den obligatoriska försäkringen reglerar också maximalt antal subventionerade besök som kan göras hos arbetsterapeuter och dietister per år. Kroniskt sjuka och funktionshindrade har möjligheter till kontantersättning och skattelättnader om de uppfyller vissa villkor (Kringos m.fl. 2015b).

Primärvården beskrivs som ryggraden i hälso- och sjukvårdssystemet och befolkningen väljer sedan låg tid vilken mottagning och GP man vill lista sig hos. Besök hos GPs och sjuksköterskor i primärvården ingår i den obligatoriska försäkringen, medan subventionerade besök hos exempelvis sjukgymnaster är mera begränsade. En utveckling mot större mottagningar och överföring av uppgifter från läkare till sjuksköterskor har varit viktiga teman i primärvården. Ett annat viktigt tema är att förbättra koordinering, integration och transparens (Kroneman m.fl. 2016).

Ett knappt 100-tal mottagningar i primärvården deltar i en nationell monitorering baserad på underlag om sjukdomsutveckling och vårdinsatser för sammanlagt 350 000

patienter. Dessa uppgifter används av beslutsfattare nationellt för att få information om hur behov och vårdinsatser utvecklas.

4.2 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

Ungefär 24 procent av alla läkare i Nederländerna är verksamma som GPs med egna listade patienter. Utöver sammanlagt 8 812 GPs med listade patienter finns 1 491 läkare knutna till sjukhem och motsvarande institutioner (Kroneman m.fl. 2016). En fjärdedel av alla GPs är över 55 år; 35 procent är under 45 år. Liksom i andra länder finns en ökad andel kvinnliga läkare. Antalet GPs i förhållande till antalet invånare i Nederländerna har varit i huvudsak stabilt över tiden. Andelen GPs har dock minskat vilket förklaras av att antalet specialistläkare ökat i snabbare takt. Medan antalet GPs ökat med 13 procent under 2000-talet har antalet specialistläkare knutna till sjukhusen ökat med 48 procent (Kroneman m.fl. 2016).

Det finns små variationer i utbudet av GPs mellan olika geografiska områden. Det hänger också samman med att Nederländerna är ett litet och tätt befolkat land. I genomsnitt har invånarna en restid på 1,3 minuter för att besöka sin GP, 0,1 procent av befolkningen har längre restid än 10 minuter. På landsbygden har invånare även möjligheter att hämta ut läkemedel hos sin GP. Enligt de enkäter som gjorts är över 90 procent av befolkningen nöjd med tillgängligheten till primärvård.

Det genomsnittliga antalet invånare som är listade hos en GP är högt, cirka 2 200 invånare per GP 2014 (Kroneman m.fl. 2016). Samtidigt uppgav 71,1 procent av patienterna samma år att de alltid haft kontakt med sin egen GP vid behov av vård. En klar majoritet av patienterna uppger också att de har en bra relation och ett förtroende för sin GP. Det finns dock ett missnöje med konsultationens längd; standardlängden för en bokning är 10 minuter. Kringos m fl m.fl. (2015b) redovisar i en studie GPs i genomsnitt hade 123 konsultationer med patienter varje vecka. Ungefär 80 procent av dessa konsultationer var fysiska besök. Statistiken skiljer dock inte mellan konsultationer med GPs eller den sjuksköterska som ofta ansvarar för besök av kroniska patienter på läkarens lista.

Specialistutbildning i allmänmedicin omfattar tre års praktiska och teoretiska studier och är ett krav för att läkaren ska kunna registrera sig för arbete som GP. Ungefär två tredjedelar av specialistutbildningen tillbringas i primärvården och resten av tiden inom olika discipliner på sjukhus. Ungefär 20 procent av antalet studenter med läkarexamen väljer specialisering inom allmänmedicin (Kringos m.fl. 2015b). De finns krav på visst antal timmar yrkesutövning samt deltagande i kollegialt utbyte och revision varje år för att kunna behålla sin registrering som GP. Ersättningen för specialister verksamma på sjukhus är hög i ett internationellt perspektiv och väsentligt högre än för GPs.

Utbildning till distriktssjuksköterska för arbete i hemsjukvård och på sjukhem är en del av den fyraåriga grundutbildningen till sjuksköterska. Utbildning till ”practice nurse” för arbete på mottagning med GPs, ofta med eget ansvar för uppföljning av vård till patienter med vanliga kroniska sjukdomar, omfattar 1–2 års utbildning efter sjuksköterskeexamen (Kringos m.fl. 2015b).

4.3 STYRNING

Invånare i Nederländerna väljer försäkringsgivare, vilket är en stor skillnad jämfört med de flesta andra EU-länder. Dessa försäkringsgivare har i sin tur avtal med olika vårdgivare, däribland mottagningar med GPs och andra resurser inom primärvården. I princip har befolkningen möjligheter att välja fritt hos vilken GP och mottagning man vill registrera sig. Detta innebär i sin tur att varje mottagning och GP har avtal med flera olika försäkringsgivare beroende på de listade invånarnas val. Enligt uppgifter i Kringos m.fl. (2015b) hade varje GP avtal med i genomsnitt 14 försäkringsgivare 2009.

Invånarna har i princip möjligheter att byta mottagning utan restriktioner. GPs har dock möjligheter att neka listning av en person med hänvisning till att denne bor för lång ifrån mottagningen eller att mottagningen redan har för många listade (Kroneman m.fl. 2016). Det finns också undantag som förklaras av särskilda överenskommelser. Det finns exempel där GPs lokalt kommit överens om att invånare bara kan lista sig hos den mottagning som finns i det distrikt där de bor (Kringos m.fl. 2015b).

Tabell 4.1. Befolkningens val av allmänläkare, patientavgifter, remisskrav och väntetidsgaranti.

Regleringar	Utformning
Val av läkare eller vårdenhet	Invånare har möjligheter att lista sig hos valfri GP.
Geografiska begräsningar	GP kan neka att lista invånare som bor långt ifrån mottagningen. Det finns exempel på lokala begräsningar genom överenskommelser mellan verksamma GPs.
Listningstak	Normer anges av GPs egna professionella organisation. Tillåtna min och max antal listade är 800 respektive 2 750 invånare.
Patientavgifter vid besök	Patienter betalar inga avgifter för vård av GPs och sjuksköterskor på mottagning. Avgifter för andra insatser är även exkluderade för patienter med kronisk sjukdom som valt att omfattas av integrerad ersättning (”bundled payment”) i primärvården. Särskilda villkor med patientavgifter gäller för besök hos många andra resurser i primärvården, exempelvis för sjukgymnaster. Befolkningen har möjligheter att teckna frivillig försäkring som täcker sådana avgifter, vilket 90 procent av befolkningen gör.
Avgifter för receptläkemedel	Patienter betalar avgifter för subventionerade receptläkemedel upp till ett visst årligt takbelopp. Frivilliga försäkringar kan täcka läkemedel som inte subventioneras av en obligatorisk försäkring. Det finns särskilda incitament att använda rekommenderade läkemedel.
Remisskrav	Remisskrav till specialistvård. Patienter kan vända sig direkt till bl.a. sjuksköterskor i hemsjukvården, sjukgymnaster, ambulerande barnmorskor, och arbetsterapeuter.
Vårdgaranti	Nej

Ersättningen till mottagningar sker genom ersättning till GPs som ägare av mottagningen. Ersättningsprinciperna förändrades 2015 och omfattar tre olika delar (Kroneman m.fl. 2016). Den första delen avser en traditionell kapitering i kombination med rörlig ersättning för besök hos läkare respektive sjuksköterska. Den fasta ersättningen per listad individ riskjusteras med avseende på ålder (över eller under 65 år) och socio-

ekonomi (postnummer för mottagningens geografiska placering). Denna del av ersättningen omfattar tre fjärdedelar av den totala ersättningen till GPs. Villkor och nivåer regleras i hög grad nationellt, med vissa möjligheter för försäkringsgivare att förhandla inom fastställda min- och maxnivåer. De andra två delarna omfattar dels en målrelaterad ersättning, dels ersättning för integrerad vård för patienter med typ-2 diabetes, KOL, astma och ökad risk för kardiovaskulär sjukdom. Målrelaterad ersättning (”pay for performance”) bestäms på nationell nivå och har främst använts för att stimulera ökad tillgänglighet och produktivitet bland GPs och för att främja överföring av vård från sjukhusen. Den integrerade ersättningen avser att grupper av GPs på frivillig väg kan finansiera all vård för ett urval vanliga kroniska tillstånd mot utökad fast ersättning. Ersättningsnivåerna baseras på överenskommelser mellan försäkringsgivare och dessa grupper av GP. I de fall en diabetespatient med integrerad ersättning behöver annan vård, som inte är relaterad till diabetessjukdomen, finansieras detta genom en separat rörlig ersättning till mottagningen. Utöver ersättning för arbete på mottagningen enligt ovanstående tre delar finns även en särskild kompensation för GPs insatser under jourtid.

4.4 SAMORDNING OCH KONTINUITET

Patienter är i genomsnitt nöjda med sin relation till GPs och det finns en hög grad av kontinuitet vid konsultationer under kontorstid (Kroneman m.fl. 2016). Primärvården omfattar dock flera olika vårdgivare som i huvudsak organiseras separat. Allmänläkare arbetar på egna mottagningar, där det vanligtvis även finns anställda sjuksköterskor. Sjukgymnaster har egna mottagningar och sedan 2006 krävs ingen remiss för besök till dessa. Hemsjukvården inklusive insatser från GPs koordineras av distriktssköterskor. Även om kontinuiteten med GPs är hög har samordningen inom hela primärvården betraktats som svag. Ett viktigt tema i ambitionerna att utveckla primärvården som hälso- och sjukvårdens ryggrad är initiativ för mera samverkan och arbete i team. Ambitionen är att GPs ska ha en central funktion för att åstadkomma denna samverkan (Kroneman m.fl. 2016).

Ersättning för integrerad vård (bundled payment) infördes 2010 för att stärka samordningen av vård för patienter med vanliga kroniska sjukdomar. Principen har sedan dess utvecklats och spridits, främst för vård och insatser till patienter med typ-2 diabetes men även för astma, KOL och patienter med risk för allvarlig kardiovaskulär sjukdom. GPs väljer själva om de vill medverka i integrerad vård enligt dessa villkor, men 80 procent av GPs har valt detta och samverkar då i grupper från fyra upp till 150 GPs (Kroneman m.fl. 2016). Det är dock i sista hand patienterna som bestämmer om de önskar en integrerad lösning eller om de vill koordinera sin vård på egen hand. En fördel med att välja en integrerad lösning är att vården blir avgiftsfri för patienterna, dvs. även den vård som ges av andra än läkare och sjuksköterskor på mottagningen. Tidiga utvärderingar av ersättning för integrerad vård (De Bakker m.fl. 2012) visade vissa förbättringar i process- och utfallsmått och även en substitution från sjukhus till primärvård. De totala kostnaderna ökade dock och patienterna själva märkte ingen

skillnad. Patienterna erbjuds inte heller mer egenvård eller medverkan i individuella vårdplaner. Vård och insatser för kroniska sjukdomar inom de integrerade lösningarna hanteras också var för sig, vilket skulle kunna leda till ökad fragmentering för patienter med flera kroniska diagnoser (De Bakker m.fl. 2012).

4.5 TILLGÅNG OCH OMFÅNG

Mottagningarna i primärvården ska enligt nationella regler ha öppet minst 8–17 på vardagar. GPs ska också ha ett särskilt telefonnummer där man är tillgänglig i akuta ärenden under kontorstid. Varje GPs ansvarar också för att de listade patienterna kan kontakta en jourhavande läkare utanför kontorstid. Utvecklingen av så kallade GP Posts har tidigare gått från småskaliga samarbeten mellan GPs lokalt till mer storskaliga lösningar som omfattar större upptagningsområden, gemensamma resurser för telefonrådgivning och samlokalisering av jourmottagningen som ofta ligger nära sjukhusens akutmottagningar (van Uden m.fl. 2006).

Över 90 procent av alla kontakter med patienter i Nederländerna sker på GPs mottagningar (Kroneman m.fl. 2016). Invånarna konsulterar sin GP i genomsnitt drygt 4 gånger per år, med stora variationer beroende på ålder. Patienter i åldern 85 år och äldre hade i genomsnitt drygt 12 konsultationer 2014 (Kroneman m.fl. 2016). Antal hembesök har minskat till att omfatta 4,5 procent av alla konsultationer 2014. Samma år svarade antalet telefonkonsultationer för 25 procent av alla konsultationer. Besöken i hemmet och på mottagningen har i genomsnitt blivit längre. Volymen e-post-konsultationer har ökat men utgör fortfarande en mycket liten andel av alla konsultationer.

Tillgång till specialistvård kräver vanligtvis remiss från en GP. Det finns möjligheter att vända sig direkt till sjuksköterskor i hemsjukvården, sjukgymnaster, ambulerande barnmorskor och arbetsterapeuter. Patientavgifterna för denna typ av besök är samtidigt högre än den avgiftsfrihet som gäller för besök hos läkare eller sjuksköterska på GPs mottagningar.

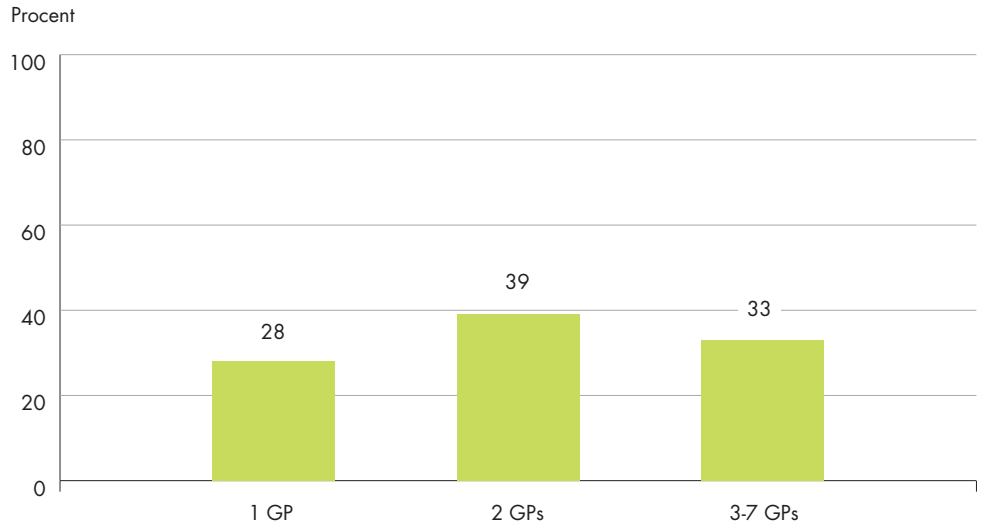
4.6 ARBETSSÄTT

GPs liksom varje annan vårdgivare i Nederländerna är skyldiga att tillhandahålla vård av god kvalitet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Därutöver finns en mängd medicinska och andra riktlinjer som GPs och annan vårdpersonal måste utgå från i sin yrkesutövning. Dessa riktlinjer upprättas i hög grad av berörda yrkesorganisationer. För primärvårdens del utvecklas riktlinjer i huvudsak av GPs själva, genom deras yrkesorganisationer, och omfattar utöver ett 90-tal behandlingsriktlinjer för olika sjukdomar även krav på mottagningens lokaler och utrustning (Kringos m.fl. 2015b).

De flesta GPs arbetar i mottagningar med två eller flera läkare, se figur 4.1. Ungefär 15 procent av dessa GPs är anställda av en annan läkare inom ramen för mottagningen. De allra flesta GPs är dock verksamma som egna företagare där inkomsten definieras av skillnaden mellan ersättningen för utfört arbete vid mottagningen och de kostnader

som uppstår för lokaler, utrustning och anställd personal. GPs som arbetar ensamma i en egen mottagning har minskat i betydelse men är fortfarande förhållandevis vanliga. Andra specialister är vanligtvis inte verksamma inom GPs mottagningar. De kan däremot medverka i utbildning för GPs och det är även vanligt med rådgivning från specialistläkare per telefon.

Figur 4.1. Andel GP som arbetade vid mottagningar av olika storlek 2014.



Källa: Kroneman m.fl. 2016.

Sedan slutet av 1990-talet har det funnits en övergripande nationell policy att stödja en utveckling som innebär att besök hos GPs överförs till annan vårdpersonal i primärvården. Det gäller främst till sjuksköterskor i form av ”pratice nurse” med 1–2 års vidareutbildning som arbetar på GPs mottagningar men även till sjukgymnaster och annan vårdpersonal som är verksamma vid egna mottagningar (Kroneman m.fl. 2016). Det är numera vanligt att sjuksköterskor på mottagningen ansvarar för vården av patienter med vanliga kroniska sjukdomar som diabetes. Det är också vanligt att en särskild sjuksköterska har ansvar för uppföljningen av mindre svåra psykiatriska problem. Den senare typen av sjuksköterskor har främjats av regler som inneburit att GPs enbart kan remittera vissa diagnoser vidare till specialiserad psykiatri. I genomsnitt finns resurser i form av annan vårdpersonal på GPs mottagningar motsvarande 1,5 gånger antalet läkare.

5 Storbritannien

5.1 ALLMÄNT

Storbritannien har en befolkning på 64,1 miljoner invånare (2013) fördelat på en yta motsvarande ungefär hälften av Sverige. Ansvaret för det statliga skattefinansierade National Health Service (NHS) är delegerat till de fyra länderna England, Skottland, Wales och Nordirland. Utformningen av organisation och styrning är dock förhållandevis lika mellan olika NHS när det gäller primärvården. General practitioners (GPs) har en lång tradition och arbetar i huvudsak som privata egenföretagare som har kontrakt med NHS. Begreppet primärvård användes ursprungligen i samband med ett förslag på 1920-talet att utveckla ”primary health care centers” (Starfield m.fl. 2005). Vid den tiden arbetade GPs ensamma vid egna mottagningar och saknade egen specialistutbildning. Sett till utvecklingen under senare årtionden har betydelsen av gruppmottagningar som även anställer sjuksköterskor och andra personalresurser ökat. Det tidigare personliga ansvaret för jour har helt ersatts av särskilda kollektiva lösningar.

Organisation och styrning inom NHS har förändrats ett flertal gånger under senare årtionden. Vid mitten av 1990-talet myntades uttrycket ”primary care led NHS” och ett återkommande tema sedan dess är att primärvården bör ha ett ökat inflytande över även den specialiserade hälso- och sjukvården. I slutet av 1990-talet introducerades så kallade GP-fundholders som gav primärvårdsmottagningar som listade minst 10 000 invånare möjligheter att få kostnadsansvar för receptläkemedel och en viss andel av patienternas behov av specialistvård. Denna lösning passade väl in i de övergripande reformer som genomförts tidigare, och som innebar att sjukhus skulle vara mera fristående och konkurrera om uppdrag från beställare och om att bli valda av patienter. GP-fundholders blev en beställare av sjukhusens tjänster, med förhoppningen att professionella krav och prioriteringar skulle främjas. Systemet fungerade enligt tidigare utvärderingar förhållandevis väl, men skapade samtidigt ojämlikheter mellan de individer som var listade vid GP-fundholders respektive vanliga GPs (Anell m.fl. 1999). Den tillträdande labourregeringen 1997 kritiserade även de lösningar som Thatcherregeringen infört utifrån ideologiska utgångspunkter. Följden blev att GP-fundholders avvecklades till förmån för olika former av storskaliga lösningar när det gäller bland annat kontrakt med sjukhusen. Det har dock ofta varit svårt att engagera enskilda GPs i de olika former av större beställarenheter som sedan dess prövats. På mera övergripande nivå har inslagen av nationella riktlinjer och styrning inom den mera decentraliserade strukturen av beställare, kontrakt och olika vårdgivare snarast ökat. På regional och lokal nivå har sjukhus slagits samman, vilket också har konsekvenser för den lokala akut- och jourorganisationen och för primärvården.

Redovisningen i detta kapitel avser i första hand England där 85 procent av Storbritanniens invånare bor. Eftersom beslut i högre grad delegerats till de fyra

länderna har utvecklingen gått åt delvis olika håll i England och Skottland. Skottland har särskilt sedan 2012 i mindre utsträckning fokuserat konkurrens mellan vårdgivare och val för befolkningen. Samverkan, integration och gemensamt utvecklingsarbete har varit viktiga ledstjärnor. I likhet med i England finns dock en kultur av förhållandevis detaljerad uppföljning av resultat och utfall.

5.2 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

Storbritannien har traditionellt avsatt en liten andel av den sammanlagda bruttonationalprodukten (BNP) till hälso- och sjukvården och det finns historiskt sett få läkare per tusen invånare. Sedan mitten av 1990-talet har hälso- och sjukvården tilldelats mer finansiella resurser. Även det totala antalet läkare liksom i synnerhet sjuksköterskor sysselsatta med kommunal vård (community nursing) har ökat (Cylus m.fl. 2015). Även primärvården har fått del av de nya resurserna, men utvecklingen mot mer resurser i form av pengar, läkare och sjuksköterskor har varit snabbare inom specialiserad respektive kommunal vård. En särskild satsning gjordes 2004 då allmänläkarnas kontrakt ändrades genom tillskott av målrelaterad ersättning. Denna förändring tycks dock i första hand ha bidragit till ökade inkomster bland allmänläkarna. Lönen för GPs motsvarar numera lönen för specialistläkare på sjukhus.

År 1995 var 35 procent av alla läkare GPs medan andelen sjönk till 29 procent 2009 (Wilson 2015). Även sett till senare statistik från OECD är andelen GPs ungefär 30 procent. I jämförelse med andra länder har Storbritannien förhållandevis mycket resurser i primärvården. Andelen allmänläkare av det totala antalet läkare är stor jämfört med i de flesta andra EU-länder (Kringos m.fl. 2015a). Inom England finns dock betydande geografiska variationer i antalet invånare per GPs; läkarutbudet är konsekvent lägre i områden med större behov. I genomsnitt har varje GP i England 1 802 listade invånare (Wilson 2015). År 2008 var 22 procent av GPs 55 år eller äldre och 26 procent 40 år eller yngre. Den genomsnittliga arbetstiden för en heltidsläkare är 44,4 timmar varav 68 procent utgör direkt patientkontakt (Wilson 2015).

Ungefär en fjärdedel av alla medicinstudenter väljer att specialisera sig inom allmänmedicin, vilket sedan 1995 är obligatoriskt för arbete som GP. Programmet är treårigt varav minst ett år ska vara arbete inom en primärvårdsmottagning. Sjuksköterskor inom primärvården är i huvudsak distriktssjuksköterskor med ett års utbildning efter grundutbildningen, eller ”practice nurse” där vidareutbildningen efter grundutbildning är mera flexibel (Wilson 2015).

5.3 STYRNING

Alla invånare har rätt att lista sig på en mottagning inom området där man bor, se tabell 5.1. En mottagning kan en invånare att lista sig med hänvisning till att det inte finns ledig kapacitet. GPs kan också neka att lista eller lista av en befintlig patient efter bedömning att det skulle vara bra för patienten själv. Mottagningar kan dock bli tilldelade patienter genom NHS, och då finns inga möjligheter att neka.

Tabell 5.1. Befolkningens val av allmänläkare, patientavgifter, remisskrav och väntetidsgaranti.

Regleringar	Utformning
Val av läkare eller vårdenhet	Invånare har rätt att lista sig hos valfri GP mottagning.
Geografiska begräsningar	Invånare har rätt att lista sig hos en mottagning om man bor inom dess geografiska upptagningsområde.
Listningstak	En mottagning kan neka val om det inte finns ledig kapacitet eller om förutsättningar för att skapa en god klinisk relation saknas. Om NHS tilldelar en mottagning en viss patient finns ingen möjlighet att neka.
Patientavgifter vid besök	Inga patientavgifter i samband med besök eller andra kontakter på mottagningen. Inga avgifter för besök hos specialistläkare efter remiss.
Avgifter för receptläkemedel	Enhetlig avgift per läkemedel i receptet. Över 90 procent av recepten är dock avgiftsfria eftersom barn, individer över 60 år och vissa andra grupper undantas.
Remisskrav	Generellt remisskrav för besök hos specialistläkare med några få undantag.
Vårdgaranti	Patienter ska få besöka GP inom 48 timmar och vårdpersonal inom 24 timmar.

Med några undantag behövs remiss för besök hos annan specialistvård och även för besök till sjukgymnast, terapeuter och specialistsjuksköterska (Wilson 2015).

Som stöd för patienternas val finns sedan några år tillbaka en särskild webbplats (https://gp-patient.co.uk) där resultat från regelbundna patientenkäter (the GP Patient Survey) presenteras och där det finns möjligheter att göra egna jämförelser mellan mottagningar. Patienter är i allmänhet nöjda med sin GP enligt analyser av data från dessa regelbundna enkäter, trots att konsultationstiderna i genomsnitt är korta, drygt 10 minuter. Sammanställning av drygt 2 miljoner patientenkäter från England 2015 visade att 87 procent av patienterna ansåg att läkaren vid senaste besöket var bra på att lyssna och 85 procent ansåg att läkaren gav dem tillräckligt med tid[2] (Ipsos Mori 2016). Andelen patienter som gav sin läkare dåliga omdömen vid senaste besöket på olika områden[3] uppgick enligt samma enkätsammanställning till någon eller några få procent. Motsvarande goda omdömen gäller för besök hos sjuksköterskor, där andelen patienter som ger dåliga omdömen är helt försumbar.

Även om patienternas omdöme om konsultationerna med läkare och sjuksköterskor i primärvården är och har varit mycket goda, finns indikationer på försämrad

2 För båda frågorna avses den andel av patienterna som angett ”very good” eller ”good”.

3 De undersökta områdena var läkaren lyssnar på mig, läkaren ger mig tillräckligt med tid, läkaren behandlar mig med värdighet och respekt, läkaren förklarar diagnostik och behandling, samt läkaren involverar mig i beslut om min hälsa.

4 Avser den andel som angett ”very easy” och ”fairly easy”.

tillgänglighet under senare tid. Enligt patientenkäterna från England 2015 ansåg sju av tio att det var enkelt att få kontakt med mottagningen per telefon.[4] Andelen var dock större 2012. Även andelen som tyckte det var svårt att få kontakt med mottagningen hade ökat mellan 2012 och 2015 (Ipsos Mori 2016). En viss försämring har även skett i patienternas uppfattningar om möjligheten att boka besök eller telefonkonsultation. Indikationer på en försämrad tillgänglighet skulle också kunna förklara att det är en något mindre andel av patienterna som har väldigt bra erfarenheter av sin mottagning 2015 jämfört med 2012. Drygt 80 procent av de patienter som velat besöka mottagningen samma dag har dock kunnat erbjudas detta (Ipsos Mori 2016).

Inom NHS England fanns tidigare cirka 150 ”primary care trusts” med en genomsnittlig befolkning på 342 000 invånare, som utifrån anslag från Department of Health ansvarade för fördelning av resurser till primär- och specialistvård inom sitt geografiska ansvarsområde. Viss vård, exempelvis av distriktssjuksköterskor, tillhandahölls direkt av dessa enheter men i huvudsak kontrakterades olika offentliga och privata vårdgivare. År 2013 skapades i stället drygt 200 så kallade ”clinical commissioning groups” som fick ansvar för fördelningen av ungefär 80 procent av NHS resurser på lokal nivå. Ambitionen bakom förändringen var att GPs skulle få en mera betydande roll i fördelningen av resurser och vid kontraktering av olika vårdgivare. Studier visar dock att det är svårt att få GPs att engagera sig i övergripande beslut om resursfördelningen (Cylus m.fl. 2015).

Uppdraget för och kraven på enskilda GPs har sedan lång tid reglerats i nationella kontrakt. GPs har traditionellt varit egenföretagare som arbetat ensamma eller i små grupper på en gemensam mottagning. Ersättningen till GPs förhandlas fram på nationell nivå mellan NHS och representanter för GPs (the British Medical Association). Ersättningen går numera till mottagningen, medan den tidigare gick till enskilda GPs. Den förändringen återspeglar också att allt fler GPs arbetar som anställda vid en mottagning snarare än som partner och ägare. Andelen anställda GP, vanligtvis knutna till större mottagningar, har ökat över tiden och var 2007 cirka 20 procent (Wilson 2015). Lönen för anställda GPs är i genomsnitt 25 procent lägre än för GPs som arbetar som egenföretagare.

Mottagningarna ersätts genom en kombination av fast belopp utifrån sammansättningen av de listade invånarna samt en rörlig ersättning. Den fasta ersättningen beräknas utifrån en komplicerad formel (Carr Hill formula) som tar hänsyn till de listades ålder och kön, antalet nya listade patienter, sjukdomsprofilen bland befolkningen i området samt faktorer som tar hänsyn till mottagningens geografiska placering (Cylus m.fl. 2015). Den rörliga ersättningen avser i huvudsak den målrelaterade ersättning som infördes 2004. Inledningsvis omfattade den målrelaterade ersättningen cirka 20 procent av GPs inkomster och baserades på särskild uppföljning genom the Quality and Outcomes Framework. Från 2014/15 har en tredjedel av den målrelaterade ersättningen flyttas över till kapiteringen samt finansierat en extra ersättning för koordinering av vård till alla personer över 75 år av en namngiven GP. Det finns möjligheter för mottagningar att teckna lokala kontrakt om

utvidgade tjänster (enhanced services) som då ger särskilda intäkter.

Det nya kontraktet för GPs 2004 innebar att det obligatoriska ansvaret för jour avvecklades. I de fall GPs väljer att exkludera jour från mottagningens ansvar, vilket 90 procent av alla GPs gör, måste beställaren kontraktera jourverksamheten och telefonrådgivning till GPs i kooperativ eller till privata företag. Det finns även ett nationellt nummer (111) för 24 timmars rådgivning. De ”walk-in clinics” som tillkommit i större städer sedan 2000 har i första hand öppet under kontorstid. Tidigare studier från England visar att dessa walk-in clinics ger vård av god kvalitet med hög patientnöjdhet. Samtidigt utnyttjas de i första hand av den arbetande medelklassen, vanligtvis för smärre och ofta självläkande vårdbehov (Chapman m.fl. 2004).

5.4 SAMORDNING OCH KONTINUITET

Enkätstudier i England från 2015 (the GP Patient Survey) visade att ungefär hälften av alla patienter föredrog att alltid träffa samma GP. Bland dessa patienter var det 35 procent som alltid eller nästan alltid fick träffa samma GP. Ytterligare 23 procent fick träffa samma GP vid de flesta tillfällen. Detta är en minskad andel jämfört med svar från tidigare enkäter 2012 då 42 procent av patienterna uppgav att de alltid eller nästan alltid fick träffa samma GP (Ipsos Mori 2016). Även andra och tidigare studier tyder på att kontinuiteten mellan patient och läkare försämrats under senare årtionden (Department of Health 2010).

I ett längre tidsperspektiv har utvecklingen mot en utökad roll för sjuksköterskor på mottagningen bidragit till sämre kontinuitet mellan läkare och patient. På många mottagningar har sjuksköterskor det primära ansvaret för uppföljande besök av patienter med kroniska sjukdomar som diabetes. Den utvecklingen har påskyndats av den målrelaterade ersättningen som infördes 2004 och har bidragit till att många läkare upplever att kontinuiteten i relationen med dessa patienter har försämrats (Campbell m.fl. 2008, 2009).

Distriktssjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster är i huvudsak anställda av andra organisationer inom NHS och arbetar utifrån egna upptagningsområden. De kan dock ha sina patientbesök på GPs mottagningar. På samma sätt kan screeningprogram för exempelvis bröstcancer organiseras gemensamt av den lokala NHS-organisationen, även om själva tjänsten tillhandahålls på GPs mottagningar.

GPs har det primära ansvaret för vanliga kroniska sjukdomar och specialistvården utnyttjas bara i undantagsfall för typ-2 diabetes, högt blodtryck, astma/KOL, ångest och depression. För mera komplexa och ovanliga tillstånd delas ansvaret mellan primärvård och specialistvård, liksom även gäller exempelvis palliativ vård. I allmänhet krävs remiss från GP för att patienter ska få besöka annan specialiserad vård. De förändringar mot ökad valfrihet för patienter som fokuserats under senare årtionden avser i första hand val av sjukhus och specialistläkare, snarare än val av GP. Patienter har möjligheter att själva välja sjukhus och även enskild specialist när man fått remiss från sin GP. Ofta vägleds patienter av råd och information från GPs inför detta beslut.

5.5 TILLGÅNG OCH OMFÅNG

Mottagningarna har elektroniska boknings- och journalsystem och även remisser och provsvar skickas digitalt. Flera mottagningar har möjligheter för patienter att boka besök online. Omkring en tredjedel av patienterna känner till möjligheterna att boka besök eller förnya recept online. Ännu färre har själva utnyttjat dessa möjligheter (Ipsos Mori 2016). Andelen patienter som uppger att de bokar besök online har dock ökat från 2,9 till 5,9 procent mellan 2012 och 2015 (Ipsos Mori 2016). De allra flesta patienter bokar besök per telefon eller i samband med tidigare besök på mottagningen.

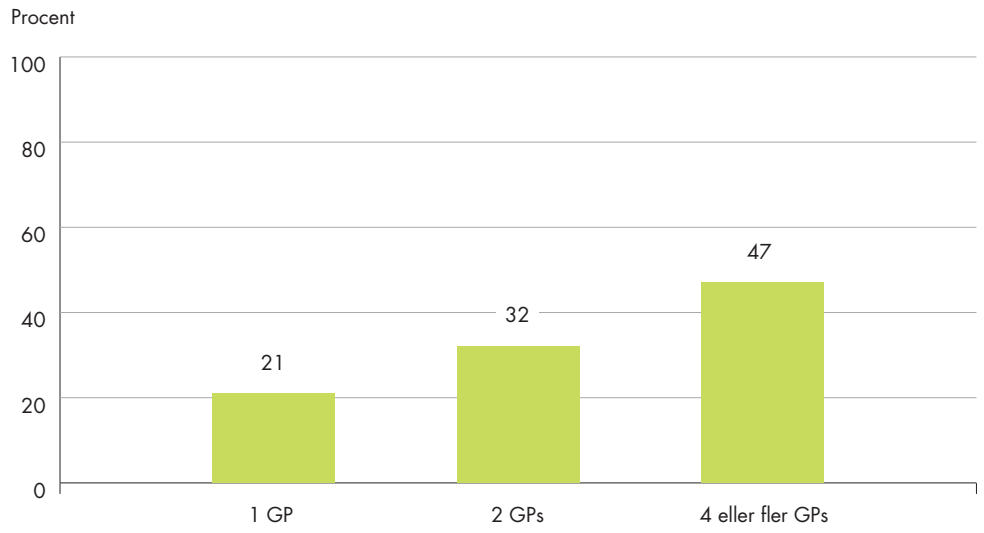
GPs är kontrakterade att erbjuda mottagning vardagar 8.00–18.30. Allt fler mottagningar har dock mera generösa öppettider (Wilson 2015). På senare år har efter ett nationellt initiativ införts försök med ”extended hous” 8.00–20.00 och en satsning på nya sätt att konsultera GPs genom Skype och e-post. Dessa satsningar har tillkommit mot bakgrund av ett ökat söktryck på sjukhusens akutmottagningar. Enligt resultat från en analys av patientenkäter 2015 var det mindre än 0,5 procent av patienterna som konsulterat vårdpersonal genom Skype eller motsvarande teknik. Under de senaste 15 åren har andra resurser i första linjens vård ökat i betydelse. Det gäller nationell rådgivning per telefon eller online i form av ”NHS Direct” och öppna drop in-mottagningar för mindre akuta besvär, så kallade walk-in clinics. Dessa resurser tycks dock inte avlastat vården vid GPs mottagningar i någon större utsträckning.

Antalet konsultationer per invånare och år kan följas genom jämförelse av statistik baserad på journaler från 1995 respektive 2006 (Wilson 2015). Det totala antalet konsultationer har enligt denna statistik ökat från 3,9 besök 1995 till 5,3 besök 2006. Detta förklaras i första hand av en ökning i antalet konsultationer med sjuksköterskor. Antalet konsultationer med GP har under samma period ökat måttligt från 3 till 3,3 besök. Samtidigt har den genomsnittliga längden på en fysisk läkarkonsultation ökat till 11,7 minuter, vilket tyder på ett förändrat innehåll. Antalet hembesök har minskat och motsvarade 2006 drygt 5 procent av alla kontakter. Antalet telefonkonsultationer har ökat och motsvarade drygt 15 procent av alla kontakter mellan GPs och patienter 2006.

5.6 ARBETSSÄTT

En mottagning omfattar i första hand GPs, som kan vara delägare eller anställda, samt anställda sjuksköterskor och administrativ personal. Ungefär hälften av alla mottagningar har fyra eller fler verksamma GPs, se figur 5.1. Näst vanligast är mottagningar med 2–3 verksamma GPs. Ungefär en femtedel av alla GPs arbetar i egen mottagning.

Figur 5.1. Andel GPs som arbetar vid mottagningar av olika storlek.



Källa: Wilson (2015), fig. A31.5, s 300.

Sjuksköterskor på mottagningen kan ha ansvar för besök av patienter med kroniska sjukdomar som diabetes och KOL. Sådana sjuksköterskeledda mottagningar har ökat i betydelse. Från 1995 till 2006 ökade andelen sjuksköterskebesök på GPs mottagningar från 21 till 34 procent. Det finns stora variationer mellan mottagningarna när det gäller möjligheter till olika vårdtjänster. På nationell nivå har man uppmuntrat utveckling av ”enhanced services” genom extra ersättning. Sådana utvidgade tjänster kan avse mera avancerad diagnostik och mindre kirurgi. Denna typ av incitament och även andra åtgärder innebär också att en fortsatt utveckling mot större gruppmottagningar främjats. Det finns numera exempel på flera olika former av storskaliga primärvårdsorganisationer, som baseras på mer eller mindre formell samverkan mellan GPs (Pettigrew m.fl. 2016). Utöver lösare samarbeten mellan mottagningar i olika former av nätverk finns ”super-partnership” eller ”multi-site practice organisations” där flera mottagningar slagits samman till ett företag under en gemensam ledningsfunktion. Företagen kan vara organiserade som aktiebolag med olika ägare eller baseras på avtal mellan berörda GPs. En fördel med dessa storskaliga lösningar är att den finansiella risken för varje enskild mottagning och GP minskar med en större volym gemensamt listade invånare. Det kan också vara enklare för storskaliga lösningar att möta nya krav och förutsättningar för primärvården. Det gäller exempelvis högre krav på samarbeten med specialistvård och vård i ”communities” och utvidgade roller för sjuksköterskor och andra som arbetar på mottagningarna (Bienkowska-Gibbs m.fl. 2015). Tidigare studier menar att en viktig utmaning för dessa storskaliga lösningar är att bevara småskaligheten och kontinuiteten i kontakterna med patienter (Smith m.fl. 2013). Nya lösningar för primärvården måste också utvecklas utifrån varierande lokala förutsättningar.

6 Jämförelse

Redovisningen av respektive lands primärvård i denna promemoria har följt ett gemensamt ramverk för primärvårdens funktion och organisation som skiljer mellan resursmässiga förutsättningar, styrning, samordning och kontinuitet, tillgång och omfång samt arbetssätt. Frågor som getts särskild uppmärksamhet är hur mottagningar bemannas samt hur primärvården bidrar till en jämlik och patientcentrerad vård. Möjligheterna att belysa dessa frågor har dock begränsats av den statistik och de uppgifter som finns tillgängliga från respektive land. I detta avsnitt jämförs de olika länderna med varandra med utgångspunkt i ramverkets dimensioner. Jämförelsen omfattar även svensk primärvård.

Resursmässiga förutsättningar

Det är mycket svårt att jämföra redovisade utgifter i olika länders primärvård eftersom verksamheten kan definieras och organiseras på olika sätt. Svensk primärvård har en tradition av att olika personalresurser och kompetenser organiseras samlat, med vårdcentralen som gemensam bas. I flertalet andra länder återfinns sjukgymnaster i egna privata mottagningar, och arbetsterapeuter och sjuksköterskor arbetar i högre grad i kommunal regi. Det gäller i synnerhet i Danmark och Norge. Det norska fastläkarsystemet bemannas i princip enbart av allmänpraktiserande läkare och hälsosekreterare. Å andra sidan motsvarar begreppet primärvård i Norge all den vård som tillhandahålls och finansieras av kommunerna. Det skulle i svensk vård omfatta både landstingens primärvård och all den sjukvård som bedrivs av kommunerna. I de sammanställningar som redovisats tidigare uppges också mycket stora variationer, som kan förklaras av olika organisation snarare än substantiella skillnader i verksamheten. I en jämförelse av 27 EU-länder av Kringos med flera (2015a) varierade andelen kostnader i primärvården från drygt 25 procent i Schweiz till knappt 6 procent i Norge. Även om det inte kommenteras i rapporten avser uppgifter för Norges med stor sannolikt enbart fastläkarna. Hela Norges primärvård, som det definieras i Norge, omfattar ungefär hälften av hälso- och sjukvårdens totala utgifter (se kapitel tre). För flertalet länder i jämförelsen av Kringos med flera, däribland Danmark och Sverige, saknas också information om primärvårdens andel av kostnaderna.

Redovisningen i denna promemoria fokuserar funktion och organisation för primärvård i form av vårdcentraler eller mottagningar där allmänpraktiserande läkare är verksamma. Mot bakgrund av svårigheter att jämföra uppgifter om primärvårdens kostnader har frågor om reala resurser och mottagningarnas bemanning fokuserats. En jämförelse av personalresurser försvåras dock av att tillgängliga uppgifter i stort sett enbart avser läkare. Även i Sverige saknas offentligt tillgänglig statistik över personal vid privata vårdcentraler. Det bör också noteras att uppgifter om antalet läkare i primärvården från ett och samma land kan variera, beroende på om enbart specialister

i allmänmedicin eller samtliga verksamma läkare tas med i beräkningen. Som framgår av tabell 6.1 har Norge ungefär samma antal läkare per invånare som i Storbritannien och Nederländerna enligt OECD:s siffror 2014. Enligt den statistik som redovisas från fastläkarsystemet i denna rapport har Norge i stället i särklass högst läkartäthet i primärvården. Förklaringen bakom de skilda uppgifterna är de olika krav som finns i respektive land när det gäller läkare som invånarna kan lista sig hos. I Norge har det inte funnits några krav att fastläkare med egen mottagning och lista av patienter ska ha en specialistutbildning i allmänmedicin. Det innebär att även fastläkare utan specialistutbildning i allmänmedicin omfattas av den allmänna statistiken när antalet invånare per fastläkare beräknas. I till exempel Danmark omfattas enbart specialistläkare i dessa beräkningar, eftersom det enbart är specialistläkare som kan äga en praktik och lista egna patienter. Norska fastläkares genomsnittliga lista på ungefär 1 100 invånare kan därmed inte jämföras rakt av med danska eller svenska uppgifter. En tidigare studie i Region Skåne visade att antalet listade per läkare sjönk betydligt om resurser i form av ST-läkarna beaktades (Anell 2016).

Tabell 6.1. Antalet läkare (general practitioners) per 1 000 invånare och som andel av det totala antalet praktiserande läkare 2002 respektive 2014. Siffror markerade med * avser 2013.

	Läkare (general practitioners) per 1 000 invånare		Andel av alla praktiserande läkare (procent)	
	2002	2014	2002	2014
Danmark	0,66	0,72*	21,58	19,61*
Nederländerna	0,63	0,80	24,41	23,82
Norge	0,73	0,79	22,23	17,94
Sverige	0,56	0,65*	17,05	15,67*
Storbritannien	0,66	0,80	31,67	28,51

Källa: OECD Health Statistics 2016.

Jämförelsen enligt OECD och tabell 6.1 kan på så sätt betraktas som mera rättvis eftersom antalet läkare per tusen invånare definierats mera enhetligt. Det kan noteras att svensk primärvård har lägst antal läkare i primärvården både 2002 och 2014. Sverige har också minst andel av samtliga läkare i primärvården båda dessa år. Det kan också noteras att andelen läkare i primärvården har minskat mellan dessa år i samtliga länder, även i Sverige. Denna utveckling med en minskad andel läkare i primärvården tycks således oberoende av hur vården i stort finansieras och organiseras. Utvecklingen går också på tvärs mot de reformer som införts i Norge och att primärvården beskrivits som ”vårdens ryggrad” inom både brittiska NHS och i Nederländerna.

Styrning

Styrningen inom primärvården i de redovisade länderna uppvisar både likheter och skillnader i jämförelse med förhållandena i svensk primärvård. I samtliga de fyra länder som studerats är uppdragen för mottagningar i huvudsak definierade på nationell nivå genom avtal och överenskommelser. Det finns ett nationellt regelverk för individers val och listning, även om lokala begränsningar förekommer i Nederländerna. Mera generellt kännetecknas den nationella styrningen av vården i Sverige mer av ”mjuka” överenskommelser snarare än lagar och avtal (Fredriksson m.fl. 2011) vilket också gäller primärvården. Koordinering av svensk vård sker i högre grad indirekt genom olika incitament för vårdgivare och differentierade patientavgifter, och i mindre utsträckning genom direkta nationella direktiv och formella remisskrav (Iversen m.fl. 2016). Jämfört med svenska förhållanden är kraven på remiss för att få tillgång till specialistläkare och även andra vårdresurser högre i de länder som studerats. Det gäller framför allt i Norge. I Norge har också legevakten, som bemannas av fastläkare, stor betydelse för akut vård under jourtid.

En genomgående skillnad jämfört med svenska förhållanden är att etablerade mottagningar i de andra studerade länderna har större frihet. Mottagningar och allmänpraktiserande läkare kan exempelvis själva välja tak för antalet listade, även om det finns krav på viss lägstanivå för heltidsarbetande läkare. Det finns också större utrymme att neka individer att lista sig om de bor långt ifrån mottagningen. I svensk primärvård finns i princip inga sådana möjligheter att neka listning, när en privat eller offentlig vårdcentral väl är etablerad. Däremot har exempelvis svenska privata vårdcentraler mycket större frihet när det gäller var man ska etablera sin verksamhet och vem som kan äga mottagningen.

Skillnaderna jämfört med svenska förhållanden när det gäller ersättningssystem och kostnadsansvar är i vissa avseenden mycket stora, se tabell 6.2. En första stor skillnad är hur ersättningen bestäms. I de fyra länder som studerats regleras ersättningen i ett nationellt avtal som baseras på utfallet av återkommande förhandlingar mellan representanter för finansiärer respektive vårdgivare. Nederländerna avviker till viss del från detta mönster genom att i viss mån tillåta lokala förhandlingar mellan allmänläkares mottagningar och försäkringsgivare. Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om uppdrag och ersättningsprinciper, avviker kraftigt från förhållandena i de länder som studerats. I svensk primärvård kan ersättningsprinciperna ändras snabbt efter ensidiga beslut av landstingen. Det kan vara en fördel om krav och förutsättningar ändras. Samtidigt skapar sådana beslut en osäkerhet och ryckighet i planeringsvillkoren för vårdcentralerna, vilket ger sämre förutsättningar för att bedriva kontinuerligt utvecklingsarbete. I andra länder kräver förändrade ersättningsvillkor att två parter kommer överens i en förhandling, vilket i sin tur skapar hinder för en utveckling som inte båda parter vinner på. De nya ersättningsprinciper som införts i England (målrelaterad ersättning) och Nederländerna (samlad ersättning för exempelvis diabetesvård) har därför varit frivilliga för vårdgivare. En andra stor skillnad avser det jämförelsevis omfattande kostnadsansvaret för svenska vårdcentraler. I synnerhet i kombination med en stor

andel fast ersättning per listad individ (se nedan) innebär detta kostnadsansvar att svenska vårdcentraler har ett betydligt större finansiellt ansvar. Med undantag från integrerad ersättning för vissa kroniska sjukdomar i Nederländerna (där deltagande är frivilligt för mottagningarna) är kostnadsansvaret i andra länder i princip begränsat till de direkta kostnader som uppstår på mottagningen.

Tabell 6.2. Jämförelse av ersättningssystem och kostnadsansvar.

	Sverige	Danmark	Norge	Nederländerna	UK (England)
Beslut om ersättnings-system och kostnadsansvar	Beslut av respektive landsting. Nationellt krav på konkurrens-neutralitet.	Nationella avtal baserade på förhandlingar mellan parter.	Nationella avtal baserade på förhandlingar mellan parter.	Nationella avtal baserade på förhandlingar mellan parter. Vissa möjlig-heter till lokala förhandlingar.	Nationellt avtal baserat på förhandlingar mellan parter.
Ersättning och mottagare	Kapitering per listad individ i kombination med mindre andel rörlig besöks-ersättning. Ersättning till mottagningen. Läkare i allmän-het anställda med lön från mottagningen.	Rörlig ersättning per besök i kom-bination med mindre andel kapitering per listad individ. Ersättning till läkare som ägare av praktik. Ägare till praktik kan anställa andra läkare med lön, vilket förekom-mer sparsamt. Cirka 20 läkare of-fentligt anställda med lön av regionkliniker.	Rörlig ersättning per besök i kombination med mindre andel kapitering per listad individ. Ersättning till fastläkare. Anställda läkare med lön förekommer som vikarier i exempelvis glesbygds-kommuner	Kapitering per listad individ i kombination med rörlig besöks-ersättning. Möjligheter till integrerad ersättning (utö-kad kapitering) för vissa kro-niska sjukdomar. Cirka 15 procent av alla GPs har lön från anställ-ning på en mottagning.	Ersättning som baseras på formel som tar hänsyn till sam-mansättningen av de listade och lokaliseringen av mottagningen. Rörlig ersättning baserad på målrelaterad ersättning.
Patientavgifter för besök på mottagningen	Ja, med hög-kostnadsskydd.	Nej	Ja, med hög-kostnadsskydd.	Inga patient-avgifter för besök hos läkare eller sjuk-sköterska. Inga patien-tavgifter för kroniska patienter som omfattas av integrerad ersättning.	Nej
Riskjusterad kapitering	Ja, utifrån sjukdomstyngd (ålder, Adjusted Clinical Groups) och socioekono-mi (exempelvis Care-Need-Index).	Nej	Nej	Ja, ålder (över eller under 65 år) och socioekonomi (postnummer för mottagningens lokalisering).	Ja

Tabell 6.2. *Fortsättning.*

	Sverige	Danmark	Norge	Nederländerna	UK (England)
Särskild ersättning för mottagningar i glesbygd/lands-bygd.	Ja, i vissa landsting.	Nej	Ja, i vissa kommuner.	Nej	Ja, genom faktor i beräknings-
Målrelaterad ersättning	Ja, i en majoritet av landstingen motsvarande 2–4 procent av intäkterna.	Nej	Nej	Ja, mindre del av intäkterna.	Ja, motsvarande 15 procent av intäkterna.
Kostnadsansvar för receptlä-kemedel och diagnostiska utredningar.	Ja, kostnads-ansvar för receptläkemedel och vanliga diagnostiska utredningar i en majoritet av landstingen. Delvis kostnads-ansvar för annan öppen primär- och spe-cialiserad vård i en majoritet av landstingen (avgift per besök eller avdrag på den fasta ersätt-ningen).	Nej	Nej	Nej, möjlig-het till utökat kostnadsansvar vid integrerad ersättning för vissa kroniska sjukdomar.	Nej, mottag-ning-arna har möjlighet att teckna avtal om vidgat uppdrag.

Källa: OECD Health Statistics 2016.

När det gäller ersättningsprinciper finns likheter mellan Sverige, Nederländerna och Storbritannien genom att den fasta ersättningen per listad invånare har större betydelse för mottagningarnas samlade intäkter. Förutom att denna kapitering har större betydelse finns också en riskjustering av den fasta ersättningen utifrån faktorer som ålder och socioekonomi. I Storbritannien bestäms den fasta ersättningen för listade individer utifrån en nationell formel. Denna formel beaktar även ekonomiska förutsättningar i olika geografiska områden. Nederländerna och Storbritannien har liksom Sverige också en målrelaterad ersättning, som dock har mycket större betydelse som andel av den totala ersättningen i Storbritannien. Ersättningsprinciperna med en större andel riskjusterad kapitering förefaller i viss mån samvariera med arbetssätten på mottagningarna. I både Nederländerna och Storbritannien finns många gruppmottagningar där anställda sjuksköterskor har stor betydelse för vård och uppföljning av patienter med vanliga kroniska sjukdomar. I både Nederländerna och Storbritannien finns också en större andel läkare som är anställda med lön. Anställda läkare är ovanligare i Danmark och Norge. I synnerhet i Norge är det också vanligt att fastläkaren själv tar hand om alla patientkontakter.

Samordning och kontinuitet

I tre av de länder som beskrivits – Danmark, Storbritannien och Nederländerna – finns en lång tradition av att det finns en personlig relation mellan allmänläkaren och patienten. Detta har också bidragit till att patienterna själva uppfattar att det finns en god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. I Norge har en tradition av personlig relation med fastläkare införts först under senare tid, vilket även gett en positiv effekt på patienternas upplevelse av kontinuitet. Kontinuitet gentemot listade patienter är också något som de allmänpraktiserande läkarna i de länder som studerats själva uppskattar.

När det gäller samordning av primärvård och annan vård tycks de länder som studerats i mindre grad kunna tjäna som förebilder. I samtliga länder finns diskussioner om att samordningen och koordineringen mellan insatser på primärvårdens mottagningar och insatser i specialistvården respektive i den kommunala vården är för svag. I detta avseende är diskussioner och fokuseringen på i synnerhet sköra äldre patienter i eget boende mycket snarlik den diskussion som finns i Sverige. En annan diskussion avser samordningen mellan de olika professioner som arbetar inom primärvården. En gemensam diskussion i främst Danmark och Norge är hur en utvidgad roll för sjuksköterskor ska kunna främjas. I detta avseende är primärvården i Storbritannien mest lik den i Sverige, följt av förutsättningarna i Nederländerna.

Primärvården i Norge och Danmark framstår som mest fragmenterad. Detta har också lett till att myndigheter och departement i respektive land utvecklat nya strategier för framtidens primärvård, där just samverkan och koordinering inom primärvårdens olika delar lyfts fram som honnörsord. Det är dock oklart hur denna samverkan ska implementeras och vad som exempelvis blir den norska fastläkarens roll och ansvar. Precis som i andra länder är det i första hand nationella och lokala myndigheter som ställer krav på bättre samverkan och koordinering, snarare än att dessa krav kommer från läkare i primärvården och deras patienter. Det finns också farhågor att goda resultat när det gäller tillgänglighet och kontinuitet med allmänpraktiserande läkare ska försämras i en utveckling som fokuserar samordning och arbete i team.

Tillgång och omfång

Det är svårt att jämföra skillnader i tillgång och omfång mellan länder eftersom tillgänglig statistik inte tagits fram som underlag för jämförelser mellan länder. Baserat på uppgifter från patientenkäter tycks dock patienterna själva betrakta tillgängligheten till primärvården och allmänpraktiserande läkare som god i samtliga de länder som studerats, dock med en negativ trend i Storbritannien. Patienterna bedömer överlag också att man har en bra relation med sin läkare. Trots att konsultationstiden i genomsnitt är mycket kortare än på svenska vårdcentraler förefaller de flesta patienter också nöjda med den information man får från sin läkare. Det kan möjligen förklaras av att patienterna i genomsnitt har fler kontakter per år med sin läkare.

Enligt tidigare bedömningar av primärvårdens omfång (Boerma och Dubois 2006) har primärvården en större betydelse för första linjens vård i de fyra länder som studerats jämfört med de flesta andra EU-länder. I detta avseende finns också en skillnad jämfört med svensk primärvård. Sett till det totala antalet kontakter i

öppenvård svarar svensk primärvård för en mindre andel jämfört med primärvården i de fyra länder som studerats. Det är dock oklart i vilken grad detta förklaras av primärvårdens arbetssätt eller av specialistvårdens arbetssätt inklusive olika krav på remiss. Det förefaller inte finnas några stora systematiska skillnader i vad primärvården skulle kunna göra för patienterna i de olika länderna. Primärvården i de länder som studerats är liksom i Sverige välutrustad och ger behandling och insatser inom ett brett spann av olika sjukdomar och tillstånd (Kringos m.fl. 2015a). Utbildningsnivån, definierat som andel av läkarna som har specialistutbildning i allmänmedicin, är minst lika god i Sverige som i de fyra länder som studerats. Skillnader i den andel vård som utförs av primärvården skulle i så fall i första hand förklaras av sämre kapacitet i svensk primärvård samt skillnader i specialistvårdens arbetssätt, inklusive kraven på remiss.

Arbetssätt

Även om det inte finns stora skillnader mellan vad primärvården kan göra finns stora skillnader i arbetssätt mellan mottagningar i Danmark och Norge respektive mottagningar i Storbritannien, Nederländerna och Sverige. I den senare gruppen av länder finns ofta anställda sjuksköterskor som har egna mottagningar som följer upp patienter med vanliga kroniska sjukdomar. I både Nederländerna och Storbritannien finns dock många mottagningar där allmänläkare i stort sett arbetar ensamma med patienterna, på samma sätt som är praxis i Danmark och Norge. Variationen mellan olika typer av mottagningar tycks också ha tilltagit i samtliga länder. I Danmark har det exempelvis blivit vanligt under senare årtionden att allmänläkare gemensamt äger mottagningen och delar på de listade patienterna.

Likheterna i arbetssätt är störst mellan svenska vårdcentraler och utvecklingen av nya former för mottagningar i Storbritannien. På senare tid har nya storskaliga lösningar utvecklats i Storbritannien, med flera mottagningar i ett område eller en region som gått samman och verkar under gemensam ledning och ägarstruktur. Ersättningen går till mottagningen, och inte till en allmänläkare med personligt ansvar för de listade individerna. Detta påminner om förhållanden i Sverige. I svensk primärvård dominerar dock offentligt ägda storskaliga vårdcentraler. Störst skillnader i arbetssätt finns mellan svenska vårdcentraler och norska fastläkare. Även om norska fastläkare ofta arbetar i små grupper tillsammans med andra fastläkare är anställning av sjuksköterskor fortfarande ovanligt.

Befolkningens och läkarnas bedömningar

Utifrån resultat från den årliga internationella undersökningen ”The Commonwealth Fund International Health Policy Survey” (IHP-undersökningen) finns möjligheter att jämföra befolkningens, patienternas och primärvårdsläkarnas egna bedömningar av primärvården i Nederländerna, Norge, Storbritannien och Sverige.[5]

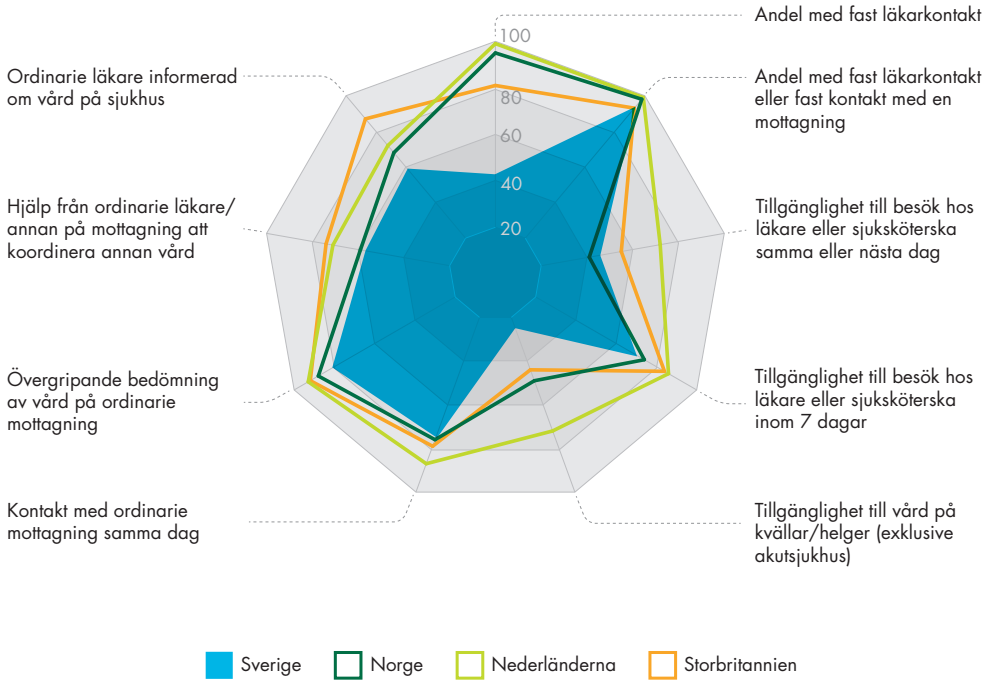
[5] Danmark deltar inte i undersökningen, vilken totalt omfattar 11 länder.

Figur 6.1 visar en första jämförelse som baseras på data från 2016 års undersökning riktad mot individer i befolkningen över 18 år. De frågor som valts ut avser följande bedömningar av befolkning och patienter:

- andel i befolkningen som uppger att de har fast läkarkontakt
- andel i befolkningen med fast läkarkontakt eller fast kontakt med en mottagning
- tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska samma eller nästa dag (baserat på erfarenheter senaste gången respondenten var sjuk eller behövde medicinsk vård)
- tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska inom 7 dagar (andel enligt ovan)
- tillgänglighet till vård kvällar och helger utan att gå till sjukhusets akutmottagning (exklusive de som aldrig behövt vård på kvällar eller helger, andel som svarat ”mycket lätt” eller ”ganska lätt”)
- kontakt med ordinarie mottagning samma dag (respondenter som har fast läkare eller mottagning, exklusive de som aldrig varit i kontakt med mottagningen per telefon, andel som svarat ”alltid” eller ”ofta”)
- övergripande bedömning av vård på ordinarie mottagning (exklusive de som inte fått vård under de senaste 12 månaderna, andel som svarat ”utmärkt”, ”mycket bra” eller ”bra”)
- hjälp från ordinarie läkare eller annan på mottagningen att koordinera den vård man får från andra läkare och ställen (exklusive de som uppger att de inte är i behov av koordinering av sina vårdinsatser, andel som svarat ”alltid” eller ”ofta”)
- ordinarie läkare informerad om vård på sjukhuset (respondenter som varit inlagda på sjukhus senaste två åren exklusive de som angett att de inte träffat sin läkare efter utskrivning, andel som svarat ”ja”).

Som framgår av jämförelsen finns små skillnader i patienternas övergripande bedömning av vården på deras ordinarie mottagning, liksom i hur stor andel av befolkningen som uppger att de är listade hos en läkare eller mottagning. I andra avseenden finns stora skillnader, inte minst den mindre andelen i Sveriges befolkning som uppger att de har en fast kontakt med en läkare liksom den sämre upplevda tillgängligheten kvällar och helger. Sammantaget får svensk primärvård en relativt svag profil enligt befolkningens och patienternas bedömning. Trots en högre läkartäthet i Norges primärvård är befolkningens och patienternas bedömning av tillgänglighet, samordning med annan vård respektive information till primärvården efter utskrivning bättre i både Nederländerna och Storbritannien. Bäst profil har Nederländerna undantaget information efter utskrivning som får bäst betyg i Storbritannien.

Figur 6.1. Primärvården ur befolkningens perspektiv. Jämförelse baserad på IHP-undersökningen 2016.



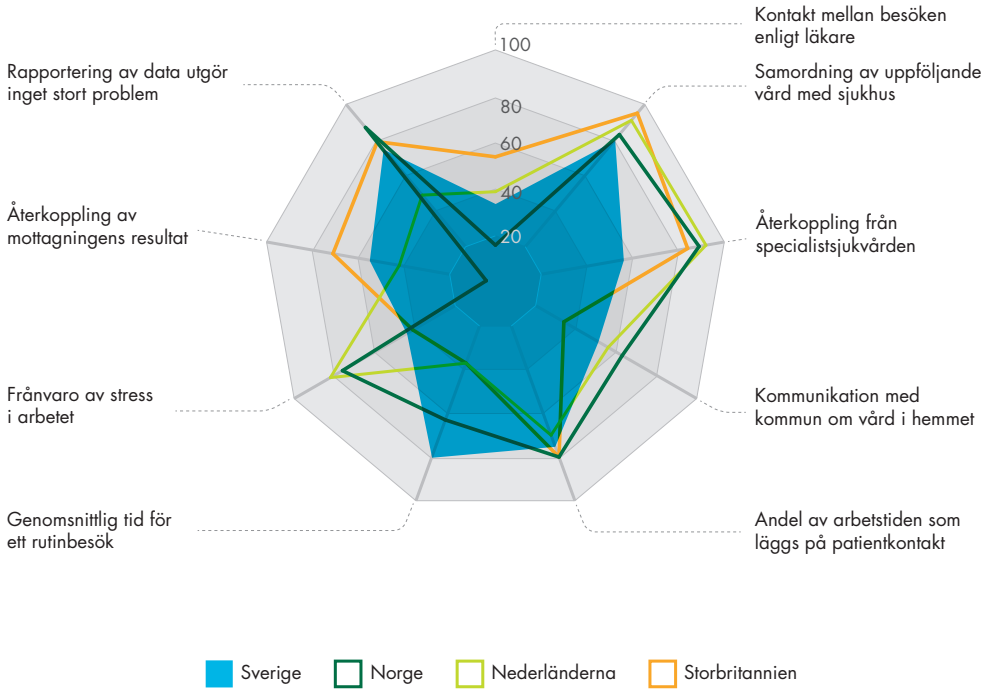
Källa: Data är hämtade från Vårdanalys PM 2016:5. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.

Figur 6.2 visar i stället en jämförelse mellan länderna baserat på data från 2015 års IHP-undersökning riktad mot läkare i primärvården. För svenskt vidkommande var respondenterna allmänläkare samt ST-läkare i allmänmedicin. De frågor som valts ut avser följande bedömningar av läkare:

- kontakt med patienter mellan besöken (andel som svarat ”ofta” på frågan om man kontaktar patienter mellan besöken för att övervaka deras tillstånd)
- samordning av uppföljande vård med sjukhus (andel som svarat ”ofta” eller ”ibland” om uppföljande vård samordnas med sjukhus för patienter som skrivs ut)
- återkoppling från specialistsjukvården (andel som svarat ”alltid” eller ”ofta” läkare i specialistsjukvården återkopplar till primärvårdsläkaren med all relevant information)
- kommunikation med kommunen om vård i hemmet (andel som svarat ”regelbundet” på frågan om det finns en kommunikation med kommunen om patientens behov och den vård som ska ges)
- andel av arbetstiden som läggs på patientkontakt (medianvärde av andelen personlig och annan kontakt med patienterna)

- genomsnittlig tid för ett rutinbesök (andel av halvtimme: 24 minuter för Sverige, 19 minuter för Norge samt 11 minuter för Nederländerna respektive Storbritannien)
- stress i arbetet (andel som inte angett att arbetet är ”oerhört” eller ”mycket” stressigt)
- återkoppling av mottagningens resultat (andel som svarat att de ”regelbundet” får information om egna prestationer i jämförelse med andra)
- rapportering av data utgör inget stort problem (andel som inte svarat att rapportering utgör ett stort problem).

Figur 6.2. Primärvården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. Jämförelse baserat på IHP-survey 2015.



Källa: Data är hämtade från Vårdanalys PM 2015:9. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder.

På flera områden finns stora variationer mellan primärvårdsläkarnas bedömningar. Fastläkare i Norge utmärker sig genom frånvaro av återkoppling av mottagningens resultat i jämförelse med andra mottagningar. Andelen som anger att rapportering av data inte är ett stort problem är även stor. Andra avvikelser är en låg grad av kontakt med patienterna mellan besöken i Norge, men en bättre kommunikation med kommunen om vård i hemmet jämfört med andra länder. Den senare skillnaden kan förstås mot bakgrund av fastläkares individuella kontrakt med kommunerna. Svenska primärvårdsläkare uppger längst genomsnittlig tid för rutinbesök, mer än dubbelt så lång tid som i Nederländerna respektive Storbritannien. Frånvaron av stress är

samtidigt vanligast i Nederländerna följt av Norge, medan Sverige och Storbritannien i detta avseende hamnar på ett sämre utfall. Resultatet för Nederländerna är särskilt intressant mot bakgrund av att den genomsnittliga tiden för besök är kortare än i Sverige och Norge. Som framgår av jämförelsen i figur 6.2 har också Nederländerna relativt bra bedömningar från läkarna själva när det gäller samordning av vård, kommunikation med kommuner och återkoppling av information från specialistsjukvården.

7 Slutsatser

Med utgångspunkt i den redovisade sammanställningen av primärvårdens funktion och organisation i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien kan följande slutsatser formuleras i jämförelse med svenska förhållanden:

- De länder som studerats har mer resurser i primärvården avseende läkare per invånare och andelen av samtliga läkare som arbetar i primärvården. Svenska vårdcentraler har dock fler anställda sjuksköterskor och annan personal som svarar för en stor andel av patientkontakterna.
- De länder som studerats har lyckats förhållandevis väl när det gäller invånarnas lika tillgång till primärvård och allmänläkare. Det gäller i synnerhet Danmark där det finns jämförelsevis små variationer i antalet listade per läkare i olika regioner. I Norge finns trots en god generell tillgång på fastläkare vakanser som täcks av vikarier i en del glesbygdskommuner.
- Andelen allmänläkare av det totala antalet yrkesverksamma läkare har under de senaste 15 åren minskat i alla länder som studerats, även i Sverige. Denna utveckling gäller trots de reformer som införts i Norge och att primärvården beskrivits som ”vårdens ryggrad” inom brittiska NHS och i Nederländerna. Genom att utvecklingen är gemensam kan skillnader i vårdens finansiering och organisation generellt eller i primärvården inte fullt ut förklara utvecklingen.
- I åtminstone Danmark och Norge har krav på specialistutbildning i allmänmedicin för arbete i almen praksis respektive som fastläkare tillkommit förhållandevis sent. I Norge blir detta ett krav först 2017. Norge utmärker sig även genom att specialistutbildningen i allmänmedicin är mera ostrukturerad. Läkaren själv har större ekonomiskt och samordnande ansvar under specialistutbildningen. Det finns dock ekonomiska incitament att utbilda sig till specialistläkare genom att den rörliga besöksersättningen då blir högre.
- Uppdrag för allmänpraktiserande läkare i primärvården fastställs på nationell nivå i de fyra länder som studerats. Uppdraget tydliggörs bland annat genom listningssystemet och mera strikta krav på remiss för besök hos andra specialistläkare och även tillgång till annan vård. Det personliga listningssystemet urholkas till viss del av nya organisatoriska lösningar där större praktiker eller flera mottagningar med gemensam ledning har en gemensam lista med patienter, liksom svenska vårdcentraler. Tydligast är denna utveckling bland nya storskaliga organisatoriska lösningar i Storbritannien.
- I samtliga länder finns kollektiva lösningar för hantering av jour. Utvecklingen mot storskaliga lösningar är tydligast i Storbritannien och Nederländerna. I Storbritannien har allmänpraktiserande läkares tidigare obligatoriska ansvar för de listade individernas vård under jourtid avskaffats till förmån för kollektiva lösningar som bestäms av NHS.

- Det finns en tradition av privata mottagningar och val för befolkningen i de länder som studerats. Ägandet av mottagningarna och villkoren för nya etableringar är dock mera reglerat och begränsat jämfört med förutsättningarna i svensk primärvård. Invånarnas val av mottagning i andra länder kan vara begränsat beroende på var man bor och mottagningarna har även möjlighet att fastställa ett listningstak. De faktiska möjligheterna för invånare att välja mottagning varierar därför starkt beroende på hur många mottagningar som har en så kallad öppen lista.
- Ersättningar och kostnadsansvar för mottagningarna beslutas vanligen på nationell nivå efter förhandlingar mellan finansiärer och representanter för allmänläkarna. Det är en stor skillnad jämfört med svenska landstings ensidiga beslut om uppdrag och ekonomiska villkor. Genom att villkoren är baserade på överenskommelser och förhandlingar finns också en inneboende tröghet att ändra på ersättningsprinciperna.
- De svenska ersättningsprinciperna är inte unika, utan återfinns även i Storbritannien och Nederländerna. Den större andelen riskjusterad kapitering i dessa länder samvarierar också med fler gruppmottagningar med anställda sjuksköterskor och en större andel läkare som är anställda på mottagningar med lön. Danmark och Norge har en större andel besöksersättning som baseras på insatser från läkare.
- En stor skillnad jämfört med andra länder är det omfattande kostnadsansvaret för svenska vårdcentraler. Ansvaret är särskilt anmärkningsvärt eftersom ersättningen i hög grad baseras på de genomsnittliga förväntade kostnaderna per individ. Mottagningarna har inte heller någon möjlighet att införa ett tak för listningen. I kombination med stor andel fast ersättning innebär dessa villkor att svenska vårdcentraler har ett jämförelsevis stort finansiellt ansvar.
- Framtida utmaningar för primärvården beskrivs i hög grad på samma sätt, oavsett vilket land som avses. Det gäller inte minst en större arbetsbörda för primärvården och högre krav till följd av en utveckling mot allt fler patienter med kronisk sjukdom. En annan gemensam utmaning är hur koordineringen mellan primärvård, specialistvård vid sjukhusen och kommunal vård kan förbättras.
- Tydligast i Nederländerna och Storbritannien finns en utveckling mot samarbete mellan mottagningar och/eller större mottagningar där sjuksköterskor och även annan sjukvårdspersonal har en utvidgad roll gentemot patienterna. Arbete vid gruppmottagningar tycks föredras av fler unga läkare, medan äldre läkare i högre grad föredrar arbete i egen mottagning. Även om denna typ av lösningar ofta lyfts fram som föredömen av myndigheter och finansiärer, även i Danmark och Norge, finns farhågor att den goda kontinuitet man tidigare uppnått mellan läkare och patient kan gå förlorad med mera storskaliga organisatoriska lösningar.

8 Referenser

Abelsen A, Gaski M, Brandstorp H. (2015) Duration of general practitioner contracts. Tidskr. Nor Legeforen; 135(22): 2045–50.

Anell A. (2014) Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. KEFU Skriftserie 2014:3.

Anell A. (2015) Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).

Anell A. (2016) Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne. Kefu-rapport 2016:4.

Anell, A., Jendteg, S. & Nordling, S. (1999), Läkemedelsförskrivning och kostnadskontroll – Vad kan Sverige lära av England, Tyskland och Holland? IHE: Lund.

Bienkowska-Gibbs T, m.fl. (2015) New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS. A brief overview of recent reports. Rand Europe.

Boerma WGW, Dubois CA. (2016) Mapping primary care across Europe. I Saltman RB, Rico A, Boerma W. Eds. Primary care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies.

Campbell S. M., McDonald R., Lester H. (2008) The experience of pay-for-performance in English family practice: A qualitative study. Annals of Family Medicine; 6(3): 228–234.

Campbell SM, m.fl. (2009) Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. New England Journal of Medicine; 361: 368–78.

Chapman JL, m.fl. (2004) Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. British Journal of General Practice; 54(502): 374–381.

Cylus J, m.fl. (2015) United Kingdom. Health System Review. Health Systems in Transition; 17(5).

De Bakker DH, m.fl. (2012) Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. Health Affairs; 31(2):426–33.

Department of Health (2010) The GP Patient Survey 2008/9, Summary report. London: Department of Health.

Fredriksson M, Blomqvist P, Winblad U. (2011) Conflict and compliance in Swedish health care governance: Soft law in the "shadow of hierarchy". Scandinavian Journal of Political Studies; 35(1): 48–70.

Fowler GH. (1979) Primary care in Norway. Journal of the Royal College of General Practitioners; 29: 612–614.

Godager G, Iversen T, Ma CA. (2015) Competition, gatekeeping, and health care access. Journal of Health Economics; 39: 159–170.

Goth US, Godager G. (2012) Use of Primary Care Emergency Services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence. Nordic Journal of Health Economics; 171–186.

Grasdal AL, Monstad K. (2011) Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care. International Journal for Equity in Health; 10: 25. http://www.equityhealthj.com/content/10/1/25.

Godager G, Iversen T. (2010) Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001–2008. Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. Universitetet i Oslo. Helseøkonomisk forskningsprogram. Skriftserie 2010:1.

Hasvold T, Christensen B. (2015) Denmark. I Kringos DS, et al. Building primary care in a changing Europe. Case studies. European Observatory on Health Systems and Policies.

Helse- og omsorgsdepartement (2011) Informasjon om gjennomforingen av samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgsdepartement (2015) Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

Holte JH, m.fl. (2015) General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? BMC Health Services Research; 15:119 DOI10.1186/s12913-015-0777-4.

Ipsos Mori (2016) GP Patient Survey – National Summary report, 7 july 2016.

Iversen T, Anell A, Häkkinen U, Kronborg C, Ólafsdóttir T. (2016) Coordination of health care in the Nordic countries. Nordic Journal of Health Economics; 4(1): 41–55.

Iversen T, Øien H, Schou A. (2016) Fastlegene i samhandlingsreformen. Tidskrift for omsorgsforskning; 2(2): 107–116.

Kierkegaard P. (2013) eHealth in Denmark: A case study. Journal of Medical Systems; 37: 9991. DOI 10.1007/s10916-013-9991-y.

Kringos DS, m.fl. (2015a) Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kringos DS, m.fl. (2015b) The Netherlands. I Kringos DS, m.fl. Building primary care in a changing Europe. Case studies. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kristoffersen JE. (2016) Fire år med samhandlingsreform – og hva så? Manuscript.

Kroneman M, m.fl. (2016) Netherlands. Health System Review. Health Systems in Transition; 18(2).

Markussen S, Røed K, Røgeberg O. (2013) The changing of the guards – Can family doctors contain worker absenteeism? Journal of Health Economics; 32: 1230–1239.

NHS Information Centre (2007) UK GP workload survey 2006/7. Leeds, NHS Information Centre.

Norges forskningsråd (2006) Evaluering av Fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd: Oslo.

Den Norske Legeforening (2015) Sammen for en bedre primærhelsetjeneste. Legeforeningens oppfølging av Meld.St. 26, september 2015.

OECD (2014) OECD reviews of health care quality: Norway 2014. Raising standards. OECD Publishing.

Olejaz M, m.fl. (2012) Denmark. Health Systems Review. Health Systems in Transition; 14(2).

Olsen KR, m.fl. (2016) General practice in the Nordic countries. Nordic Journal of Health Economics; 4(1): 56–67.

Pettigrew L, m.fl. (2016) Large-scale general practice in England: What can we learn from the literature? Literature review. Nuffield Trust.

Praktiserande Lægers Organisation, Regionernas Lønnings- og Taktsnævn (2014) Overenskomst om almen praksis. September 2014.

PLO (2013) Praksisstælling 2013.Praktiserende Lægers Organisation, januar 2013.

PLO (2016) PLO faktaark 2016. Praktiserende Lægers Organisation.

Ringard Å, m.fl. (2013) Norway. Health systems review. Health Systems in Transition; 15(8).

Rørtveit G. (2015) Future primary care in Norway: valid goals without clear strategies. Scandinavian Journal of Primary Health Care; 33(4): 221–222.

Sandberg Buch M, Kjellberg J. (2011) Kapacitet i fremtidens almenpraksis. Organisation og ledelse af praksis; maj: 421–429.

Smith J, m.fl. (2013) Securing the future of general practice: new models of primary care. Research report. The Kings Fund, Nuffield Trust.

Starfield B, m.fl. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly; 83(3): 457–502.

Statistisk sentralbyrå (2016) Kommunehelsetenesta, 2015. https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko.

Sundhetsdata-styrelsen (2016a) Beskrivelse av almen praksissektoren i Danmark. September 2016, Sundhetsdata-styrelsen.

Sundhetsdata-styrelsen (2016b) Forebyggelseindsatsen i almen praksis med fokus på akutte genindlaeggelser og forebyggelige indlaeggelser blandt aeldre. September 2016, Sudhetsdata-styrelsen.

Sundhetsdata-styrelsen (2016c) Henvisningspraksis i almen praksis med fokus på henvisning till psykolog. September 2016, Sundhetsdata-styrelsen.

Sundhetsdata-styrelsen (2016d) Sammanhaeng mellem karakteristika for almen praksis og antal kontakter i praksis. September 2016, Sundhetsdata-styrelsen.

Sundhedsdata-styrelsen 2016e) Kronikeruppfolgning i almen praksis – fokus på borgere med KOl og type-2 diabetes. September 2016, Sundhetsdata-styrelsen.

Sundheds- og Aeldreministeriet (2016a) Udvikling i aktivitetsafhaengige udgifter i almen praksis. September 2016, Sundsheds- og Aeldreministeriet.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016b) Befolkningens kontakter til almen praksis. September 2016, Sundheds- og Ældreministeriet.

Sundheds- og Ældreministeriet (2016c) Medicinordination i almen praksis. September 2016, Sundheds- og Ældreministeriet.

Van Uden CJ, m.fl. (2006) Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Family Medicine; 38(8): 565–569.

Vårdanalys (2014:8) Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys (PM 2015:9) Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys (PM 2016:5) Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys.

Wilson A. (2015) United Kingdom. I Kringos DS, et al. Building primary care in a changing Europe. Case studies. European Observatory on Health Systems and Policies.

Sveriges Yngre Läkares Förening och Tieto 2016. Vårdens IT-stöd - en nyckelfråga för framtiden – PM om yngre läkares syn på IT i vården.

1177 Vårdguiden, www.1177.se. Hämtad 2016-04-01.

Vårdanalys 2013. Ur led är tiden. Rapport 2013:9.

Vårdanalys 2015. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. Rapport 2015:9.

Vårdanalys 2016. Vad står på spel? Om nyttan med digitala hälsouppgifter och risker ur ett integritetsperspektiv. Rapport 2016:3.

Vårdanalys 2017. En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Rapport 2017:3.

Primärvårdens resurser, styrning och organisation

En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har vänt sig till professor Anders Anell vid Lunds universitet för att genomföra fallstudier av primärvården i fyra länder: Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. Denna promemoria är hans redovisning av arbetet och är ett underlag till Vårdanalys rapport En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (Rapport 2017:3).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

vårdanalys