



LUND UNIVERSITY

Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne

Glenngård, Anna

2015

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Glenngård, A. (2015). *Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne*. (KEFU skriftserie; Nr. 2015:2). KEFU.

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

ANNA HÄGER GLENNGÅRD

**UPPFÖLJNING OCH ANSVARSUTKRÄVNING AV
VÅRDGIVARE JÄMTE PINNSTATISTIK
– ERFARENHETER AV FEM ÅRS MEDICINSK REVISION I
PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE**

SKRIFTSERIE 2015:2



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

Föreliggande rapport är ett resultat av den uttalade forskningspolicy som KEFUs styrelse har beslutat om. I korthet går denna ut på att KEFUs FoU-medel primärt skall satsas på initiering och fördjupning av forskning inom hälso- och sjukvård, skola och omsorg. Satsningarna skall baseras på de kunskaps- och kompetensplattformar inom kommunalekonomi som KEFU representerar.

I denna rapport problematiseras den i för många offentliga organisationer dominerande formella hierarkiska styransatsen, där mål på övergripande nivåer bryts ner till delmål och kvantifierade indikatorer på lägre nivåer, i skenet av en mer dialogbaserad styransats. Problematiseringen sker med hjälp av att studera några års erfarenheter av medicinsk revision i Region Skåne. I rapporten diskuteras också två principiellt olika roller för medicinsk revision. Såväl de olika styransatserna som revisionens två roller fyller olika och kompletterande funktioner. Vidare konstateras det att en dialogbaserad styransats och en stödjande revision kan vara ett viktigt komplement till den formella styrningen i verksamheter som präglas av starka professionella värderingar. Som brukligt svarar författaren ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

*Lund i november
Ulf Ramberg
KEFU*

INNEHÅLLS FÖRTECKNING

Förord	i
Sammanfattning	1
Kapitel 1 Inledning	7
1.1 Svensk primärvård efter vårdvalsreformen	8
1.2 Dialog som komplement till annan styrning.....	9
1.3 Syfte med rapporten.....	10
1.4 Disposition av rapporten.....	10
Kapitel 2 Bakgrund till studien.....	12
2.1 Aktörer på välfärdsmarknader	12
2.2 Styrning i teori och praktik i svensk primärvård	12
2.3 Dialog kan vara ett viktigt komplement till pinnstatistik	17
Kapitel 3 Studiens kontext och genomförande	24
3.1 Studiens kontext – Hälsoval Skåne	24
3.2 Studiens genomförande och empiriskt material	26
Kapitel 4 Fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne.....	28
4.1 Bakgrund till införande av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne.....	28
4.2 Syfte med medicinsk revision i primärvården i Region Skåne.....	31
4.3 Olika typer av medicinsk revision	31
4.4 Hur går ett revisionsbesök till?	33
4.5 Förekomst av medicinsk revision 2009-2014.....	36
4.6 Utfall och konsekvenser av medicinsk revision	41
4.7 Värdet av medicinsk revision	48
Kapitel 5 Resultatdiskussion	55
5.1 En fallstudie av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne.....	55
5.2 Styrning och uppföljning baserat på dialog	56
5.3 Syftet med den skånska modellen för medicinsk revision i primärvården.....	58
5.4 Värdet av medicinsk revision i skånsk primärvård	61
Kapitel 6 Analys och avslutande reflektioner.....	64
6.1 Den medicinska revisionen har fyllt sitt syfte	64
6.2 Lokala erfarenheter samlas i nationell modell för uppföljning	65
6.3 Mer eller mindre styrning i offentlig sektor?.....	66
6.4 Styrning genom dialog extra viktigt i primärvården	68
6.5 Kan bättre indikatorer ersätta behovet av dialog?	69
6.6 Avslutande reflektion	71
Källor	73
Appendix 1 – Intervjuguide	78
Appendix 2 – Temarevisioner	79

SAMMANFATTNING

Bakgrund och syfte med rapporten

Det finns anledning att ställa sig frågan ifall det behövs mer eller mindre formell styrning från huvudmän i svensk primärvård och i offentlig sektor i allmänhet. Å ena sidan har många ställt sig kritiska till den granskningskultur som vuxit fram och som förknippas med New Public Management (NPM). Skärpt granskning och kontroll riskerar att tränga undan inre professionella drivkrafter. Ökad uppföljning tar dessutom fokus ifrån det arbete som ska utföras i offentlig sektor, nämligen att ta hand om de individer som ska ta del av tjänster i skola, vård och omsorg. Vidare har det framförts en kritik mot att man följer upp utförare baserat på indikatorer som är möjliga att mäta snarare än information som speglar verksamheternas kvalitet. Å andra sidan har studier visat att planering, uppföljning och ansvarsutkrävning från huvudmännens sida är nödvändigt om inte viktiga mål, inte minst kopplat till jämlikhet, ska gå förlorade i sjukvård och skola. Detta gäller inte minst i en situation med valfrihet för individer.

Åtminstone två slutsatser kan dras från litteraturen kring aktörer, målsättningar och ansvarsutkrävande i svensk primärvård efter vårdvalsreformen. Den ena slutsatsen är att ökad valfrihet för individer i sig inte räcker för att sjukvårdens övergripande målsättningar ska uppfyllas. Mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare måste bibehållas och utvecklas. Den andra slutsatsen är att för huvudmän är planering, uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare baserat på information i register inte tillräckligt för att säkerställa att viktiga övergripande målsättningar uppfylls. Detta gäller i synnerhet uppföljning av hur extra resurser som fördelas baserat på förväntat stort behov hos vissa grupper kopplat till vårdtyngd (ACG) och socioekonomi (CNI), används. En sådan princip för att fördela resurser tillämpas till exempel i Region Skåne.

Fördjupad dialog mellan huvudmän och vårdgivare kan vara ett viktigt komplement till att styra vårdgivare med hjälp av information om hur väl vårdgivare lever upp till uppsatta mål baserat på information i register. Genom att använda sig av en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten vilket ger bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling än att följa upp och utkräva ansvar baserat på pinnstatistik. Medicinsk revision är en form av styrning i dialogform som används av flera huvudmän.

I Region Skåne har man arbetat med medicinsk revision i primärvården sedan vårdval infördes 2009, som ett komplement till annan styrning av vårdgivare. Där har medicinsk revision genomförts regelbundet (var 12-24 månad) av alla vårdgivare i primärvården. Mycket av det som ingår i den skånska modellen har också inkluderats i en nationell så kallad basmodell för uppföljning av

primärvård som tagits fram av en arbetsgrupp med företrädare för uppdragsgivar- och beställarrollen i tio olika landsting och regioner med stöd från Sveriges Kommuner och Landsting. Från och med hösten 2014 har dock förekomsten av medicinsk revision minskat i primärvården i Region Skåne eftersom revisorerna har fått ett annorlunda och utökat uppdrag där andra uppgifter ingår.

Syftet med rapporten har varit att redovisa och analysera erfarenheter av fem års (2009-2014) medicinsk revision i Region Skåne. Fokus har varit på den modell som utvecklades och tillämpades innan förändringen infördes den 1 september 2014. Vilken var bakgrunden till och syftet med införandet av regelbunden systematisk medicinsk revision från Region Skånes sida? Vilken roll har den medicinska revisionen haft? Hur har förekomsten och formerna för medicinsk revision sett ut? Vilka konsekvenser har medicinsk revision inneburit för vårdgivare i primärvården? Vilket värde har medicinsk revision utgjort för patienter, vårdgivare och huvudmän? Kan några generella slutsatser kring styrning i dialogform dras av de skånska erfarenheterna?

Medicinsk revision i Region Skåne 2009-2014

Det empiriska material som ligger till grund för att beskriva och analysera erfarenheter av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne åren 2009-2014 består i flera delar:

- observationer i form av medåkning vid revisionsbesök,
- intervjuer med samtliga medicinska revisorer,
- granskning av resultat från en enkät till verksamhetschefer som haft revisionsbesök,
- granskning av dokument och registerdata som tagits fram vid Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne och som rör verksamheten med medicinsk revision.

Det har gjorts fyra olika typer av revisionsbesök i primärvården i Region Skåne under 2009-2014. *Verifikationsbesök* har gjorts till alla vårdgivare som har tänkt starta upp en verksamhet inom hälsovalet. *Systematisk revision* innebär att alla vårdcentraler regelbundet (12-18 månad) har fått besök av de medicinska revisorerna. Vid *revision på förekommen anledning* har vårdgivare som på olika sätt har visat sig inte lever upp till de kvalitetskrav som uppdragsgivaren ställer besökts. Vid *temarevision* har en grupp av vårdgivare baserat på en fråga som anses aktuell och/eller viktig granskats. Besöken har gått till på samma sätt på offentliga som privata vårdcentraler. Omfattningen har varit omkring 2,5 tjänster och 150-250 besök per år varav merparten har avsett systematisk revision.

Tredelat syfte med den skånska modellen för medicinsk revision

Region Skåne var först i Sverige med att bygga in regelbunden medicinsk revision för att styra vårdgivare i samband med att Hälsoval Skåne infördes år 2009. Modellen styrning i primärvården i Region Skåne har vuxit fram över den

period som studerats. Därmed har också den medicinska revisionens roll samt värdet av medicinsk revision vuxit fram över tid. Syftet med den modell som har vuxit fram kan övergripande beskrivas som att man vill minska gapet mellan beställarens önskemål och det som vårdgivare levererar, enligt vad som framkommit vid intervjuer och granskning av dokument. Mer konkret har det övergripande syftet landat i tre delar:

- En funktion har handlat om *ansvarsutkrävning* av vårdgivare. Detta uttrycks som ”att säkerställa att vårdgivarna bedriver en verksamhet i överensstämmelse med de krav Region Skåne ställer”. Denna del kan beskrivas som den medicinska revisionens fiskala roll och är direkt kopplad till den formella styrningens uppföljning och ansvarsutkrävning. Det handlar helt enkelt om att alla vårdgivare ska uppfylla de formella krav som finns i ackrediteringsvillkoren om de ska få bedriva primärvård och få ersättning inom Hälsoval Skåne. Konsekvenser för vårdgivare där man identifierat brister är olika allvarliga. Mindre avvikelser och identifierade förbättringsområden har resulterat i rekommendationer för vårdgivarna som följts upp vid nästa planerade revisionsbesök. Vi något allvarligare brister har konsekvensen för vårdgivaren varit att inom en viss tid (vanligen några månader) redovisa för revisorerna hur man har tagit sig an återkopplingen och avhjälpt de påtalade avvikelserna. Allvarliga avvikelser har lämnats över avtalsförvaltaren. Konsekvensen för vårdgivaren har då kunnat bli en erinran eller en varning och att inom en viss tid redovisa hur man har avhjälpt de påtalade avvikelserna om man vill fortsätta bedriva primärvård inom hälsovalet. Den allvarligaste formen har varit att vårdgivaren mist sin ackreditering och inte får fortsätta verka inom hälsovalet.
- En annan funktion har handlat om *verksamhetsutveckling* – att hjälpa vårdgivare förbättra sin verksamhet så att primärvården i Region Skåne kontinuerligt utvecklas ur ett medborgarperspektiv. Detta kan uttryckas som den medicinska revisionens stödjande roll. Den är också kopplad till den del av den formella styrningen som handlar om planering. Revisorerna har bedömt verksamheter i primärvården utifrån ett medborgarperspektiv och utifrån kunskap om primärvårdens specifika förutsättningar.
- En tredje funktion har handlat om att skapa *en god beställar-/utförarrelation* mellan uppdragsgivare (Region Skåne/primärvårdskontoret) och vårdgivare. Denna del har både stödjande och fiskala inslag.

Värdet av medicinsk revision i skånsk primärvård tycks vara stort

Värdet av den medicinska revisionen har beskrivits som stort bland såväl revisorerna som av verksamhetschefer som har haft revisionsbesök. Övergripande kan värdet summeras i termer av att den medicinska revisionen har handlat om att säkerställa och utveckla kvaliteten i den vård som skåningarna får.

- Två slutsatser kan dras från svaren på en enkät till verksamhetschefer om medicinsk revision. Den första är att revisionsbesöken har utgjort ett stort värde för både verksamhetschefen och själva verksamheten. Den andra är att besöken har uppskattas något mer över tid. Detta kan hänga samman med att innehållet i dialogen gradvis kommit att handla mer om verksamhetsutveckling utifrån de specifika behov som råder på

respektive vårdcentral och mindre om att förklara ackrediteringsvillkor och att ta fram kvalitetsindikator i primärvården över tid.

- Revisorerna uttryckte att dialogen vid den medicinska revisionen gav förutsättningar att skapa en god bild av vårdgivares verksamhet genom att få ihop helheten från olika informationskällor och att den har varit ett värdefullt instrument för att minska gapet mellan de krav som Region Skåne ställer i kravboken och det som vårdgivare levererar. Revisorerna har tagit med sig kunskapen från revisionsbesöken då man har reviderat kravboken.
- Revisorerna poängterade också att den medicinska revisionen har varit värdefull för att hjälpa vårdgivare utveckla och förbättra kvaliteten i sin verksamhet utifrån ett medborgarperspektiv. Att öka motivationen bland dem som är ute i verksamheterna och arbetar med patienter och på så sätt bidra till en bättre vård för medborgarna lyftes också fram som ett värde med den medicinska revisionen. Revisorerna har tagit med sig erfarenheter och delat goda exempel mellan vårdcentraler.
- Alla revisorerna uttryckte också på olika sätt att revisionen är ett sätt att skapa en god relation mellan uppdragsgivare och verksamheter. Den goda relationen i sin tur beskrevs bidra till en god motivation samt bättre förutsättningar för att kunna styra primärvården i önskad riktning samt att skapa en ökad förändringsbenäget bland vårdgivare.

Resultaten i studien tyder på att det finns ett värde i att styra primärvården utifrån kunskap om just primärvård specifikt och inte om hälso- och sjukvård generellt, enligt de intervjuade revisorerna. När verksamheten byggdes upp rekryterades personer på ett sätt så att arbetet blev tvärprofessionellt. Detta ansågs som viktigt eftersom det finns flera ingångar i primärvården. Man försökte inledningsvis besvara frågor som: Vad kan ingå i kvalitet i primärvården och hur kan vi samla in information om detta? Vad är möjligt att mäta för just primärvård? En del av värdet med den medicinska revisionen utgjordes av att revisorerna uteslutande arbetade med uppföljning av primärvård och kunde genomgående ha just det perspektivet. I detta ligger att arbeta tvärprofessionellt med styrning. I detta ligger också att dialog är en viktig komponent eftersom det är svårt att med hjälp av pinnstatistik mäta kvalitet i primärvården.

Resultaten i studien tyder på att det finns ett stort värde av att göra regelbundna besök till *alla* vårdcentraler och inte endast till de som uppvisar problem lyftes av revisorerna för såväl revisorerna som för vårdgivarna. Att regelbundet följa upp alla vårdgivare lyftes fram som en viktig framgångsfaktor för verksamhetsutveckling. Vid besök hos vårdgivare som presterar väl kan revisorerna inhämta kunskap om konkreta lösningar på utmaningar i primärvården som sedan kan förmedlas till vårdgivare som presterar mindre väl. På så vis kan erfarenheter från goda exempel spridas och komma fler medborgare till del. Att alla vårdgivare besöks beskrevs också som en förutsättning för att upprätthålla en god relation mellan uppdragsgivare och vårdgivare. Om besöken koncentreras till endast de enheter som inte lyckas prestera väl kan den delen som handlar om en god relation och verksamhetsutveckling komma att få stå tillbaka eftersom den delen som handlar

om ansvarsutkrävning kommer att dominera. Då blir revisionens roll fiskal snarare än stödjande.

Mer eller mindre formell styrning i offentlig sektor?

Att besvara frågan ifall det behövs mer eller mindre formell styrning i svensk primärvård är svårt och kanske inte heller relevant. Men det framstår som tydligt att det behövs annan planering, uppföljning och ansvarsutkrävning jämte den som är baserad på pinnstatistik och protokoll. Detta gäller särskilt i en miljö med starka professionella drivkrafter och där professionen har stora frihetsgrader i att utforma arbetssätt och arbetsmetoder. Om det är viktigt med en kontinuerlig verksamhetsutveckling och att styra mot kvalitet men att samtidigt ge professionen stora frihetsgrader tycks systematisk uppföljning i dialogform vara en framkomlig väg. Dialog och delaktighet beskrevs som nyckeln i en organisation där starka professionella drivkrafter finns. Man måste arbeta med de starka drivkrafter som finns och styra åt samma håll som dessa vilket innebär styrning i dialogform och inte med protokoll. Med systematisk uppföljning avses i den här studien att *alla* vårdgivare får regelbundna revisionsbesök.

Primärvård har specifika förutsättningar som lämpar sig för uppföljning i dialogform

Primärvård med sina specifika förutsättningar är än svårare att följa upp med pinnstatistik än vad specialiserad vård är. Generellt kan man säga att ju bättre och mer precist en verksamhet kan beskrivas desto lättare är det att ta fram relevanta indikatorer som speglar vårdens kvalitet. Av detta framgår att ju mer specialiserad en verksamhet är desto lättare är det att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer.

Reflektion och slutsatser

Baserat på resultaten i den här studien tycks den medicinska revisionen ha uppfyllt det övergripande syftet att minska gapet mellan förväntningar och vad vårdgivare faktiskt levererar. Den medicinska revisionen har också utgjort ett värde i att säkerställa och utveckla kvaliteten i den primärvård som skåningarna erbjuds. Detta genom att vårdcentraler med identifierade problem har fått stöd i att åtgärda dessa och att vårdcentraler som presterat väl har fått hjälp att på marginalen förbättra sin kvalitet. Vidare har vårdcentraler som har hållit en alltför låg nivå på kvaliteten i arbetet tvingats stänga.

Ett begreppspar som lyfts fram i den här rapporten är formerna för att styra vårdgivare genom *dialog eller indikatorer*. Resultaten i den här studien pekar på att såväl tillförlitlig information i register för huvudmän att ta del av samt fördjupad dialog mellan huvudmän och vårdgivare är viktigt för att driva vårdens kvalitet framåt. Formen för styrning av vårdgivare som studerats i den

här rapporten, nämligen dialog, kan förbättras av att tillförlitliga indikatorer som speglar vårdgivares prestationer och resultat finns tillgängliga. Dialog och indikatorer som former för styrning verkar alltså fungera bäst i kombination med varandra.

Ett annat begreppspar som lyfts fram är att den medicinska revisionens roll kan vara *fiskal eller stödjande*. Baserat på vad som framkommit i arbetet med den här studien har en framgångsfaktor i den skånska modellen varit är *alla* vårdgivare regelbundet deltagit i uppföljning i dialogform. Detta tycks vara en viktig faktor om ambitionen är att rollen ska vara stödjande snarare än fiskal. Om besöken koncentreras till endas de enheter som inte lyckas prestera väl riskerar revisionens roll att mycket högre utsträckning bli fiskal. Å andra sidan kan det finnas en risk att ett gott partnerskapet mellan revisorer och verksamheter kan ske på bekostnad av att revisorerna mister en del av sin oberoende och objektivitet. Att vara stödjande och bidra till verksamhetsutveckling förutsätter att man med regelbundenhet besöker alla vårdgivare eftersom den bygger på förtroende och en god beställare-/utförarrelation i stor utsträckning.

KAPITEL 1

INLEDNING

Reformer i svensk primärvård under senare år har syftat till att stärka individens ställning i vården samt att öka mångfalden bland vårdgivare genom införande av välfärdsmarknader.¹ Sedan 2010 är valfrihet för individer och etableringsfrihet för vårdgivare obligatoriskt i svensk primärvård. Det är upp till varje sjukvårdshuvudman att utforma sin primärvårdsmodell, men enligt nationell lagstiftning (ändring i Hälso- och sjukvårdslagen) ska samma krav på kompetens och åtagande gälla för samtliga vårdgivare som ingår i vårdvalet, oavsett ägarform. Etableringsfrihet ska gälla för vårdgivare som uppfyller huvudmännens krav. Syften med reformen har varit att öka tillgängligheten och lyhördheten gentemot patienter i primärvården, idealt utan negativa konsekvenser för andra målsättningar.² Utöver tillgänglighet och lyhördhet gentemot patienters önskemål och behov är effektivitet, produktivitet (inklusive kostnads-kontroll), kontinuitet, rättvis tillgång till vård och kvalitet uttalat viktiga mål i svensk primärvård och i primärvård. Dessa målsättningar redovisas i internationell forskning.³ De återfinns också i den svenska kontexten enligt en genomgång av hur svenska landsting och regioner ser på primärvårdens uppdrag.⁴

På välfärdsmarknader kombineras olika mekanismer för att styra, följa upp och utkräva ansvar av offentligt finansierade utförare i syfte att uppnå målen med välfärdstjänster. Individer förväntas agera som kunder och välja den utförare som bäst passar deras förväntningar. Utförare förväntas konkurrera om individer och ersättningen till dessa ska följa individers val. Huvudmän (landsting och regioner i svensk hälso- och sjukvård) ska i egenskap av finansiärer och policymakare besluta om vilka krav som ska gälla för utförare, hur de ska betalas samt allokera resurser.⁵

1 Begreppet välfärdsmarknad syftar i rapporten på kvasimarknad enligt definitionen av Julian Le Grand i "Quasi-markets and social policy" *The Economic Journal* 1991;101(408):1256-1267 med valfrihet för individer enligt definitionen av Julian Le Grand i *Delivering Public Services Through Choice and Competition – The Other Invisible Hand*, Princeton: Princeton University Press, 2007.

2 Anell 2011.

3 Se t.ex Lamarche m fl 2003; Starfield 1998.

4 Socialstyrelsen 2010.

5 Le Grand och Bartlett 1993.

1.1 SVENSK PRIMÄRVÅRD EFTER VÅRDVALSREFORMEN

Vårdvalsreformen är en av flera reformer inspirerade av New Public Management (NPM) som införts i offentlig sektor i norra Europa sedan 1980-talet.⁶ Här ingår införandet av välfärdsmarknader. Här ingår också införandet av principer för att styra utförare i offentlig sektor baserat på uppmätta resultat och indikatorer. I den offentliga debatten har funnits en kritik mot den ökande styrningen av utförare i offentligt finansierade verksamheter. Det finns anledning att ställa sig frågan ifall det behövs mer eller mindre formell styrning från huvudmännens sida i svensk primärvård och i offentlig sektor i allmänhet. Å ena sidan har det framförts stark kritik mot ökad kontroll. Många har ställt sig kritiska till den granskningskultur som vuxit fram och som förknippas med NPM. Detta syns inte minst i den offentliga debatten.⁷ Skärpt granskning och kontroll riskerar att tränga undan inre professionella drivkrafter menar vissa. Ökad uppföljning tar dessutom fokus ifrån det arbete som ska utföras i offentlig sektor, nämligen att ta hand om de individer som ska ta del av tjänster i skola, vård och omsorg. Vidare har det framförts en kritik mot att man följer upp utförare baserat på indikatorer som är möjliga att mäta snarare än information som speglar verksamheternas kvalitet. Å andra sidan har studier visat att planering, uppföljning och ansvarsutkrävning från huvudmännens sida är nödvändigt om inte viktiga mål, inte minst kopplat till jämlikhet, ska gå förlorade i sjukvård och skola.⁸

Åtminstone två slutsatser kan dras från litteraturen kring aktörer, målsättningar och ansvarsutkrävande i svensk primärvård efter vårdvalsreformen.⁹ Den ena slutsatsen är att ökad valfrihet för individer i sig inte räcker för att sjukvårdens övergripande målsättningar ska uppfyllas. Mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare måste bibehållas och utvecklas. Huvudmän måste fortsätta utkräva ansvar för flera av vårdens övergripande målsättningar även i en situation med valfrihet för individer. Huvudmän måste säkerställa att de grupper av individer som inte själva utnyttjar sina möjligheter till omval får en bra tillgänglighet och ett gott bemötande. Därutöver måste huvudmän också säkerställa att den medicinska kvaliteten är hög samt att de resurser som fördelas till vårdgivare används på bästa sätt. Prestationer och resultat måste således sättas i relation till tilldelade resurser vid uppföljning och utvärdering av vårdgivare. Enskilda individer har inte tillgång till information om vare sig

⁶ Hood 1991; Martinussen and Magnussen 2009; Lapsley 2008

⁷ DN Debatt 2015-03-19

⁸ Hartmann 2011; Riksrevisionen 2014; Glenngård 2015.

⁹ Glenngård, Anell, Beckman 2011; Glenngård 2013a; 2014; 2015; Vårdanalys 2013a; 2014.

insatta resurser, fördelning av insatser i befolkningen eller medicinsk kvalitet. Därför kan enskilda individer inte förväntas beakta målsättningar kopplade till medicinsk kvalitet, effektivitet, produktivitet eller rättvis tillgång till vård i sina val av vårdcentral.

Den andra slutsatsen är att för huvudmän är styrning av vårdgivare baserat på information i register, det vill säga uppmätta resultat och indikatorer, inte tillräckligt för att säkerställa att viktiga övergripande målsättningar uppfylls. Detta gäller i synnerhet uppföljning av hur de resurser som fördelas baserat på förväntat stort behov hos vissa grupper kopplat till diagnoser/vårdtyngd och socioekonomi, kommer individer till del. En sådan princip för att fördela resurser används till exempel Region Skåne.¹⁰ För huvudmän är ett viktigt sätt för att utkräva ansvar de krav på åtagande och kompetens i samband med ackrediteringen och en uppföljning som ger stöd för beslut om fortsatt ackreditering. Ansvarsutkrävning gentemot vårdgivare av huvudmännen handlar i stor utsträckning om att precisera krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård och få ersättning och uppföljning av dessa krav baserat på information i register. Sådan information är i stor utsträckning begränsad till pinnstatistik avseende volym av besök och i viss mån andra insatser. Information som sammanställs i register räcker därför inte för att utvärdera medicinsk kvalitet och fördelningsaspekter. Huvudmän måste använda sig av kompletterande information och andra mekanismer för ansvarsutkrävning än sådana som hänger ihop med ersättning och ackreditering för att säkerställa att målsättningar kopplade till jämlik vård, medicinsk kvalitet samt effektivitet och produktivitet uppfylls.

1.2 DIALOG SOM KOMPLEMENT TILL ANNAN STYRNING

Fördjupad dialog mellan huvudmän och vårdgivare kan vara ett viktigt komplement till att styra vårdgivare med hjälp av information om hur väl vårdgivare lever upp till uppsatta mål baserat på information i register. Genom att använda sig av en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten vilket ger bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling än att följa upp och utkräva ansvar baserat på pinnstatistik. Medicinsk revision är en form av styrning i dialogform som används av flera huvudmän. I en majoritet av landstingen och regionerna sker detta som en fördjupad granskning av vårdgivare på förekommen anledning.¹¹ I en majoritet av landstingen och regionerna sker också dialogmöten rutinmässigt, antingen generellt eller

¹⁰ Glenngård 2013a.

¹¹ Hagbjer 2014.

ämnesspecifikt.¹² Innehållet i dessa rutinmässiga besök skiljer sig något åt över landet. Generellt vid den typen av uppföljning ges dock möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register. Sådan kunskap handlar exempelvis om vilka insatser som görs för specifika patientgrupper. Information i register tenderar att visa hur många besök, andra kontakter eller insatser som produceras utan hänsyn till vem insatserna kommer till del eller dess innehåll och framför allt dess resultat.

I Region Skåne har man arbetat med medicinsk revision i primärvården sedan vårdval infördes 2009, som ett komplement till annan styrning av vårdgivare. Där har medicinsk revision genomförts regelbundet (var 12-24 månad) av alla vårdgivare i primärvården. Mycket av det som ingår i den skånska modellen har också inkluderats i en nationell så kallad basmodell för uppföljning av primärvård som tagits fram av en arbetsgrupp med företrädare för uppdragsgivar- och beställarrollen i tio olika landsting och regioner med stöd från Sveriges Kommuner och Landsting.¹³ Från och med hösten 2014 har dock förekomsten av medicinsk revision minskat i primärvården i Region Skåne eftersom revisorerna har fått ett annorlunda och utökad uppdrag där andra uppgifter ingår.¹⁴ De medicinska revisorerna är från och med den 1 september 2014 hälso-sjukvårdsstrateger med utökade och förändrade arbetsuppgifter inom olika vårdområden.

1.3 SYFTE MED RAPPORTEN

Syftet med den här rapporten är att redovisa och analysera erfarenheter av fem års medicinsk revision i Region Skåne. Fokus i rapporten ligger på den modell som utvecklades och tillämpades innan förändringen infördes den 1 september 2014. Vilken var bakgrunden till och syftet med införandet av regelbunden systematisk medicinsk revision från Region Skånes sida? Vilken roll har den medicinska revisionen haft? Hur har förekomsten och formerna för medicinsk revision sett ut? Vilka konsekvenser har medicinsk revision inneburit för vårdgivare i primärvården? Vilket värde har medicinsk revision utgjort för patienter, vårdgivare och huvudmän? Kan några generella slutsatser kring styrning i dialogform dras av de skånska erfarenheterna?

1.4 DISPOSITION AV RAPPORTEN

Rapportens fortsatta disposition är som följer:

¹² SKL 2013.

¹³ SKL 2014.

¹⁴ Personlig kommunikation Magnus Kåregård och Eva Theander, Region Skåne september 2014 och mars 2015.

I nästa kapitel presenteras bakgrunden till studien. Fokus ligger på styrning av vårdgivare i svensk primärvård. Styrning i dialogform, såsom vid medicinsk revision, kan ses som en del av den formella styrningen av vårdgivare. I kapitlet finns också ett försök till att definiera till vad medicinsk revision innebär.

I kapitel tre beskrivs studiens kontext och genomförande. Studien är avgränsad till erfarenheter från medicinsk revision primärvården i Region Skåne under 2009-2014. Det empiriska material som ligger till grund för att beskriva och analysera sådana erfarenheter består av flera delar: observationer i form av medåkning vid revisionsbesök, intervjuer med samtliga medicinska revisorer, resultat från en enkät till verksamhetschefer som haft revisionsbesök, samt en granskning av dokument och registerdata som tagits fram vid Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne och som rör verksamheten med medicinsk revision.

I kapitel fyra redovisas studiens resultat, det vill säga erfarenheter av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne under den studerade perioden. Detta innefattar en beskrivning av bakgrund och syfte med den modell för medicinsk revision. Vidare redovisas och beskrivs de olika typer av revisionsbesök som förekommit – dess frekvens, utfall och konsekvenser. Till sist redovisas åsikter om medicinsk revision bland verksamhetschefer som haft revisionsbesök och bland medicinska revisorer.

I kapitel fem diskuteras erfarenheter från medicinsk revision i Region Skåne under den studerade perioden med hänsyn till frågeställningarna i rapporten. I kapitel sex analyseras resultaten med hänsyn till annan litteratur om styrning i offentlig sektor i allmänhet och i primärvård i synnerhet. Avslutningsvis finns en reflektion kring den modell som tillämpats under 2009-2014, dess roll och dess värde.

KAPITEL 2

BAKGRUND TILL STUDIEN

I detta avsnitt presenteras bakgrunden till studien. I grunden ligger ett teoretiskt resonemang aktörer och målsättningar på välfärdsmarknader generellt. Avsnittet handlar dock främst om formell styrning av vårdgivare i svensk primärvård.

2.1 AKTÖRER PÅ VÄLFÄRDSMARKNADER

På välfärdsmarknader är det relevant att beakta tre aktörer. *Individer* förväntas göra aktiva val och genom dessa ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort utförare som inte motsvarar ens förväntningar. Om individer inte är nöjda med den vård som tillhandahålls där de är listade kan de antingen uttrycka sitt missnöje (klaga) eller byta utförare genom omval. Den teoretiska utgångspunkten är Hirschmans (1970) resonemang kring protest (voice) och sorti (exit) som konsekvens av missnöje med en organisation eller verksamhet där man är medlem.¹⁵ *Utförare* förväntas konkurrera om individer och ersättningen till dessa ska följa individers val. *Huvudmän* (landsting och regioner) ska i egenskap av finansiärer och policymakare besluta om vilka krav som ska gälla för utförare, hur de ska betalas samt fördela resurser.¹⁶

2.2 STYRNING I TEORI OCH PRAKTIK I SVENSK PRIMÄRVÅRD

Ur ett teoretiskt perspektiv bygger välfärdsmarknader med valfrihet för individer på en kombination av olika sätt att styra utförare i syfte att uppnå målen med offentligt finansierade verksamheter. Traditionell formell styrning från huvudmännens sida kombineras med marknadens logik. Med traditionell formell styrning avses planering, uppföljning och ansvarsutkrävning från huvudmännens sida. Utförare utkrävs därför på ansvar för sina aktiviteter från två håll på välfärdsmarknader – från individer och från huvudmän.¹⁷

2.2.1 Ansvarsutkrävning från individer och informerade val

En viktig skillnad mellan välfärdsmarknader där individer får välja utförare och vanliga marknader är att det saknas priskonkurrens på de förstnämnda. I stället

¹⁵ Hirshman 1970.

¹⁶ Le Grand och Bartlett 1993.

¹⁷ Glenngård 2013a.

är det tänkt att utförare ska konkurrera med kvalitet och utbud av tjänster.¹⁸ Att individer kan ge uttryck för sina preferenser genom att välja bort vårdgivare som inte motsvarar deras förväntningar (exit) förutsätter inte bara att det finns alternativ att välja mellan och att individer är intresserade samt har tillgång till god information om utförare. För att det ska fungera i praktiken måste individer dessutom vara aktiva och använda tillgänglig information för att fatta beslut om val av utförare.¹⁹

De grundläggande kraven för att införandet av vårdval ska leda till önskat resultat är i stor utsträckning uppfyllda i svensk primärvård.²⁰ De flesta har alternativ att välja mellan även om det finns variation beroende på var i landet man bor. Individer tycks vara intresserade av att få välja vårdgivare och känner sig dessutom tillräckligt välinformerade för att kunna göra ett val. Även om de grundläggande kraven för att införandet av vårdval ska leda till önskat resultat i princip är uppfyllda är det inte säkert att det leder till önskat resultat. Individer tycks vara ganska passiva i meningen att de sällan gör omval när de väl har gjort ett val av vårdgivare och inte är aktiva i att söka efter information om alternativ.

Att individer sällan gör ett omval är i och för sig inte något problem i sig så länge man är nöjd med sin nuvarande vårdgivare. Studier visar att individer generellt är nöjda med sin vårdgivare men att det finns skillnader i grupper med hänsyn till socioekonomiska förutsättningar.²¹ Dessutom är kontinuitet en viktig parameter i primärvården.

Att individer är passiva i meningen att de inte söker efter jämförande information om vårdgivare är ett potentiellt större problem. Individer känner sig förvisso informerade i stor utsträckning men tillgång till jämförande information om vårdgivare är i stor utsträckning begränsade till patientupplevd kvalitet, öppethållande, lokalisering och i viss utsträckning vilken personal som arbetar där. Generellt saknas information om medicinsk kvalitet samt om vårdgivarens förmåga att samordna patienters vårdkontakter för allmänheten att ta del av. Bristen på lätt tillgänglig information om vårdgivares kvalitet för individer att ta del av då de ska välja vårdgivare kan i förlängningen leda till att kvalitetsutvecklingen hämmas.²² Vidare är det få individer som tar del av den

18 Propper 2012.

19 Anell 2011.

20 Glenngård 2015; Glenngård Anell Beckman 2011; Vårdanalys 2013b.

21 Glenngård, Anell och Beckman 2011; Vårdanalys 2013b.

22 Dixon m fl 2010; Winblad och Andersson 2011.

jämförande information som finns tillgänglig. De allra flesta baserar sitt val på information från den valda vårdgivaren eller från släktingar och bekanta. Visserligen kan egna erfarenheter och omdömen från släktingar och bekanta fungera i syfte att guida individer till en vårdgivare som passar deras förväntningar. På så sätt kan val baserat på den typen av information leda till att målsättningar kopplade till lyhördhet och tillgänglighet uppnås. Denna typ av information är dock begränsad till vad som går att observera vid mötet med vårdgivaren. Sådan information ger individer små möjligheter att jämföra och ställa vårdgivares egenskaper mot varandra eller att ställa primärvårdens prestationer i relation till tilldelade resurser eller fördelning av insatser i befolkningen. Mot bakgrund av detta kan man argumentera för att individers val av vårdgivare inte räcker för att driva kvaliteten i primärvården framåt eller för att säkerställa att andra viktiga målsättningar kopplade till jämlik fördelning och effektivt använda resurser uppfylls. Huvudmän måste därför fortsätta utkräva ansvar för flera av vårdens övergripande målsättningar även i en situation med valfrihet för individer.

2.2.2 Ansvarsutkrävning av huvudmän

Huvudmän kan styra vårdgivare på olika sätt. Ett viktigt sätt för huvudmännen att styra vårdgivare i önskad riktning ligger i krav på åtagande och kompetens i samband med ackrediteringen och en uppföljning som ger stöd för beslut om fortsatt ackreditering. Ackreditering är en förutsättning för att privata vårdgivare ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. Huvudmännen bestämmer vilka specifika krav som ska gälla (ekonomiska och verksamhetsmässiga) i respektive landsting/region för att få etablera sig och bedriva primärvård. Samma krav ska gälla för privata och offentliga utförare.²³ Huvudmännen ackrediterar vårdgivare som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga vårdgivare gäller att istället för ett avtal tecknas en vårdöverenskommelse mer vårdcentral baserat på samma krav som gäller för ackreditering av privata vårdcentraler. Ackrediteringen gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall. I praktiken gäller ackrediteringen tills vidare så länge man uppfyller kraven och uppföljning sker kontinuerligt. Den skarpaste formen av ansvarsutkrävning för huvudmän är att inte bevilja vårdgivare som missköter sitt uppdrag fortsatt godkännande att bedriva primärvård.

23 Hälsö- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5§; Lag (2009:140).

Ett annat sätt att utkräva ansvar hänger samman med principer för ersättning och möjligheter att hålla inne ersättning till vårdgivare i olika utsträckning. Övergripande kan man beskriva principer för ersättning utifrån grad av rörlig ersättning där anslag och kapitationsersättning har låg grad av rörlighet medan åtgärdsbaserad och resultatbaserad ersättning har hög grad av rörlighet.²⁴ Kapitationsersättning är en fast ersättning som bestäms i förväg per individ i den del av befolkningen man ansvarar för.

I en majoritet av landstingen och regionerna eftersträvas en sammanhållen primärvård där vårdgivare ska ta ett samlat grepp om listade individers behov av öppenvård. Undantaget avser Stockholms läns landsting där man har en mer uppdelad primärvård. Andelen fast ersättning är över 80 i nästan alla landsting utom Stockholm där den är omkring 40 procent. En hög andel fast ersättning är i de flesta fall kombinerat med ett relativt omfattande kostnadsansvar för listades individers behov och utnyttjande av öppenvård, inklusive läkemedel. En bas av kapitationsersättning används, vanligen kompletterat med en relativt liten andel rörlig ersättning främst kopplat till besök. En stor andel fast kapitationsersättning i kombination med ett omfattande kostnadsansvar är tänkt att leda till att vårdgivare tar ett helhetsansvar för sina listade individer. Risken med en sådan modell är dock att vårdgivare väljer bort individer med höga förväntade vårdkostnader (*cream skimming*).²⁵ Den fasta ersättningen riskjusteras på olika sätt för att minska risken att vårdgivare undviker patienter med förväntat stort vårdbehov kopplat till ålder, vårdtyngd (vanligen mätt med ACG²⁶) och socioekonomiska förutsättningar (vanligen mätt med CNI²⁷). Därutöver tillämpas målbaserad ersättning kopplat till kvalitetsmål motsvarande ett par procent av den totala ersättningen i en majoritet av fallen. Vanliga mål är kopplade till hälsofrämjande insatser, följsamhet till läkemedelsrekommendationer, användning av antibiotika samt tillgänglighet.²⁸

Genom att riskjustera den fasta ersättningen med hänsyn till listade individers förväntade behov och vårdutnyttjande kan man åtminstone teoretiskt undvika att

24 Lindgren 2014.

25 Robinson 2001.

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

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

28 Anell, Nylinder och Glengård 2012.

vårdgivare väljer bort individer med förväntat stora behov av insatser.²⁹ En stor andel fast ersättning i kombination med ett omfattande kostnadsansvar medför också en risk att vårdgivare ger för lite vård till dem som listat sig. En hög andel fast ersättning i kombination med omfattande kostnadsansvar skapar finansiella incitament att remittera patienterna till andra vårdgivare (kostnadsövervältringar) samt att ge för lite vård eller att sänka kvaliteten (skimping) för att på så sätt undvika underskott/förlust. I flera fall justeras den fasta ersättningen utifrån täckningsgrad i syfte att motverka problem med kostnadsövervältringar. Om vårdgivare premieras utifrån hur stor andel av patienters utnyttjande av öppenvård de står för minskar incitamenten att remittera till andra vårdgivare. Att komplettera övrig ersättning med att basera en del av ersättningen på uppnådda mål och resultat är också ett sätt att hantera risken med sänkt kvalitet.³⁰ Dessa mål fokuserar på vårdens kvalitet. Medicinska mål handlar ofta om införandet av evidensbaserade riktlinjer och rekommendationer medan patientupplevd kvalitet handlar om patienters uppfattningar om bemötande och lyhördhet. Där målrelaterad ersättning tillämpas hålls delar av ersättningen inne för de vårdgivare som inte uppfyller förutbestämda mål. I de landsting och regioner där ersättningen justeras utifrån täckningsgrad sker också en omfördelning från vårdgivare som inte lyckas ta ett sammanhållet ansvar för sin listade befolknings behov av öppenvård till de som klarar av att leva upp till ett sådant ansvar.

Möjligheter att utkräva ansvar kopplade till ackrediteringsvillkor och ersättning till vårdgivare baseras generellt i stor utsträckning på information i register som finns på nationell och regional nivå såsom journalsystem, kvalitetsregister och information från patientenkäter. Utöver dessa register används i flera fall information om måluppfyllelse avseende specifika indikatorer vilka vårdgivare måste rapportera till huvudmän inom ramen för målbaserad ersättning. Här är man i stor utsträckning hänvisad till att följa upp vårdgivare baserat på pinnstatistik. Det är en återkommande slutsats i studier av vårdens kvalitet, produktivitet och effektivitet i såväl Sverige som i andra jämförbara länder att sådana analyser begränsas av tillgången på data.³¹ Utan information om prestationer och resultat går det inte att studera eller dra några slutsatser om utveckling eller skillnader i den medicinska kvaliteten. Också analyser av fördelning av primärvårdstjänster i befolkningen begränsas av tillgång på data. Utan information kring innehåll i besök och om vem som uppsöker vården

29 Barnum Kutzin och Saxenian 1995.

30 Anell 2011a; Barnum, Kutzin, Saxenian 1995; Lindgren 2014.

31 Propper 2013; Vårdanalys 2014a; Glenngård och Anell 2012a.

oftare är det svårt att dra några slutsatser om fördelning av primärvårdens resurser eller hur primärvården fungerar för olika grupper i befolkningen.

2.3 DIALOG KAN VARA ETT VIKTIGT KOMPLEMENT TILL PINNSTATISTIK

Det är viktigt för huvudmännen att bibehålla och utveckla sina relationer med vårdgivarna och de processer som finns för uppföljning och styrning även när valfrihet för individer råder.³² Annars finns det en risk att flera av de övergripande målen med en god primärvård inte uppfylls. Detta gäller formen för styrning där dialog kan vara ett viktigt komplement till att utvärdera och styra baserat på registerdata samt att förbättra förutsättningarna för uppföljning baserat på registerdata genom att ta fram och sammanställa mer ändamålsenlig information. Ur ett teoretiskt perspektiv kan den roll som styrning med pinnstatistik respektive med dialog förväntas fylla diskuteras utifrån Simons (1995; 2000) ramverk. Här betraktas styrning och kontroll som system för begränsningar, diagnostiksystem, system för värdegrund och interaktivt kontrollsystem. Att samla in och analysera pinnstatistik kan fylla en viktig roll i termer av identifiera risker (system för begränsningar) och kritiska prestationsfaktorer (diagnostiksystem) men sannolikt inte i termer av att påverka kärnvärden (system för värdegrund) eller identifiera strategiska osäkerheter (interaktivt kontrollsystem).³³

Krav på vårdgivare för att få bedriva primärvård och ersättningsprinciper tycks vara otillräckliga verktyg för styrning ifall kontinuerlig verksamhetsutveckling och kvalitetsförbättring anses vara viktigt. Dessa former av uppföljning och ansvarsutkrävning ger begränsad information till vårdgivare. Att hålla inne ersättning till vårdgivare som inte uppfyller uppsatta krav kan betraktas som en skarp åtgärd men den ger i sig själv inte något stöd till förbättring för vårdgivare. Genom att använda sig av en dialog med utförare kan information återkopplas till verksamheten på ett annat sätt vilket ger bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling. Till exempel används resultaten från nationell patientenkät (NPE) i några landsting för att fördela resurser till vårdgivare inom ramen för målbaserad ersättning. Men att göra avdrag på ersättningen till vårdcentraler som får dåligt betyg i NPE ger i sig inte något stöd till verksamhetsutveckling. Om informationen från NPE ska kunna användas för att

³² Glenngård 2014.

³³ Simons 1995; 2000.

förbättra verksamheten behöver den sättas i relation och diskuteras i förhållande till annan information.³⁴

I perspektivet att primärvården ska utvecklas ur ett befolkningsperspektiv kan en dialog som syftar till att förbättra verksamheten också vara bättre än skarpa åtgärder som kan tvinga en vårdcentral att stänga. För den enskilde individen kan ett omval resultera i en omedelbar och förhoppningsvis förbättring av situationen. Tanken är ju att man byter från en vårdgivare som inte uppfyller ens förväntningar till en vårdgivare som kan göra det. Om en vårdcentral däremot tvingas stänga innebär det minskad valfrihet och minskad tillgänglighet för individer, åtminstone i det korta perspektivet. Därför kan det ur ett befolkningsperspektiv vara bättre att huvudmannen tillsammans med verksamhetschefen arbetar för att förbättra situationen vid vårdcentralen. Då kan valfrihet och tillgänglighet för individer bibehållas samtidigt som man arbetar för att höja kvaliteten.

Vid uppföljning i dialogform ges också möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register. Sådan kunskap handlar exempelvis om vilka insatser som görs för specifika patientgrupper. Den typen av kunskap går inte att utläsa register, åtminstone inte så länge som det saknas information om innehåll, längd och fördelning av besök bland individer i dessa. Generellt har införandet av vårdval i primärvården lett till ett större fokus på primärvårdens aktörer, funktion och resultat. Detta har i sin tur tydliggjort behovet av att ta fram mer ändamålsenlig information för styrning och forskning. I flera rapporter från myndigheter och forskare rekommenderas att registerdata avseende prestationer och kvalitet i primärvården ska utvecklas och samordnas.³⁵ Sådan information är nödvändigt för att kunna göra ordentliga uppföljningar av hur primärvårdens resurser används och vilka värden de genererar för individer och grupper av individer. Vårdanalys konstaterar i en rapport att kunskapsläget vad gäller ett av svensk hälso- och sjukvårds största problem, nämligen tillgänglighet, har förbättrats. Vårdvalsreformen har bidragit till att man infört väntetidsmätningar och mätningar om individers uppfattningar om vårdens kvalitet i primärvården. Men det saknas register med nödvändig information på andra områden. Exempel som tas upp av Vårdanalys (2014) är prestationer och medicinsk kvalitet samt bemanning bland vårdcentraler. Vidare är det problem med kontinuitet i mätningarna i den statistik som tas fram vilket gör att osäkerheten i resultaten av analyser ökar. Sist men inte minst är det svårt

³⁴ Glenngård och Anell 2012; Glenngård 2015.

³⁵ Se t.ex. Vårdanalys 2014; Konkurrensverket 2012; Glenngård 2013a; 2015.

att koppla samman statistik och resultat från undersökningar eftersom dessa utförs av olika aktörer.

2.3.1 Vad är medicinsk revision?

En tydligt avgränsad och enhetlig definition av vad som avses med medicinsk revision saknas. I den engelska litteraturen talas det om klinisk revision (clinical audit), medicinsk revision (medical audit) samt om ”audit and feedback”. Klinisk revision är ett vidare begrepp som täcker in fler funktioner hos en vårdgivare än de rent medicinska. Gemensamt för dessa begrepp är att de beskriver en process där kontinuerlig kvalitetsförbättring i vården står i fokus.³⁶ Flottorp m fl (2010 sid 1) beskriver *clinical audit* som ”a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change. Aspects of the structure, processes, and outcomes of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated, changes are implemented at an individual, team, or service level and further monitoring is used to confirm improvement in healthcare delivery” och *audit and feedback* som “any summary of clinical performance of health care over a specified period of time aimed at providing information to health professionals to allow them to assess and adjust their performance”.

Medicinsk revision kan ses som en form av kommunal verksamhetsrevision. Det saknas en enhetlig definition av vad som är kommunal verksamhetsrevision enligt SKYREV, som är branschorganisationen för kommunala yrkesrevisorerna i Sverige.³⁷ I den vägledning som SKYREV har tagit fram menas med verksamhetsrevision att bedöma om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. SKYREV beskriver syftet med kommunal verksamhetsrevision som: ”att pröva om den verksamhet som bedrivs är ändamålsenlig och om de resultat som uppnås är förenliga med fullmäktiges mål” (SKYREV 2014, s 2). De grundläggande bestämmelserna kring kommunal verksamhetsrevision finns i kommunallagen (kap 9) samt i regeringens proposition 1998/99:66. Här framgår att verksamhetsrevisionen i kommuner ska ge underlag för bedömning av styrelsen, nämndernas och bolagsstyrelsernas verksamhet utifrån de mål och riktlinjer som fullmäktige beslutat. Yrkesrevisorernas uppdrag är att ”självständigt göra och redovisa sina bedömningar”, något som förutsätter kunskap om granskningsmetodik, metoder

³⁶ Se t.ex NICE. Principles of Best Practice in Clinical Audit 2002 och NHS What is clinical audit? <http://www.england.nhs.uk> 6 maj 2015; Flottorp m fl 2010.

³⁷ SKYREV 2014.

för kommunal verksamhetsrevision och erfarenhet av kommunal verksamhet.³⁸ SKYREV skriver också att utöver utbildning, erfarenhet och kunskap medför arbetet med verksamhetsrevision särskilda krav på oberoende, objektivitet och integritet. Revisorerna ska genom att i det praktiska arbetet tillämpa god revisors- och revisionsmedvetenhet bidra till att ge den kommunala revisionen trovärdighet och legitimitet. Här framgår att arbetsmetoder, oberoende och legitimitet står i fokus även om erfarenhet av kommunal verksamhet också tas upp.

En skillnad mellan medicinsk revision och kommunal verksamhetsrevision generellt handlar om synen på vem som utför revisionen. I en rapport från Sveriges Läkarförbund (2002, s 24) beskrivs synen på den medicinska revisorn: ”En grundläggande princip är att en revisor som skall genomföra en medicinsk kvalitetsrevision skall vara en läkare som besitter aktuell professionell kompetens inom området, har förtroende inom sin egen yrkeskår och är engagerad i kvalitetsfrågor. Läkaren bör vara professionellt aktiv inom det verksamhetsfält han granskar, men självfallet obunden till granskad enhet. Den medicinska revisorn behöver dessutom utbildning för sin uppgift”.³⁹ Här framgår att det är den professionella kompetensen inom det medicinska området som står i centrum även om krav på oberoende kunskap om arbetsmetoder vid revision ställs även här.

2.3.2 Medicinsk revision i den svenska kontexten

Nyckelord vad gäller medicinsk revision i den svenska kontexten är systematisk uppföljning och kvalitetsutveckling. En sökning på ”medicinsk revision” i Läkartidningens artikelarkiv 19 maj 2015 gav 97 träffar. Samma sökning på ”klinisk revision” gav 21 träffar. På temat kvalitet i vården publicerades under första halvan av 1990-talet en serie artiklar som handlade om metoder och övergripande resonemang kring medicinsk revision i den svenska kontexten.⁴⁰ Artikelserien följdes år 1996 av en ”positionsbestämning” (Calltorp 1999 s 2566) av hur redaktionen på Läkartidningen såg på den vetenskapliga bedömningen av artiklar inom området.⁴¹ ”Med medicinsk revision menar vi en fortlöpande process som består i definition av adekvata mått på vårdverksamheten, observation och mätning av utfall samt åtgärdande av brister eller avvikelser från den standard man definierat” (Läkartidningen 1996 s 1613).

³⁸ SKYREV 2014, s 16 med hänvisning till regeringens proposition 1998/99:66.

³⁹ Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision, 2002.

⁴⁰ Läkartidningen. Serie Medicinsk revision (inledd i nr 37/91, avslutad i nr 51-52/92).

⁴¹ Läkartidningen 1996.

Artiklar utöver de som har fokuserat på begrepp och metoder övergripande har i stor utsträckning handlat om erfarenheter från medicinsk och klinisk revision inom specialiserad vård. Endast 23 av de 118 artiklarna är publicerade efter år 2000. Ingen artikel är publicerad innan år 1990. Endast en artikel behandlar erfarenheter av klinisk revision i primärvården.⁴² I artikeln beskrivs erfarenheter av en modell för klinisk revision av svenska vårdcentraler framtagen av två distriktsläkare (Kjell Lindström och Lars Berg). Modellen beskrivs som en omfattande kvalitetsrond som görs vid ett tillfälle snarare än med återkommande systematik. Syftet med kvalitetsronden är att stimulera kvalitetsutveckling vid den aktuella vårdcentralen genom granskning och sammanställning av resultat samt jämförelse med andra vårdcentraler och utbildning och återkoppling till all personal vid vårdcentralen. ”Klinisk revision har ingenting med kontroll eller övervakning att göra” (Lennholm 1996 sid 1099). Två artiklar från 2010 tar däremot upp medicinsk revision som en viktig del i kontrollen av privata vårdgivare, kopplat till vinstuttag av privata vårdgivare.⁴³

Definitioner och principer samt framåtblickar för medicinsk revision beskrivs vidare i en rapport från Sveriges Läkarförbund från 2002.⁴⁴ År 1992 bildade Svenska läkarförbundet tillsammans med Svenska läkaresällskapet ett gemensamt organ med namnet Medicinska kvalitetsrådet. Medicinska kvalitetsrådets syfte var att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i arbetet med att mäta och utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Medicinska kvalitetsrådet preciserade begreppet medicinsk revision men döpte sen om verksamheten till Medicinsk Kvalitetsrevision för att visa att detta var en utveckling mot en mer strukturerad granskning än de mer fria verksamheter som tidigare kallats medicinsk revision.

I rapporten från Sveriges Läkarförbund definieras medicinsk kvalitetsrevision som en professionell granskning av medicinsk kvalitet i en organisation som bedriver hälso- och sjukvård.⁴⁵ I sammanhanget avser ordet medicinsk främst kärnan i klinisk patientvårdande verksamhet: diagnostik, behandling och resultat. I viss omfattning ingår även vårdprocesser i en vidare mening, omvårdnad, bemötande, ledning, organisation, resursutnyttjande, prioriteringar, samverkan, analys av enhetens uppdrag samt förebyggande insatser. Ordet kvalitet avser i vilken utsträckning vården uppfyller rådande kriterier och krav.

42 Lennholm 1996.

43 Halldin 2010; Rydberg 2010.

44 Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision, 2002.

45 Beskrivningen här ligger mycket nära formuleringarna i rapporten från Sveriges Läkarförbund men rapporten är inte direkt citerad.

Revision avser en systematisk granskning av en verksamhet. Ordet klargör även att granskningen har en mer formell karaktär än ett kollegialt studiebesök.

I rapporten lyfter man fram de viktiga delarna med medicinsk kvalitetsrevision: Medicinsk kvalitetsrevision ska vara ett instrument för dynamisk kvalitetsutveckling som är avsett att användas i verksamhetsutveckling och inte ett instrument för tillsyn. Den medicinska revisorn ska vara en samtalspartner med auktoritet. En tydlig skillnad gentemot en entydig kontrollansats är att information och slutsatser tolkas i samråd med berörda enheter. Revisionens resultat ska formuleras som utvecklings- och förbättringsbehov snarare än kritik.

En initierad analys av en verksamhet innebär att förbättringsmöjligheter vad gäller medicinsk behandling lyfts fram. Men det innebär också att vårdgivarens sätt att organisera verksamheten och dess effektivitet lyfts fram. En annan aspekt som kan tas upp vid medicinsk kvalitetsrevision är relationerna till vårdgrannar.

I de framåtblickar som ges i rapporten talas om en utveckling mot en ökande grad av tvärprofessionalitet, allt efter den granskade verksamhetens villkor. Man lyfter också fram i rapporten att i en eventuell framtida ackrediterings- eller certifieringsprocess bör medicinsk kvalitetsrevision ingå som en del. Medicinsk kvalitetsrevision kan i det sammanhanget vara ett instrument som används vid uppföljning av ett avtal eller en vårdöverenskommelse som ingåtts mellan beställare och utförare. Man skriver också att i ett längre perspektiv bör revisionen ske återkommande.

Återföring av revisorernas bedömningar till verksamheten är kanske den viktigaste delen av medicinsk kvalitetsrevision. Den bör planeras noggrant från start, varvid man också bör tydliggöra vem/vilka som skall få den slutliga, skrivna rapporten (oftast verksamhetschefen). Sedan är det verksamhetschefens ansvar att sprida och använda resultatet bäst möjligt på enheten. I återföringen ingår en jämförelse med liknande enheter och en diskussion om förbättringsutrymmen som underlag för enhetens eget utvecklingsarbete. Metoden bygger på att den medicinska kvalitetsrevisionen utförs av erfarna specialister, utbildade till medicinska kvalitetsrevisorer. Det är angeläget att minst två revisorer genomför revisionen tillsammans. Revisorerna har kunskapen att samman- ställa och bedöma resultaten för att sedan återkoppla dem till enheten i en diskussion med berörd personal. Beroende på den enskilda revisionens art kan representanter för andra yrkesgrupper än läkare, såso sjuksköterskor, engageras som kvalitetsrevisorer.

Efter vårdvalsreformen kan konstateras att de framåtblickar som återfinns i rapporten från Sveriges Läkarförbund till viss del har blivit verklighet. I en majoritet av landstingen och regionerna har man byggt upp medicinsk revision som en del i uppföljningen och styrningen av vårdgivare i primärvården.⁴⁶ Innehållet och formerna skiljer sig något åt över landet. Generellt vid den typen av uppföljning ges dock möjlighet för huvudmän att få kunskap om vad tilldelade resurser används till som inte syns i register samt att ge återkoppling till vårdgivare i syfte att underlätta verksamhetsutveckling. Enligt en genomgång från SKL från 2013 arbetade fem landsting/regioner (Gotland, Halland, Kalmar, Uppsala, Västernorrland) med uppföljningsmöten i grupp medan resterande 16 landsting och regioner gjorde återkommande besök till varje enskild vårdcentral. En majoritet av huvudmännen uppger enligt samma översikt att de följer upp privata och offentliga vårdgivare enligt samma princip. I fem fall (Gotland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala) uppger man att det finns vissa skillnader i principer för uppföljning mellan privata och offentliga vårdgivare.

⁴⁶ SKL 2013; Hagbjer 2014.

KAPITEL 3

STUDIENS KONTEXT OCH GENOMFÖRANDE

Fokus i den här rapporten är erfarenheter från medicinsk revision i Region Skåne. Detta är ett relevant fall att studera ur flera aspekter:

- Tidigare studier har visat att det finns ett behov av medicinsk revision i primärvården, i synnerhet för att kunna följa upp vad resurser som tilldelas vårdgivare baserat på förväntat stort behov hos vissa grupper kopplat till vårdtyngd och socioekonomi, såsom i Region Skåne.
- Verksamheten med medicinsk revision i Region Skåne har pågått sedan vårdvalet infördes år 2009 och genomgår sedan hösten 2014 en omfattande förändring. Därför finns det en naturligt väl avgränsad tidsperiod av fem år att studera.
- Region Skåne var först i landet med att implementera en modell för styrning baserad på regelbunden dialog, vilket gör detta till ett bra fall för att studera medicinsk revision i svensk primärvård. Det finns mer material att studera erfarenheter från medicinsk revision i primärvården efter vårdvalet i Region Skåne än i något annat landsting/region.

3.1 STUDIENS KONTEXT – HÄLSOVAL SKÅNE

Regionfullmäktige i Skåne beslutade i september 2008 att man skulle införa ett medborgarstyrt hälsoval i Region Skåne. Hälsoval Skåne består dels av val i barnhälsovården (från 1 januari 2009) och dels av val i primärvården (från 1 maj 2009). Från 1 september 2011 ingår även val i mödrahälsovården. Studien behandlar främst verksamheten vid vårdcentraler. Barnhälsovård och mödrahälsovård berörs inte ingående i rapporten.

Vad gäller storleken på primärvården finns det omkring 150 vårdcentraler (VC) som ingår i hälsovalet, varav närmare hälften drivs i privat regi.⁴⁷ Motsvarande siffra för barnavårdscentraler (BVC) är omkring 140 stycken varav omkring 40 procent drivs i privat regi. Vad gäller barnmorskemottagningarna finns det omkring 70 stycken varav två tredjedelar drivs i privat regi.

3.1.1 Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen till vårdcentraler i Region Skåne består till drygt 95 procent av fast kapitationsersättning. Justeringen av den fasta ersättningen bygger på en

47 Det fanns 136 vårdcentraler innan hälsovalet infördes och 158 stycken ett år senare. Därefter har några vårdcentral öppnat och några har stängt. Innan hälsovalet var en dryg tredjedel av alla vårdcentraler privata.

modell där 80 procent viktas mot enhetens ACG-index, som beskriver sjuklighet. Resterande 20 procent viktas mot enheternas CNI-index som beskriver risk för ohälsa kopplat till socioekonomi. ACG är ett mätinstrument för beräkning av förväntat resursbehov utifrån diagnostyngd. Metoden viktas samtliga sjukdomsdiagnoser i en population. I Region Skåne grundas beräkningarna på alla diagnoser en person har fått under de senaste 18 månaderna. Beräkningen av CNI baseras på data från Statistiska centralbyrån och samlas i Region Skåne in varje månad. Utöver den fasta ersättningen får vårdgivare extra ersättning för besök som görs av individer som inte är listade på enheten. Ett par procent av ersättningen utgörs av målrelaterad ersättning där vårdgivare får betalt i relation till hur väl de uppfyller ett 10-tal förutbestämda kvalitetsmål. Dessa inkluderar läkemedelsförskrivning, hälsofrämjande arbete, medborgarnas omdöme i nationell patientenkät, kontinuitet i vårdkontakter, arbete med multisjuka äldre samt deltagande i patientregister.

Vårdgivare i primärvården bär ett omfattande ansvar för listade individers utnyttjande av öppenvård. Detta inkluderar listades besök på andra vårdcentraler (inklusive besök hos sjukgymnast och allmänläkare på nationell taxa), allmänläkemedel för listade (75 procent), medicinsk service och hjälpmedel. Vidare justeras den fasta ersättningen för täckningsgrad, det vill säga andelen av enhetens listades besök i öppenvården som sker i primärvården i relation till besök hos organspecialister.

3.1.2 Ackrediteringsvillkor

Förutsättningen för att få bedriva primärvård inom vårdvalet och ta del av ersättningen som redovisats ovan är ackrediteringsvillkoren. Region Skåne ackrediterar privata vårdgivare som uppfyller specificerade ekonomiska och verksamhetsmässiga krav och tecknar sedan ett avtal som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga vårdcentraler tecknas i stället en vårdöverenskommelse per vårdcentral baserat på samma krav. Själva avtalet tecknas med verksamhetschefen, som måste vara en namngiven person. Det måste också finnas en namngiven läkare som är medicinskt ansvarig. Verksamhetschef och medicinsk ansvarig kan vara samma person men i de flesta fall innehas dessa roller av olika personer. För att kunna bli ackrediterad inom hälsovalet ingår att vårdgivare tar på sig ett brett åtagande. Detta specificeras i ett antal punkter med en utförlig beskrivning om vad varje

punkt omfattar. För år 2015 listas under uppdragets omfattning följande punkter:⁴⁸

Uppdraget ska omfatta:

- Hälsoinriktat arbetssätt
- Medicinskt åtagande
- Åtagande om psykisk ohälsa
- Rehabiliteringsåtagande
- Ordination av tjänster/artiklar - hjälpmedel
- Samverkan
- Medverkan vid Katastrof och beredskap
- Läkarmedverkan för råd, stöd och utbildning till personal i den kommunala hälso- och sjukvården
- Verksamhetsförlagd utbildning samt AT/ST
- Forskning och utveckling

Uppdraget kan omfatta:

- Hjärtsviktsmottagning
- Gynekologisk specialistmottagning
- Mottagning för Unga vuxna
- Äldrevårdcentral/äldremottagning
- Utökat akutuppdrag

Ackrediteringen och avtalet gäller formellt i två år med automatisk förlängning. I praktiken gäller därför ackrediteringen tills vidare så länge man uppfyller kraven. Uppföljning av ackrediteringsvillkoren sker dels med hjälp av information som samlas in i register på nationell (nationell patientenkät, väntetidsundersökning, kvalitetsregister) och lokal (främst de indikatorer som följs upp inom den målbaserade ersättningen) nivå och dels genom dialogmöten vid medicinsk revision. Information från vårdgrannar och patienter som adresseras uppdragsgivaren kan också vara incitament för uppföljning/kontroll.

3.2 STUDIENS GENOMFÖRANDE OCH EMPIRISKT MATERIAL

Det empiriska material som ligger till grund för att beskriva och analysera erfarenheter av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne består i flera delar: observationer, intervjuer, dokument och registerdata.

- Observationer i form av medåkning med medicinska revisorer under en dag i september 2014 då två revisionsbesök gjordes. Observationerna syftade till att studera vad som

⁴⁸ Region Skåne 2014-12-15.

händer i praktiken vid revisionsbesök och att skapa en djupare förståelse för arbetet med medicinsk revision. Vid besöken fördes anteckningar av vad som togs upp men besöken spelades inte in.

- Semi-strukturerade intervjuer med samtliga medicinska revisorer i Region Skåne. Sedan man inledde arbetet med medicinsk revision har sammanlagt sju personer deltagit i revisionsbesöken. Intervjuerna genomfördes under september-oktober 2014 i Malmö och Lund. Varje intervju varade omkring en timme. Samtliga intervjuer spelades in. Intervjuerna syftade till att samla information och skapa förståelse för bakgrund, syfte, tillvägagångssätt och utfall av medicinsk revision samt konsekvenser för vårdgivare. Med utfall avses vilken typ av åtgärd som revisorerna vidtar baserat på sin revision av vårdcentralen. Med konsekvens för vårdgivare avses vad åtgärden leder till för vårdgivaren. Intervjuerna syftade också till att analysera av åsikter om medicinsk revision bland revisorerna. I Appendix 1 listas de områden som berördes vid varje intervju.
- Granskning av dokument som tagits fram vid Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne och som rör verksamheten med medicinsk revision. Denna syftade till att ytterligare skapa förståelse för verksamheten och hitta konkreta exempel på utfall av medicinsk revision och konsekvenser för vårdgivare.
- Under 2011 skickade revisorerna en webbenkät till verksamhetschefer vid samtliga vårdcentraler och barnvårdscentraler som haft revisionsbesök under hösten 2009 - våren 2011. Totalt inkom svar från 131 av 147 aktuella vårdcentraler och 89 av 141 aktuella barnvårdscentraler. Samma webbenkät skickades under 2012 till de verksamhetschefer som haft besök sommaren 2011-hösten 2012. Totalt svarade verksamhetschefer för 68 av cirka 90 aktuella vårdcentraler, 56 av cirka 80 aktuella barnvårdscentraler och samtliga 18 aktuella barnmorskemottagningar. I enkäten fanns två frågor där man ombeds bedöma värdet av revisionsbesöket (skala 1-6, där 6 är stort) för verksamhetschefen och för verksamheten. Vidare fanns två öppna frågor: ”Vad var bra med besöket?” och ”Förslag på förbättringar?”. Resultaten från dessa användes för att analysera åsikter om medicinsk revision bland verksamhetschefer.
- Sammanställning av data kring omfattning av verksamheten under den studerade perioden avseende antal gjorda revisionsbesök samt vad dessa har resulterat i. Denna deskriptiva statistiska analys syftade till att skapa en bild av omfattningen av verksamheten med medicinsk revision under perioden 2009-2013 samt frekvens av olika typer åtgärder och konsekvenser till följd av revisionsbesöken.

Efter att allt empiriskt material var sammanställt skickades hela empiri-kapitlet till de sju intervjuade personerna (april 2015) som fick möjlighet att komplettera och ändra. Fyra personer återkom med mindre ändringar och förtydliganden.

KAPITEL 4

FEM ÅRS MEDICINSK REVISION I PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE

I det här kapitlet redovisas erfarenheter av medicinsk revision i primärvården i Region Skåne 2009-2014⁴⁹ baserat på observationer, intervjuer, dokument och registerdata. Fokus ligger på vårdcentraler. Mellan 2009 och 2014, skedde på alla vårdcentraler som ingår i hälsovalet återkommande uppföljning av medicinska revisorer. Detta gällde både för offentliga och privata vårdcentraler. Besöken gick till på samma sätt på offentliga som privata vårdcentraler. Den medicinska revisionsenheten ingår i Enheten för Uppdragsstyrning.

4.1 BAKGRUND TILL INFÖRANDE AV MEDICINSK REVISION I PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE

Innan hälsovalet infördes hade vårdgivare ansvar för en viss population baserat på ett geografiskt upptagningsområde. I och med att hälsovalet infördes fick individer den uttalade rätten att själva välja vid vilken vårdcentral de ville vara listade. När hälsovalet infördes i Skåne fanns det också en uttalad målsättning att införa ett nytt system för att leda och styra primärvården. I det här avsnittet beskrivs bakgrunden till att man införde medicinsk revision i primärvården i Region Skåne baserat på intervjuer med de personer som arbetade med medicinsk revision då hälsovalet infördes.

Det fanns en utbredd uppfattning att modellen för att leda och styra vårdgivare i primärvården (GK generella kravspecifikationen) som tillämpades innan hälsovalet hade kommit till vägs ände. Den gamla modellen handlade i stor utsträckning om att detaljstyra baserat på statistik i register. Den fokuserade i princip helt på produktion och uppföljningen byggde på pinnstatistik, det vill säga åtgärder uppmätta som pinnar i register. Varje vårdcentral skulle ha ett visst antal personal av varje kategori (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer) i relation till befolkningen i dess

49 Fokus ligger på den modell som tillämpades innan omorganisationen den 1 september 2014. Efter denna finns inga särskilda resurser för medicinsk revision/uppföljningsdialoger. Medicinska revisorerna är från och med den 1 september 2014 hälso-sjukvårdsstrateger med utökade och förändrade arbetsuppgifter inom olika vårdområden. Ansvar för uppföljningar ligger på respektive hälso-och sjukvårdsstrateg inom sitt ansvarsområde. Från och med 1 september 2014 ingår barnhälsovård (BVC) och mödrahälsovård (BMM) i ett annat vårdområde än allmänmedicin där vårdcentraler (VC) sorterar under.

upptagningsområde. Varje kategori av personal skulle producera ett visst antal besök eller åtgärder per 1 000 eller 10 000 personer i upptagningsområdet. Som en konsekvens av utformningen av modellen för styrning byggde ekonomin för vårdgivare på pinnar. Uppföljningen baserades inte på kvalitet utan bara på produktion. *”Hela ekonomin byggde på pinnar. Inte någon styrning och uppföljning på kvalitet utan bara på produktion.”* sammanfattade en av de intervjuade revisorerna den gamla modellen. En annan av de intervjuade revisorerna konstaterade också utifrån det faktum att den uppföljning man har gjort tidigare har varit pinnstatistik att detta hade upplevts som mycket frustrerande för professionen.

Redan 2007, när man började arbetet med att utforma Hälsoval Skåne började man också utforma en modell för styrning (inklusive ersättning och uppföljning) av de vårdgivare som skulle komma att ingå i hälsovalet. Det fanns tre ingångar eller portaler, som revisorerna beskriver det, till arbetet med den nya modellen. Dessa var: 1) Öka medborgarnas makt, det vill säga låt medborgarna välja vårdgivare och låt pengarna följa deras val; 2) Släpp professionen fritt, det vill säga specificera inga hurfrågor utan låt dem skapa egna arbetsätt; och 3) Styr och följ upp på kvalitet och resultat – inte på produktion.

De tre portalerna medförde stora frihetsgrader för de vårdgivare som skulle komma att ingå i hälsovalet. Vidare är det mycket svårt att mäta kvalitet i primärvård generellt. Sammantaget gjorde dessa förutsättningar att man tidigt i processen insåg att det var viktigt med ett ordentligt uppföljningssystem för att kunna se vad primärvårdens resurser används till. Vad får vi ut för pengarna och vilken primärvård får de skånska medborgarna? En revisor beskrev det som att *”Så stora frihetsgrader i styr- och ersättningsmodellen gjorde att man måste ha grov uppföljning. Vårdvalsmodellen i Skåne gav störst frihetsgrader [av alla vårdvalsmodeller] i landet. Få inbyggda kontroller. Ingen kontroll på styckevaror. Ingen styrning på produktivitet.”* Det fanns en uppfattning om man kan få en del sådan kunskap genom att följa upp kvalitetsindikatorer men att detta inte räcker. Uppfattningen var att det är nödvändigt att regelbundet vara på plats ute hos vårdgivare för att faktiskt se vad som händer i verksamheten och delta i samtal (dialog) med vårdgivarna.

När verksamheten byggdes upp rekryterades personer på ett sätt så att arbetet blev tvärprofessionellt. Detta ansågs som viktigt eftersom det finns har flera ingångar i primärvården. De som ledde arbetet med att bygga upp den medicinska revisionen i Region Skåne gav sig tidigt ut och besökte vårdcentraler. Detta var i syfte att få med vårdgivare och professioner i arbetet med att utveckla modellen och få svar på frågor som: Vad kan ingå i kvalitet och hur kan vi samla in information om detta? Vad är möjligt att mäta?

Region Skåne var först i Sverige med att bygga in regelbunden medicinsk revision för att styra vårdgivare i samband med vårdvalsreformen. Man sneglade på Jönköpings läns landsting där man hade arbetat några år med en modell för verksamhetsutveckling där allmänläkare regelbundet var ute på vårdcentraler i syfte att ge stöd och dela erfarenheter mellan vårdgivare. I modellen som användes i Jönköping låg dock inte någon uppföljning eller ansvarsutkrävning från huvudmannens eller beställarens sida. Den handlade uteslutande om att ge stöd till verksamheter och var separerad från huvudmannens arbete med uppföljning och ansvarsutkrävning.

Den modell man tog fram för Skåne skiljer sig från det sätt man arbetade på i Jönköping eftersom man byggde in både en stödfunktion och en uppföljningsfunktion redan från början. Man ville kombinera verksamhetsutv./stöd/coaching och uppföljning/kontroll/ansvarsutkrävning i en roll. Huvuddelen skulle vara en stödjande roll och att vara plats regelbundet ute i alla verksamheter. En av de intervjuade revisorerna uttryckte det som att *”Revisionen kan vara fiskal eller ett partnerskap. Modellen i Skåne ska vara ett partnerskap. Vi ska göra detta tillsammans: en vårdgivare och en revisor/uppdragsgivare med varsitt perspektiv men med ett gemensamt mål att skapa bra vård för skåningarna.”* Men en viktig funktion skulle också vara att säkerställa att verksamhetschefer förstod den nya modellen. Man skulle försäkra sig om att vårdgivare förstod vad det innebar att verka inom hälsovalet. Den nya modellen för att styra, ersätta och följa upp vårdgivare var komplex. Vårdgivare skulle inte få någon besöksersättning men däremot fanns det krav på hög täckningsgrad. Det vill säga att vårdgivare förväntades ta hand om sina patienter behov av öppenvård i primärvården och att de inte skulle söka sig till annan öppenvård. Här fanns det en uppfattning om att revision var ett viktigt instrument för att översätta modellen i konkreta termer för vårdgivarna. Uppfattningen var att det är av begränsad nytta att skicka ut papper med information om man vill skapa förståelse och förändring. En revisor uttryckte det som att *”För att få med sig människor som ska genomföra förändringar, i synnerhet när det handlar om människor med starka professionella drivkrafter, måste man sitta ner tillsammans och ha en konstruktiv dialog. Vad har ni för problem? Varför ser det ut på det här sättet hos er? Har ni tänkt på att...?”*

4.2 SYFTE MED MEDICINSK REVISION I PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE

Baserat på vad som framkommit vid intervjuerna med samtliga medicinska revisorer och vad som står i granskade dokument⁵⁰ kan syftet med medicinsk revision i primärvården Region Skåne under den studerade perioden beskrivas som att man vill minska gapet mellan de krav som ställs på vårdgivare och det som vårdgivarna faktiskt levererar. Mer specifikt har de olika delarna som den medicinska revisionen syftar till och som uttrycks i verksamhetsberättelser och årsrapporter utvecklats under den studerade perioden:

- Att säkerställa att vårdgivarna bedriver en verksamhet i överensstämmelse med de krav Region Skåne ställer (2010-2014).
- Att utveckla den professionella dialogen mellan uppdragsgivare (Region Skåne/hälso- och sjukvårdsavdelningen) och vårdgivare (2010-2014).
- Att fastställa kvalitetsindikatorer som är kända och beaktas (2010-2011).
- Att den vård som ges följer kriterierna för god vård (2010-2011).
- Att erforderligt underlagsmaterial rapporteras till uppdragsgivaren på ett korrekt sätt (2010-2011).
- Att bidra till utvecklingen av vården för medborgarna i Skåne (skåningarna) (2012).

4.3 OLIKA TYPER AV MEDICINSK REVISION

Det har gjorts fyra olika typer av revisionsbesök i primärvården i Region Skåne under 2009-2014. Dessa är verifikationsbesök, systematisk revision, revision på förekommen anledning och temarevision. Vart och ett av dessa beskrivs kortfattat härnäst baserat på intervjuer med de medicinska revisorerna.

4.3.1 Verifikationsbesök

Verifikationsbesök görs inför start vid samtliga tilltänkta nya vårdcentraler. Vid dessa besök diskuteras förutsättningar för att bedriva verksamheten. Besöket görs 4-6 veckor innan start på alla hälsovalsenheter. Utfallet av dessa besök är rekommendationer från revisorerna om vad som behöver åtgärdas eller beaktas inför att verksamheten ska startas. För vårdgivare innebär dessa rekommendationer en bas att fatta beslut om ifall man ska gå vidare och starta den tilltänkta verksamheten eller avstå. Ett viktigt syfte med dessa besök är att man inte vill att vårdgivare som inte håller måttet ska starta upp verksamhet eftersom det kan vara svårt att få dessa ur systemet ifall brister uppdagas senare.

50 Årsrapport 2010; Verksamhetsberättelse 2011; Verksamhetsberättelse 2012; Verksamhetsberättelse 2013; Verksamhetsberättelse 2014.

4.3.2 Systematisk revision

Systematisk revision har till och med hösten 2014 gjorts regelbundet (var 12-24 månad) av alla privata och offentliga vårdcentraler. Revisorerna förbereder besöket genom att fylla i en besöksmall med en rad olika uppgifter om vårdcentralen. Dessa uppgifter inhämtas ur olika nationella och regionala register och produktions- och kvalitetsuppföljningssystem samt protokoll från tidigare revisionsbesök och annan sparad korrespondens. Vid revisionsbesöket sker en fördjupad dialog mellan vårdgivare och huvudmän där vårdgivare kan visa och förklara hur verksamheten är organiserad och hur tilldelade resurser används. Uppdragsgivaren kan vid dessa tillfällen förtydliga sina krav på verksamheten och följa upp desamma baserat på fördjupad information om de aktiviteter som bedrivs vid vårdcentralen. Flera av de intervjuade revisorerna beskrev dessa revisionsbesök som utvecklingssamtal. En revisor beskrev det som: *”Besöken är som ett medarbetarsamtal. De är förtroendegivande. Oberoende av ifall det går bra eller inte [för verksamheten]. Bygger relation mellan uppdragsgivare och uppdragstagare.”*

Utfallet av de systematiska revisionsbesöken är en skriftlig återkoppling till verksamhetschefen med rubrikerna avvikelser, förbättringsområden och diskussioner. Vid mindre avvikelser sker en uppföljning vid nästkommande revisionsbesök. Vid allvarigare brister kan vårdgivaren få en erinran eller en varning. Uppföljningen lämnas då över från revisorerna till avtalsförvaltaren. Konsekvensen för vårdgivaren vid allvarigare brister kan vara att återkomma med handlingsplan på kort och lång sikt, rapportera in att insatser utförs kommande månader eller på annat sätt åtgärda identifierade brister. I yttersta fall kan ersättning hållas inne och vårdgivaren kan mista sin ackreditering.

4.3.3 Revision på förekommen anledning

Revision på förekommen anledning sker då klagomål om verksamheten har kommit uppdragsgivaren till känna. Dessa besök sker normalt oanmält och endast den aktuella frågan behandlas vid besöket. Utfallet av dessa besök består i skriftlig återkoppling till verksamhetschefen med en erinran eller en varning om allvarliga brister har identifierats. Konsekvensen för vårdgivaren blir att åtgärda identifierade brister och visa detta för uppdragsgivaren. Annars kan ersättning hållas inne och vårdgivaren kan mista sin ackreditering.

4.3.4 Temarevision

Temarevisioner har skett med utgångspunkt i identifierade särskilt intressanta eller aktuella frågor i primärvården. Vid dessa tillfällen sker besök till vårdcentraler som är engagerade i den aktuella frågeställningen. Syftet är att få en bild på ”tvären” av likheter och olikheter kring ett särskilt tema, som ett led i uppföljning och även för framtida utveckling. Utfallet av dessa besök kan vara

en samlad rapport eller en skriftlig återkoppling till verksamhetschefen med eventuella brister. Konsekvensen för vårdgivaren då brister upptäcks är i linje med dem vid systematisk revision och revision på förekommen anledning.

4.4 HUR GÅR ETT REVISIONSBESÖK TILL?

Här illustreras hur ett revisionsbesök av typen systematisk revision går till i praktiken. Beskrivningen grundar sig på observationer vid två revisionsbesök av den typen samt på vad som framkommit vid intervjuer med de medicinska revisorerna.

4.4.1 Innan besöket

Verksamhetschefen får ett informationsbrev 4-6 veckor före planerat besök med information om vilka punkter som kommer att tas upp och vilka som bör vara med vid revisionen. Medicinsk rådgivare ska vara med och dessutom den eller de som verksamhetschefen tycker bidrar eller har nytta av att delta. Vid revisionsbesöket eftersträvas ett medborgarperspektiv. Revisorerna bedömer allmänt intryck, tillgänglighet och bemötande. Inför besöket informerar sig revisorerna om den information medborgare kan få del av via hemsidor och information på www.1177.se.

Revisorerna förbereder besöket och dialogen genom att fylla i en besöksmall med en rad olika uppgifter om vårdcentralen. Dessa uppgifter inhämtas ur olika nationella och regionala register (t.ex. Qlickview, NPE) samt protokoll från tidigare revisionsbesök och annan sparad korrespondens. Fokusområden för besöken är medicinsk kvalitet, kvalitetsindikatorer och vissa nyckeltal. Patientnämnden (klagomål från patienter) och läkemedelnämnden (information om ifall man har haft apotekare på plats) ger också underlag till revisorerna inför varje besök.

4.4.2 Själva besöket

Själva revisionsbesöket varar vanligen mellan en och tre timmar. Vid besöken deltar två medicinska revisorer. En revisor är besöksansvarig och har tagit fram och analyserat underlagsmaterial inför besöket. Besöket börjar i praktiken redan innan man har kommit in på vårdcentralen. Här bedömer revisorerna tillgängligheten i termer av att ta sig till vårdcentralen och möjligheter att parkera i anslutning till densamma. Sedan gör revisorerna motsvarande bedömning i väntrummet och av receptionen. Därefter tittar man på lokalerna inne på vårdcentralen.

Efter att revisorerna har bedömt intryck, tillgänglighet och bemötande sker en strukturerad dialog med utgångspunkt från ackrediteringsvillkoren. Den besöksansvarige revisorn leder dialogen. Den andre revisorn dokumenterar besöket fortlöpande och kommenterar vid behov. Verksamhetschefen och den

medicinskt ansvarige läkaren, eller annan läkare ifall denna inte kan närvara, ska vara med vid revisionen. Vidare ska en BVC-sjuksköterska vara med om det är en barnvårdscentral och är det barnmorskemottagning ska en barnmorska vara med. Verksamhetschefen uppmanas också att ta med medarbetare från aktuella verksamhetsområden för att helheten ska kunna beskrivas och diskuteras. Formellt är det dock tillräckligt att en person närvarar om det är en vårdcentral och den medicinskt ansvarige också är verksamhetschef. Dialogen förs om hur verksamheten bedrivs utifrån just den aktuella vårdcentralens listade befolkning vad gäller risken för ohälsa kopplat till socioekonomi (CNI), sjuklighet (ACG), ålder och resultat i uppmätta kvalitetsindikatorer. Det finns en uttalad ambition att det ska vara just ett samtal (tvåvägskommunikation) till skillnad från en intervju som sker vid varje besök. Dock finns det ett antal områden som ska täckas in, vilka återfinns i den besöksmall som revisorerna fyller i innan besöket. Enligt denna mall ska följande områden täckas in i samtalet:

- Återkoppling från tidigare revisionsbesök; handlar om att följa upp åtgärder av eventuella brister som påvisats tidigare.
- Fysisk tillgänglighet; inkluderar bedömning av öppettider, reception och väntrum samt information från nationella väntetidsundersökningen.
- Information till medborgare; dels allmänt och dels till specifika grupper.
- Patientsäkerhet; inkluderar bedömning av vårdhygien, anmälningar till patientnämnden, patientssäkerhetsberättelser, interkontroll, smittskydd, förekomst av miljöpolicy.
- Kompetens och bemanning; avser både att det finns rätt yrkeskategorier på plats samt att deras kompetens (och legitimation) är säkerställd.
- Målgrupp; handlar om vilka insatser som görs för olika grupper av patienter såsom vaccinationer. Tar sin utgångspunkt i information om bland annat CNI och ålder om den listade befolkningen på den aktuella enheten.
- Patientenkät; handlar om vilket betyg enheten har fått i den senaste nationella patientenkäten.
- Hälsoinriktat arbetssätt; handlar om hur man arbetar förebyggande och hälsofrämjande med till exempel fetma och rökning.
- Läkemedel; handlar om förskrivningsmönster och följsamhet till rekommendationer med särskilt fokus på förskrivning av antibiotika.
- Vårdåtagande; handlar om att man gör de insatser som ska göras enligt uppdragsbeskrivningen. Detta inkluderar hur man arbetar med specifika grupper av patienter såsom multisjuka äldre, kroniskt sjuka, barn, personer med psykisk ohälsa och hur man arbetar med rehabilitering och samarbete med kommunen och andra aktuella samhällsaktörer.
- Förbättringsområden; syftar till att kunna ge feedback och hjälp att utveckla verksamheten.
- Slutklämman är ofta att be enheten beskriva områden man är stark inom; syftar till att ta med lärdomar från goda exempel och att avsluta i positiv anda, oavsett om de varit mycket kritik under besöket.

Vid samtalen kan vårdgivaren visa och förklara hur verksamheten är organiserad och hur tilldelade resurser används. Till exempel ges tillfälle att förklara hur de extra resurser som tilldelas baserat på vårdtyngd och socioekonomi används. På

samma sätt kan revisorerna förtydliga de krav som finns på verksamheten enligt uppdragsbeskrivningen och få en känsla för hur väl verksamheten uppfyller dessa krav. Revisorerna kan också dela med sig av erfarenheter från goda exempel där man har identifierat förbättringsområden samt ta med sig lärdomar från områden man har identifierat att man är stark inom. Revisorerna kan också visa eller förtydliga hur verksamhetschefen eller annan berörd personal kan ta del av statistik och andra uppgifter om den egna verksamheten.

4.4.3 Efter besöket

Efter besöket går revisorerna igenom vad som kommit fram vid mötet, summerar och gör en slutreflektion kring två övergripande frågor: ”Skulle jag vilja jobba här?” och ”Skulle jag vilja vara listad här?”. Ett besöksprotokoll upprättas vid varje besök och har status av internt arbetsmaterial inom Region Skåne. Verksamhetschefen får skriftlig återkoppling där eventuella avvikelser till verksamhetschefen med rubrikerna avvikelser, förbättringsområden och diskussion. Återkoppling sker alltid till personen verksamhetschefen, antingen denna är medicinskt ansvarig eller inte.

I de fall endast mindre avvikelser har identifierats följer man upp hur dessa har hanterats vid nästa revisionstillfälle. Revisorerna hanterar även uppföljningen för något allvarligare brister och då kan det handla om att inom en viss tid (vanligen några månader) redovisa hur man har tagit sig an återkopplingen och avhjälpt de påtalade avvikelserna om revisorerna inte ska ta fallet vidare till avtalsförvaltaren. Vid allvarliga brister där det är tal om skarpare former av konsekvenser för vårdgivare bollar revisorerna över ansvaret till avtalsförvaltaren⁵¹ för primärvården i Region Skåne och så sker uppföljningen där. I de fall allvarliga avvikelser har identifierats kan konsekvensen för vårdgivaren bli en erinran eller en varning och då blir kravet på att inom en viss tid avhjälpa och visa att man har avhjälpt de påtalade avvikelserna om man vill fortsätta bedriva primärvård inom hälsovalet. Om påtalade allvarliga avvikelser inte åtgärdas kan vårdgivaren i yttersta fall mista sin ackreditering. Vårdgivaren kan också mista delar av sin ersättning vid allvarliga avvikelser.

Erfarenheter, iakttagelser och frågor från besöken samt planering för kommande revisionsområden har diskuterats regelbundet på revisionsmöten mellan avtalsförvaltare, sakkunniga, teamledare för Hälsoval Skåne och medicinska revisorer. Dessa möten upphörde under hösten 2014 när arbetssättet förändrades.

51 Efter organisationsförändringen 1 september 2014 är det samma strategier som följer upp och är avtalsförvaltare.

4.5 FÖREKOMST AV MEDICINSK REVISION 2009-2014

I detta avsnitt presenteras övergripande verksamheten med medicinsk revision i primärvården i Region Skåne under den studerade perioden. All statistik för 2009-2014 är hämtad från verksamhetsberättelser⁵² samt registerdata.⁵³

4.5.1 De medicinska revisorerna

Sedan man inledde arbetet med medicinsk revision har sammanlagt sju personer deltagit i revisionsbesöken. Samtliga har sjukvårdsbakgrund; tre läkare, två sjuksköterskor, en sjukgymnast och en barnmorska. I tabell 1 redovisas hur många personer som har arbetat med medicinsk revision under de år som verksamheten har pågått samt hur många heltidstjänster som verksamheten har omfattat varje år.

Tabell 1. Antal personer och tjänster som arbetat med medicinsk revision i primärvården 2009-2014.

År	2009- 2010	2011	2012	2013	2014*
Antal personer	4	4	4	3	3
Antal tjänster	2	2,3	2,3	2,2	2,65

*Till och med 31 augusti 2014.

4.5.2 Verifikationsbesök

I tabell 2 redovisas omfattningen av verksamheten med verifikationsbesök i Region Skåne under den studerade perioden. Från 1 september 2011 ingår val i mödrahälsovården i hälsovalet vilket förklarar uppgången i antal besök under det året.

52 Årsrapport 2010; Verksamhetsberättelse 2011; Verksamhetsberättelse 2012; Verksamhetsberättelse 2013; Verksamhetsberättelse 2014.

53 Personlig kommunikation Eva Theander mars 2015.

Tabell 2. Förekomst av verifikationsbesök 2009-2014.

År	Antal besök VC	Antal besök BVC+BMM	Totalt antal besök
2009-2010	9	5	14
2011	22	83	105
2012	4	9	13
2013	2	4	6
2014	3	iu	iu

Fokus i diskussionerna vid verifikationsbesöken har varit på att förklara och förtydliga det åtagandande som det innebär att bedriva en verksamhet inom hälsovalet. Detta avser såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska förutsättningar.

4.5.3 Systematisk revision

Den vanligaste typen av revisionsbesök har varit den systematiska revision som har gjorts till samtliga vårdcentraler, barnvårdscentraler och barnmorskemottagningar var 12-24 månad. I tabell 3 redovisas omfattningen av denna verksamhet.

Tabell 3. Förekomst av systematisk revision 2009-2014.

År	Antal besök VC	Antal besök BVC+BMM	Totalt antal besök
2009-2010	76	98	174
2011	66	77	143
2012	105	94	199
2013	58	119	177
2014	74	iu	iu

Under 2009-2010 låg mycket fokus i samtalen för vårdgivare på att förstå uppdraget och för revisorerna att förklara detsamma. Vidare låg mycket fokus på att utveckla, förbättra och förankra mått och metoder för att kunna mäta, jämföra

och följa upp kvalitet över tid och mellan vårdgivare. Detta innefattade att ta fram mätbara kvalitetsindikatorer, det vill säga mått som speglar den kvalitet som levereras i primärvården. Andra övergripande iakttagelser som gjordes av revisorerna vid besöken under 2009-2010 var:

- Brist på allmänläkare var ett generellt problem för kvalitetsutvecklingen;
- Det fanns få specialister utöver allmänläkare;
- Små vårdcentraler upplevde det som svårt att utöka öppettiderna på grund av vakanta läkartjänster;
- Region Skånes IT-plattform fungerade inte;
- Det fanns samverkansproblem mellan olika aktörer: mellan BVC och socialtjänst, mellan BVC och dietister och psykologer; mellan primärvården och slutenvården; mellan vårdcentraler och psykiatrisk öppenvård samt mellan olika vårdcentraler;
- De fanns kvalitetsproblem i palliativ vård;
- Vårdgivare upplevde det som svårt att ha kontroll över sin ekonomi eftersom patienter kan söka fritt och på grund av läkare på nationell taxa.

Under 2011 låg fortsatt mycket fokus på att utveckla och förankra mått och metoder, inklusive kvalitetsindikatorer, för att kunna mäta och följa upp kvalitet bland vårdgivare. Övergripande iakttagelser för 2011 var i stor utsträckning desamma som för 2009-2010. Vårdgivare uppgav att de hade svårt att kontrollera sin ekonomi i än högre utsträckning på grund av många besök utanför den egna enheten hos sjukgymnast, kiropraktor och naprapat samt fritt vårdsökande bland patienter. En del vårdcentraler hade initierat samarbete kring gemensamma patienter mellan sjukgymnaster och vårdcentraler för att avhjälpa detta problem. Det fanns fortsatta samverkans- och samarbetsproblem inom primärvård och med sjukhus och kommuner. Vidare var bristfälligt IT-stöd ett fortsatt ett upplevt stort problem.

Under 2012 låg ett tydligare fokus i diskussionen på enheternas arbetssätt relaterat till dess målgrupp och risken för ohälsa kopplat till socioekonomi, sjuklighet, ålder och resultat i uppmätta kvalitetsindikatorer jämfört med tidigare år. Ett tydligt patientperspektiv genomsyrade revisionen. Under 2013 och 2014 låg ett fortsatt tydligt fokus i diskussionen på enheternas arbetssätt relaterat till dess målgrupp och risken för ohälsa kopplat till socioekonomi, sjuklighet, ålder och resultat i uppmätta kvalitetsindikatorer.

En brist under hela perioden har varit svårigheterna för enheterna att följa sina resultat. Önskemål har funnits hos såväl uppdragsgivare som vårdgivare att kunna följa sina kvalitetsparametrar, produktion och ersättningar i realtid, åtminstone månatligen. Detta har uppdragsgivaren försökt få till stånd, men det fanns ännu inte tillgängligt i slutet av 2014.

4.5.4 Revision på förekommen anledning

Under 2009-2010 gjordes 16 besök på förekommen anledning. Under 2011, 2012 och 2013 gjordes tio besök på förekommen anledning per år. Under 2014 gjordes tre besök på förekommen anledning.

Orsakerna till revision på förekommen anledning under den studerade perioden var bristande hänsyn till medborgares integritet vid marknadsföring, misstanke om att det inte fanns specialist i allmänmedicin på vårdcentralen samt upprepade klagomål från patienter. Klagomålen avsåg främst brister i bemötande, brister i patientsäkerhet, brister avseende vaccinationer, att det saknades utbud av kompetenser samt att obligatoriska hembesök av BVC inte utfördes.

4.5.5 Temarevision

Temarevision har skett med utgångspunkt i identifierade särskilt intressanta eller aktuella frågor i primärvården. Under perioden 2009-2014 har sju sådana temarevisioner utförts:

- Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamhet, 201154
- BVC med få listade barn, 201255
- ACG-analys och seminarier, 201256
- Avseende specialistläkare allmänmedicin på små vårdcentraler, 2012.
- ACG och diagnosregistrering med journalgranskning, 201357
- BVC med få listade barn, 201458
- Vårdcentraler med högt genomsnittligt CNI bland listade individer, 201459

Generellt har tillvägagångssättet följt tre steg: 1) En intressant eller aktuell fråga identifieras; 2) En övergripande analys av samtliga vårdcentraler där för frågan aktuella vårdgivare identifieras; 3) En närmare granskning av de vårdgivare som utmärker sig.

Sättet att identifiera den aktuella frågan har varit olika för de olika temarevisionerna som utförts under perioden. Vid temarevisionerna på ACG och CNI har den underliggande frågan varit ifall fördelade resurser används på tilltänkt sätt. Den fasta ersättningen till vårdcentraler i Region Skåne justeras utifrån diagnostyngd (ACG) och socioekonomi (CNI) bland listade individer.

54 Rapport från temarevision på familjecentraler och familjecentralsliknande verksamhet i Region Skåne 2011.

55 Genomgång av små BVC mars 2012.

56 Rapport från medicinsk temarevision, ACG (Adjusted Clinical Groups), Hälsoval Skåne Hösten 2013.

57 Rapport från medicinsk temarevision, ACG (Adjusted Clinical Groups), Hälsoval Skåne Hösten 2013.

58 Granskning av små BVC enheter januari 2014.

59 Rapport från temarevision avseende CNI: CNI-ersättning ett medel för arbetet mot jämlik hälsa i Region Skåne?

Justeringen sker till 80 procent baserat på ACG och 20 procent på CNI. ACG ger ett estimat av förväntade sjukvårdskostnader för populationen baserat på en viktning av samtliga sjukdomsdiagnoser i en population. Ett skäl för att väga in socioekonomiska faktorer i ersättningsmodellen är att fördela resurser till enheter med en socioekonomisk svag population. Det är också visat att socioekonomiska faktorer bidrar till att man väntar längre och söker vård sent och risken finns att socioekonomiskt svaga grupper inte heller erhåller rätt tyngd i en ACG-viktning av vårdpengen. Den underliggande frågan vid temarevisionerna på BVC med få listade har varit att säkerställa att verksamheten håller en tillräckligt god kvalitet trots att man har ett litet patientunderlag.

I steg två har man baserat på den övergripande analysen valt ut de vårdcentraler som på något sätt utmärkt sig i den aktuella frågan. I den närmare analysen har i normalfallet två revisorer besökt vårdcentralen och haft en dialog med verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren där den aktuella frågan legat i fokus.

Härnäst redovisas resultaten för temarevisionerna på ACG för att illustrera tillvägagångssättet vid denna typ av revision. I appendix 2 finns motsvarande redovisningar för de andra temarevisionerna.

Temarevision: ACG-analys och seminarier, 201260

1. Den fasta ersättningen till vårdcentraler i Region Skåne justeras utifrån diagnostyngd (ACG) och socioekonomi (CNI) bland listade individer. Justeringen sker till 80 procent baserat på ACG. ACG ger ett estimat av förväntade sjukvårdskostnader för populationen baserat på en viktning av samtliga sjukdomsdiagnoser i en population. Det hade framkommit åsikter om att ACG-systemet inte ger en rättvis fördelning av resurser samt farhågor om att systemet kan manipuleras i ekonomiskt syfte. Mot denna bakgrund beställde Region Skåne hösten 2012 en statistisk analys av registreringsmönstret på samtliga vårdcentraler.
2. Denna temarevision var något annorlunda till sin karaktär såtillvida att alla vårdcentraler ingick i analysen och alla vårdcentraler fick ta del av resultaten. Fyra seminarier anordnades där alla verksamhetschefer fick ta del av information om hur de låg till i relation till andra i sitt område. Vissa som hade lågt ACG lärde sig att registrera bättre som följd av denna temarevision. Där förekom det sannolikt en underdiagnostisering tidigare. Detta gällde främst offentliga vårdcentraler som inte anpassat sin verksamhet till de nya förutsättningarna. Andra, som hade ett oförklarligt högt ACG granskades närmare i en ny temarevision år 2013. Denna temarevision ledde också till att Region Skåne erbjöd en diagnosutbildning som riktade sig till

samtliga läkare verksamma inom Hälsoval Skåne. Detta eftersom man kom fram till att det fanns ett behov av tydliga riktlinjer för diagnosregistrering samt behov av ökad kunskap kring korrekt diagnosregistrering. Sammantaget ledde denna temarevision till att vårdgivare lärde sig att bättre att registrera diagnoser och att spannet vad gäller värdet på ACG för alla vårdcentraler minskade. Det innebär att det inte är lika stor skillnad mellan dem som har högst och dem som har lägst ACG jämfört med tidigare.

Temarevision på ACG och diagnosregistrering med journalgranskning, 201361

1. Mot samma bakgrund som temarevision av ACG med seminarier år 2012 gjordes en särskild temarevision på ACG och diagnosregistrering med journalgranskning år 2013.
2. Den statistiska analysen av registreringsmönstret på samtliga vårdcentraler som gjordes 2012 låg till grund för urvalet av vilka vårdcentraler som granskades närmare. Diagnoser som vårdcentralerna hade registrerat i sina egna system samkördes mot andra källor till information om patienternas sjuklighet. Vid en sammanvägning av dessa olika faktorer gjordes en ranking över enheter som hade ACG-värden som var svåra att förklara utifrån kända bakgrundsvariabler. Totalt 12 av de då 150 vårdcentralerna som ingick i hälsovalet valdes ut för att granskas närmare. Alla dessa var privata.
3. Verksamhetschefen vid de 12 utvalda vårdcentralerna fick skriftlig information inför granskningen. Den närmare granskningen gick till så att två revisorer (båda specialister i allmänmedicin) utförde journalgranskningar tillsammans på de utvalda vårdcentralerna. I varje journal granskades underlaget för de diagnoser som enheten registrerat under perioden april 2012 - september 2013. Denna tidsperiod valdes eftersom ACG baseras på diagnoser registrerade under de senaste 18 månaderna. De registrerade diagnoserna bedömdes utifrån tillgänglig information i patientjournalen, inklusive äldre journalanteckningar, laboratorieprover, röntgensvar och eventuellt inskannade dokument. Varje registrerad diagnos bedömdes i förhållande till det informationsunderlag som fanns i journalen. Bedömningen att en diagnos saknade underlag gjordes när det i journalen inte fanns någon anteckning i löptext, inskannat dokument eller uppgift om diagnostisk undersökning som gav stöd för registrerad diagnos. För varje registrerad diagnos bedömde således granskarna underlaget enligt kategorierna ja/nej/tveksamt. Granskningen resulterade i att fyra av de granskade vårdcentralerna fick en erinran för diagnosregistrering utan dokumenterat underlag. Två av dessa fyra vårdcentraler fick vidare en erinran för bristande journalföring enligt Patientdatalagen.

4.6 UTFALL OCH KONSEKVENSER AV MEDICINSK REVISION

I detta avsnitt presenteras utfall och konsekvenser av vad den medicinska revisionen har lett till. Inledningsvis ges en övergripande genomgång som främst är baserad på verksamhetsberättelser från de medicinska revisorerna. Därefter presenteras några exempel mer ingående baserat på vad som

framkommit vid genomläsning av dokument samt vid intervjuerna med de medicinska revisorerna.

4.6.1 Övergripande utfall och konsekvenser av medicinsk revision

I detta avsnitt redovisas utfall och konsekvenser av revisionsbesöken i termer av vad revisorerna kommit fram till vid besöket och vad detta inneburit för vårdgivarna. Redovisningen avser samtliga typer av revisionsbesök och bygger på information från verksamhetsberättelser⁶² kompletterat med information från intervjuerna med de medicinska revisorerna.

Utfall och konsekvens av verifikationsbesök

Utfallet av **verifikationsbesök** är rekommendationer från revisorerna om vad som behöver åtgärdas eller beaktas inför att verksamheten ska startas. Konsekvensen för vårdgivare blir att åtgärda identifierade brister inför att verksamheten ska startas upp alternativt att avstå från att starta upp sin verksamhet. En majoritet av de vårdgivare som om valde att gå vidare och starta sin verksamhet gjorde förändringar i varierande utsträckning baserat på det som framkom vid verifikationsbesöket. Dessa förändringar gällde främst tillgänglighet i lokaler, omdisponering av rum samt att säkerställa kompetenser utöver allmänläkare. Under 2009-2010 var det ingen enhet som valde att inte starta upp sin verksamhet efter revisionsbesöket. Under 2011 var det två enheter (MVC) som valde att inte starta upp sin verksamhet efter revisionsbesöket. Under 2012, 2013 och 2014 var det ingen enhet som valde att inte starta upp sin verksamhet efter revisionsbesöket. De som avstod att starta sin verksamhet gjorde det av anledningen att de blev medvetna om de stora åtagande det innebär att driva en vårdcentral inom hälsovalet samt att de inte hade lämpliga lokaler.

Utfall och konsekvens av mindre avvikelser vid systematisk revision

Utfallet av **systematisk revision** är en skriftlig återkoppling till verksamhetschefen med rubrikerna avvikelser, förbättringsområden och diskussioner. Identifierade avvikelser och förbättringsområden vid systematisk medicinsk revision 2009-2010: Separat väntrum för BVC saknades på några ställen; några vårdgivare saknade underleverantörsavtal för rehabilitering, arbetsterapi och sjukgymnastik; lokalerna var inte anpassade för personer med funktionshinder på några ställen; dåliga parkeringsmöjligheter för vårdcentraler i innerstäder; några vårdcentraler saknade information om öppettider på hemsida;

62 Årsrapport 2010; Verksamhetsberättelse 2011; Verksamhetsberättelse 2012; Verksamhetsberättelse 2013; Verksamhetsberättelse 2014.

alla BVC följde inte basprogrammet; vissa BVC saknade bra arbetssätt för barn som riskerade att fara illa; avvikelserapportering fungerade bristfälligt på en del enheter; många BVC nådde inte upp till satta kvalitetsmål; bristande kunskap om ackrediteringsvillkor och kvalitetsindikatorer på flera enheter. Identifierade avvikelser och förbättringsområden år 2011 var i linje med de som redovisats för 2009-2010.

Identifierade avvikelser och förbättringsområden vid systematisk medicinsk revision år 2012: samverkan med andra aktörer var fortsatt bristfällig; ett fåtal vårdgivare uppvisade brister vad gäller vårdhygienföreskrifter; avvikelserapportering var bristande för en del vårdgivare; bristande måluppfyllelse för läkemedel bland några vårdgivare; brister i registrering, dokumenterade rutiner för samverkan och i att utföra hembesök av BVC; avsaknad av dokumenterade rutiner för MVC, framför allt vad gäller samverkan med andra aktörer. Identifierade avvikelser och förbättringsområden samt övergripande iakttagelser under 2013 och 2014 var i mycket stor utsträckning desamma som år 2012.

En sammanställning av data från revisorerna kring vilka avvikelser och förbättringsområden som noterades och återkopplades i samband med systematiskt medicinsk revision under 2012-2013 visas i tabell 4. Dessa avvikelser och identifierade förbättringsområden var av den typen som resulterade i rekommendationer för vårdgivarna och följdes upp vid nästa planerade revisionsbesök. Som framkommer av tabellen handlade en relativt stor del av alla avvikelser om brister i den information som finns tillgänglig för medborgare att ta del av på vårdcentralernas hemsida. Vidare handlade en relativt stor del av avvikelserna om bristande rutiner i omhändertagandet av äldre med många diagnoser. Detta avsåg såväl bristande arbete med vård- och omsorgsplanering i samverkan med hemtjänst och sjukhus och läkemedelsgenomgångar samt att man inte arbetade med direktinläggningar. Relaterat till detta var avvikelser kopplat till att man inte deltog i registrering i nationella demensregistret (SweDEM). På samma tema identifierades brister med registrering i nationella diabetesregistret (NDR). Andra avvikelser handlade om bristande dokumentation avseende rutiner för samverkan med andra aktörer och sjukskrivningsrutiner. Vårdcentraler är skyldiga att ha en dokumenterad skriftlig rutin för samverkan med andra aktörer. Avvikelser avsåg också patientsäkerhetsberättelsen. Enligt patientsäkerhetslagen (PSL, 2010:659) ska vårdgivare dokumentera sitt patientsäkerhetsarbete i en så kallad patientsäkerhetsberättelse. Den ska uppdateras årligen och finnas tillgänglig för den som vill ta del av den. Brister här avsåg dels förekomst och dels brister avseende kunskap hos personalen om systematiskt patientsäkerhetsarbete, såsom rutiner för remissbevakning. Bristande rutiner för att hantera avvikelser fanns också i några fall. Vidare handlade avvikelser om vårdhygien, framförallt vad gäller klädsel men även ett fall där man inte hade gjort miljöond. I ett tiotal fall

handlade avvikelser om generös förskrivning av antibiotika. I några fall uppfylldes inte antalet tjänster i mina vårdkontakter, (MVK), underleverantörsavtal saknades och följsamheten till registrering i olika register var bristfällig.

Tabell 4. Avvikelser som resulterade i rekommendationer och frekvens, revisionsbesök vid vårdcentraler 2012-2013.

Typ av avvikelse	Antal
Bristfällig information till medborgare på hemsidan	39
Vård- och omsorgsplanering i samverkan (vops) görs ej	37
Läkemedelsgenomgångar görs ej	35
Deltar inte i registrering i nationella demensregistret (SweDEM)	34
Brister i dokumentation för samverkan med andra aktörer	32
Brister i kontinuitet i läkarbesök	19
Sakfel i information på hemsidan	18
Brister i dokumentation för rutiner vid sjukskrivning	18
Deltar inte i registrering i nationella diabetesregistret (NDR)	17
Patientsäkerhetsberättelse inte känd	15
Genomför inte direktinläggningar av äldre	14
Brister i vårdhygien avseende klädsel	12
Högt totalt antibiotiketryck	11
Patientsäkerhetsberättelse saknas	7
Uppfyller inte kraven på antal tjänster i mina vårdkontakter (MVK)	5
Underleverantörsavtal saknas	3
Deltar inte i register	3
Saknar rutiner för att hantera avvikelser	2
Har inte gjort miljöron	1

Mindre avvikelser och identifierade förbättringsområden som resulterade i rekommendationer för vårdgivarna följdes i huvudsak upp vid nästa planerade revisionsbesök. I något fall upprättades handlingsplan och vårdgivaren ombads komma in med information om hur man åtgärdat avvikelserna på kort och lång sikt. Revisorerna konstaterade i verksamhetsrapporten för 2012:

- Att efter påtalade brister vid tidigare revisionsbesök hade majoriteten av vårdgivarna anpassat sin verksamhet vilket innebar att lokalerna var ändamålsenliga;
- Att relevant information fanns på hemsidorna;
- Att hygienkrav följdes; och
- Att vårdgivarna generellt hade anpassat verksamheten utifrån ackrediteringsvillkoren i stor utsträckning. Vidare kunde revisorerna se att vårdgivare arbetade mer strukturerat med multisjuka äldre.

I verksamhetsrapporterna för 2013 och 2014 konstaterade revisorerna vidare att majoriteten av vårdgivarna kontinuerligt arbetade med att anpassa sin verksamhet utifrån ackrediteringsvillkoren. De konstaterade också att måluppfyllelsen avseende framtagna kvalitetsindikatorer förbättrades fortlöpande.

Utfall och konsekvens av allvarliga avvikelser

Utfallet av såväl **systematisk revision, revision på förekommen anledning och temarevision då allvarligare brister identifieras** är att revisorerna lämnar över informationen till avtalsförvaltaren. Avtalsförvaltaren beslutar sedan om hur avvikelserna ska hanteras. Vårdgivaren kan få en erinran eller en varning. Konsekvensen blir då åtgärda identifierade brister och påvisa detta för uppdragsgivaren. I annat fall kan ersättning hållas inne och vårdgivaren kan mista sin ackreditering.

En heltäckande sammanställning över förekomsten av erinringar och varningar under den studerade perioden saknas. Det har rört sig om någon eller några per år.

Under den studerade perioden har tre vårdcentraler fått sin ackreditering indragen. Samtliga vårdcentraler som fått sin ackreditering indragen av uppdragsgivaren avser privata vårdgivare. Vidare har tre vårdcentraler valt att självmant avveckla sin verksamhet till följd av den medicinska revisionen under den studerade perioden. Samtliga vårdcentraler som självmant avvecklat sin verksamhet efter påtalade allvarliga brister, innan avtalet har hunnit sägas upp på grund av dessa brister, avser offentliga vårdgivare. I sammanhanget är det värt att notera att revisorerna tydligt uppger att de har tillämpat samma tillvägagångssätt vid planering av besök och bedömning av kvaliteten vid vårdcentralen för privata och offentliga vårdgivare. Sedan tycks privata och offentliga vårdgivare ha hanterat utfallet av revisionen på lite olika sätt. En av de intervjuade revisorerna beskrev det såhär: *”Vi har stängt tre privata enheter på*

grund av bristande kvalitet. Lika många offentliga har valt att stänga själva till följd av identifierade brister. Media har inte fångat upp att offentliga har stängt på grund av brister i kvalitet. Tror mest att handlar om besparingar.”

Exempel på konsekvenser för vårdgivare (förutom indragen ackreditering) då allvarligare brister identifierades vid revisionsbesöken på **förekommen anledning** avser två typer: Vad gällde brister i utförda insatser ombads vårdgivarna att återkommande rapportera till uppdragsgivaren förekomst och brister avseende till exempel antal vaccinationer och hembesök av BVC. Under 2014 infördes också vite för inte utförda hembesök av BVC. Vad gällde mer strukturella brister i bemötande och patientsäkerhet upprättades handlingsplaner för långsiktig och kortsiktig lösning på problemet vilka kontrollerades återkommande.

Exempel på konsekvenser för vårdgivare (förutom indragen ackreditering) då allvarligare brister identifierades vid **temarevisionsbesöken** är att fyra vårdcentraler fick en erinran för diagnosregistrering utan dokumenterat underlag.

4.6.2 Exempel där allvarliga brister identifierades och kvaliteten förbättrades

I det här avsnittet beskrivs ett fall där revisorerna kunde identifiera allvarliga brister vid vanlig systematisk revision baserat på en av intervjuerna med revisorerna. Dessa brister hade varit svåra att upptäcka utan att besöka vårdcentralen. Till följd av revisionen tvingades verksamhetschefen vidta åtgärder som ledde till att vårdcentralen nådde upp till en lägsta nivå på kvalitet.

Revisionen avsåg en liten vårdcentral där personalen bestod av en ekonom (verksamhetschef), en läkare (medicinskt ansvarig), en sjuksköterska och en receptionist. När revisorerna gick ett varv i lokalerna upptäcktes allvarliga brister. Först drog den ena revisorn i handtaget till ett kylskåp. Det var olåst och där inne stod det mediciner. ”*Det verkade ju inte så bra ur säkerhetssynpunkt*” konstaterade en intervjuad revisor. Vidare kunde revisorerna inte se någon akututrustning i lokalerna: Ingen akutvagn, ingen hjärtstartare och ingen syrgas.

Så satte de sig ner och samtalet mellan de medicinska revisorerna, verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren påbörjades.

*Medicinsk revisor: Vad gör ni om någon segnar ner här på vårdcentralen?
Till exempel till följd av en vaccination eller helt enkelt att man kommer hit för att man är dålig.*

Verksamhetschefen: Vi har ju så nära till sjukhuset.

Medicinsk revisor: Så då menar du att ni ska vänta på ambulans om någon får hjärtstillestånd?

”Intrycket var att verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren tyckte att det var löjligt med akutlåda, hjärtstartare och epipen” förklarade en av de intervjuade revisorerna. Vidare konstaterade revisorerna vid intervjun att sådant kan man inte kolla i några register. Vårdcentralen fick totalt 24 avvikelser och två veckor på sig att åtgärda dessa. Efter två veckor gjordes ett nytt besök och då hade de rättat till sex punkter som avsåg bemanning och inköp av akututrustning. Vårdcentralen fick 18 erinringar eftersom de inte hade åtgärdat de övriga påtalade avvikelserna och sex veckor på sig att åtgärda dessa. Revisorerna följde sedan löpande upp att utrustning samt att kompetens att använda densamma fanns på plats. De kunde konstatera att efter de sex veckorna hade vårdcentralen nått upp till en lägsta nivå vad gäller medicinsk kvalitet, framförallt vad gällde patientsäkerhet. Vårdcentralen hade då fortfarande sex punkter av de 18 att åtgärda och revisorerna fortsatte att löpande följa upp vårdcentralen för att säkerställa att kvaliteten och säkerheten vid vårdcentralen fortsatt förbättrades.

4.6.3 Exempel där bemötande och information till patienter förbättrades

Vid intervjuerna med de medicinska revisorerna kom flera exempel upp som handlade om att de identifierat brister i bemötande och information gentemot patienter då de granskat vårdcentralerna ur ett patientperspektiv. Dess brister återkopplades till verksamhetscheferna och revisorerna kunde konstatera att de hade åtgärdats vid nästkommande inplanerade revisionsbesök.

Revisorerna beskrev två exempel på där informationen till medborgare i väntrummet inte fungerade som tänkt. På en vårdcentral fanns det endast en skylt i hela väntrummet. På den stod det: I denna lokal får endast 50 personer vistas. Ur ett medborgarperspektiv kan man fundera vilket värde detta skapar för patienter. Som en av revisorerna uttryckte det: ”*Jaha, vad ska jag som medborgare göra åt det?*” På en annan vårdcentral fanns det också endast en skylt i väntrummet. På den stod det: Nolltolerans mot våld och så fanns det en bild på en pistol. Skylten var översatt på arabiska. Då har man inte ett genomtänkt medborgar- eller patientperspektiv i sin verksamhet konstaterade revisorerna. Dessa exempel påtalades under förbättringsområden i återkopplingen till verksamhetscheferna. Vid nästkommande inplanerade besök kunde revisorerna konstatera att de hade åtgärdat bristerna och att patienterna möttes av trevligare och mer ändamålsenlig information i väntrummet.

Vid ett annat besök konstaterade revisorerna att bemötandet inte fungerade. Sekreteraren i luckan tittade inte upp. Personalen hälsade inte utan pratade bara med varandra. Ingen bemödade sig att vara trevlig mot patienterna i

väntrummet. Detta återkopplade revisorerna till verksamhetschefen under förbättringsområden. Vid nästa planerade revisionsbesök kunde revisorerna konstatera att man hade tagit till sig påpekandet och åtgärdat bristen. En revisor beskrev förändringen som: *”Nu lyfte sekreteraren i receptionen blicken och visade att hon sett att vi kommit direkt. Personalen i väntrummet och inne på vårdcentralen sa: Hej, vad kan jag hjälpa dig med? Sicken enorm skillnad! Jag som medborgare känner mig sedd och kanske lite trygg också. Det är professionellt att möta medborgare med respekt.”*

4.6.4 Exempel där revisorerna i Region Skåne kunde hjälpa ett annat landsting

En vårdgivare som var etablerad inom Region Skåne ansökte om att få starta i annat landsting. Det andra landstinget tog kontakt och fick ta del av diarieförda handlingar kring relativt omfattande brister i medicinsk kvalitet. Det andra landstinget har då justerat sina ackrediteringsvillkor enligt: *”Beställaren kommer att bedöma om sökanden kan uppfylla verksamhetskraven utifrån beskrivningarna i ansökan och eventuella tidigare uppdrag inom området.”*

4.7 VÄRDET AV MEDICINSK REVISION

I detta avsnitt presenteras åsikter om medicinsk revision i primärvården i Region Skåne sett dels ur verksamhetschefers perspektiv och dels ur revisorernas perspektiv. Åsikterna från verksamhetschefernas perspektiv bygger på resultaten från web-enkäter. Åsikterna från revisorerna bygger på vad som framkommit vid intervjuerna.

4.7.1 Värdet av medicinsk revision enligt verksamhetschefer

Baserat på resultat från den web-enkät bland alla verksamhetschefer som haft ett revisionsbesök som skickades ut 2011 respektive 2012⁶³ redovisas åsikter om värdet av medicinsk revision sett ur verksamhetschefers perspektiv härnäst.

Revisionsbesökets värde (skala 1-6 där 6 är bäst) uppskattades till i genomsnitt till 4.6 för verksamhetschefen och 4.3 för själva verksamheten in 2011 års enkät och 4.8 respektive 4.6 i 2012 års enkät. Revisionsbesöken har utgjort ett stor värde för både verksamhetschefen och själva verksamheten enligt enkäterna. Vidare visar enkäten att besöken uppskattas något mer vid andra mätningen.

63 Fem frågor på tre minuter. Ppt-presentation 2011; Web-enkät om värdet av revisionsbesöken 2012. Ppt-presentation.

På den öppna frågan ”Vad var bra med besöket?” var det ett flertal åsikter som återkom bland många verksamhetschefer. Dessa var likartade vid både 2011 och 2012 års enkät. Åsikterna listas nedan:

- Att få delta i en dialog med beställaren.
- Att få se sin verksamhet med andra ögon.
- Lärande genom att ta del av andras erfarenheter.
- Att bättre kunna förstå kraven på verksamheten.
- Att få konkreta tips och råd om hur man kan förbättra verksamheten.
- Att få en helhetsbild (en strukturerad genomgång) av verksamheten.
- Att få hjälp att identifiera förbättringsområden.
- Att få möjlighet att diskutera uppdraget och vad det finns för förväntningar från uppdragsgivaren.
- Att få möjlighet att visa sin kvalitet utöver vad som visas i inrapporterad data.
- Det är bra med kontroll.
- Att revisorerna är pålästa.
- Att revisorerna har ett patientperspektiv i sitt arbete.
- Att ha personlig kontakt med uppdragsgivaren.
- Att få bekräftelse, personlig feedback och att bli sedd av uppdragsgivaren.

På den öppna frågan ”Förslag på förbättringar?” var det också ett flertal synpunkter som återkom bland många verksamhetschefer. Dessa var till viss del lika i sin karaktär vid 2011 års jämfört med 2012 års enkät.

- Skicka ut frågorna innan besöket (2011 och 2012).
- Ge tillgång till aktuella siffror och underlag innan besöket (2011).
- Ge skriftlig återkoppling på besöket (2011).
- Ha checklista så innehållet blir detsamma vid besöken (2011).
- Bli bättre på kunskapsöverföring avseende förbättringsförslag mellan enheter (2011).
- Mindre pekpinar (2011).
- Önskar uppdaterad information/tillgång till enhetens resultat löpande (2012).
- Önskar en fast kontaktperson hos uppdragsgivaren (2012).
- Önskar bättre information med uppdaterade länkar på uppdragsgivarens hemsida (2012).

4.7.2 Värdet av medicinsk revision enligt revisorerna

Baserat på intervjuer med samtliga personer som arbetat som medicinska revisorer under 2009-2014 redovisas i det här avsnittet deras åsikter om värdet av medicinsk revision i löpande text och i punktform. Punkterna motsvarar inte exakta citat från de intervjuade revisorerna men uttalanden vid intervjutillfällena.

Revisorerna uttryckte på olika sätt att revisionen är ett värdefullt instrument för att minska gapet mellan de krav som Region Skåne ställer i kravboken (det som vårdgivare måste uppfylla enligt ackrediteringsvillkoren) och det som vårdgivare levererar. Dels har det handlat om att förklara och tolka det som står i kravboken för vårdgivare. Dels har det handlat om att inhämta information till

avtalsförvaltaren inför revideringar av kravboken och ackrediteringsvillkor baserat på information om vad som går att realisera i praktiken. Några exempel på detta som kom upp vid intervjuerna är:

- Det fattas översättare i hälso- och sjukvården. Uppdragsgivaren skriver kravböcker och klär i pengar – det är det som är styr och ersättningssystemet. Sen skickas detta till verksamhetschefer. Ledningen måste läsa och förstå. Styr- och ersättningssystemet ska inte behöva tolkas av personalen utan måste översättas av verksamhetschefen. Här fyller revisionen en viktig roll i att hjälpa verksamhetschefer. De som ska ta hand om de svårast sjuka eller jobba med tillgänglighet och bemötande ska inte behöva tolka kravboken. De drivs ju av inre professionella drivkrafter.
- Att krympa gapet mellan förväntningarna och det som vårdgivare levererar innebär att man översätter kravspecifikationen. Har man många sjuka och högt ACG får man extra pengar. Personalen ska förstå att de ska lägga krut på till exempel reumatiker och diabetiker över 85. Detta ska ligga i den kontinuerliga verksamhetsutvecklingen. Men personalen ska inte behöva förstå innebörden av ACG eller CNI.
- Region Skåne ska vara en lärande organisation. Detta har vi varit bärande av i och med att vi har tagit med oss erfarenheter och uppfattningar från verksamhetschefer in i arbetet med kravboken.
- Vad som är bra och vad som uppfattas som dåligt i verksamheten har vi kunnat signalera till avtalsförvaltaren. Verksamhetscheferna har känt att de har kunnat påverka utvecklingen och innehållet i villkoren.
- Kunskapsstyrning förutsätter dialog. Sammanhangskunskap är ett nyckelord. Villkoren kan bli mer ändamålsenliga och verksamhetsanpassade. Verksamhetscheferna får en förståelse för vad som förväntas. Varför ändrade uppdragsgivaren detta? Jo, för att vi såg att X fungerande inte men Y verkar fungera. Att höra vad enheterna har för erfarenheter är ett av syftena med revision. Villkoren kan anpassas till vardagen/verkligheten.

Revisorerna poängterade också att den medicinska revisionen är värdefull för att hjälpa vårdgivare utveckla och förbättra kvaliteten i sin verksamhet utifrån ett medborgarperspektiv. Detta har handlat om att ge hjälp till verksamhetschefer kring hur man kan öka eller bevara en god täckningsgrad och att öka ändamålsenligheten i de insatser som görs i primärvården. De medicinska revisionsbesöken beskrevs som ett sätt för revisorerna att ta med sig och sprida goda erfarenheter och framgångsfaktorer mellan vårdgivare och vårdgrannar samt från studier. Revisionen har till stor del handlat om spridning av goda exempel utifrån det medicinska kvalitetsarbetet och patientbemötande och om kontaktskapande. Några punkter som illustrerade detta vid intervjuerna är:

- Samtalen utgår ifrån att man ska skapa kvalitet för medborgare. Innehåll och kvalitet, tillgänglighet, lyhördhet, kontinuitet är i fokus. Vi läser fritext från NPE (nationella patientenkäten) för det ger en bild av bemötandet som inte alltid fångas i betyget vårdgivaren får i NPE.
- Det är viktigt att ta lärdom av bra exempel! Därför är det värdefullt att besöka alla enheter. Det är viktigt att även besöka de vårdgivare som är bra. Vi tar med erfarenheter till andra vårdcentraler. Gärna med samma förutsättningar. De här borta har samma förutsättningar som ni men klarar det här och det här. De gjorde så här för att lösa problemet. Vi medlar och ibland ger vi till och med kontaktuppgifter. Vi lär oss också mycket som huvudman.

- Verksamhetsförbättring och kvalitetsarbete är i fokus. Sambandsförståelse! Oj, nu förstår jag hur alla de här sakerna hänger ihop sa en läkare som jobbat i fem år i hälsovalet. Förstår äntligen varför vi har de här indikatorerna.
- Man måste träffa de bra enheterna för att kunna klara av att träffa de som inte är bra. Vi tar med erfarenheter från de bra till de som behöver utvecklas och jobba med kvalitet.
- Revisionen är uppbyggd ur ett medborgarperspektiv. Vilken information får jag? Talar de om vad de erbjuder? Vi lyfter upp målgruppen. Vi ser på tillgänglighet. Hur ska den aktuella målgruppen nås? Kan personer med psykisk ohälsa ringa in direkt? Hur riggar man för planerade hembesök? Att ha ett medborgarperspektiv och hur kopplar vi detta till ackrediteringsvillkoren? Vad finns det för skyltar? Vad möter mig som patient?

Att öka motivationen bland dem som är ute i verksamheterna och arbetar med patienter och på så sätt bidra till en bättre vård för medborgarna lyftes också fram som ett värde med den medicinska revisionen. Revisorerna menade att när människor ute i verksamheterna blir lyssnade på så skapas delaktighet och förtroende. En del i värdet med revisionen beskrevs utifrån detta som delaktigheten, att jobbet känns angeläget ute i verksamheterna. Vid dialogmötena fångas den inre professionella drivkraften och sätter den i system. Några punkter som illustrerar detta är:

- På flera vårdcentraler har verksamhetschefen sagt kommentarer som: ”När kommer ni nästa gång?”, ”Nej, dröjer det så länge som ett år.” och ”Detta gav mer än vad vi förväntade oss!”
- Jag tror att vi revisorer kunde ge energi till verksamhetscheferna. Lite konkreta tips och lösningar på problem. Jobbet i sjukvården är tungt ibland och då behöver man få en energikick för att orka gå vidare. Även de allra bästa enheterna brukar lära sig något vid varje besök.
- Kunskapsstyrning innebär att vårdgivare ska följa vårdprogram och att styra på kvalitet blir att styra på följsamhet till dessa. Men det är inte så man får folk att göra det man vill. Dialog och delaktighet är nyckeln i en organisation där starka professionella drivkrafter finns!
- Verksamhetscheferna är så glada att få prata om innehållet. Pengar och resurser diskuterar man på annat håll. Detta är enda forumet där man pratar om innehåll och kvalitet ur ett medborgarperspektiv.
- Dialog är nödvändigt om man vill ha till en förändring. Att styra med Excel-ark är inte framgångsrikt. Folk duckar ju då. Man måste arbeta med de starka professionella drivkrafter som finns. Måste styra i dialog och inte med protokoll. Blir bara pappersprodukter då.

Revisorerna uttryckte också på olika sätt att revisionen är ett sätt att skapa en god relation mellan uppdragsgivare och verksamheter vilket i sin tur skapar motivation till förändring/förbättring bland verksamhetschefer och personal på vårdenheterna. En del i värdet med revisions beskrevs som att alla verksamheter känner sig sedda och att detta bygger en god uppdragsgivarrelation. Denna ger i sin tur vårdgivare som är trygg i sina avtalsformer vilket skapar motivation som ger värde och trygghet för patienter. Exempel på detta som kom upp vid intervjuerna är:

- Den medicinska revisionen har varit en av eller kanske den allra största förtroendeskapande åtgärden för uppdragsgivaren i verksamheterna. Har varit en framgångsfaktor när man vill ändra något eller införa någon förändring. Förändring av ackrediteringsvillkor har också skett i linje med vad som framkommit vid revisionsmötena.
- Förtroende kan kännas men inte mätas och skapar i sin tur följsamhet till förändringar samt förståelse och tolerans när det krånglar. Till exempel när IT-systemen inte fungerar.
- Förtroendet måste underhållas även om man har arbetat upp goda relationer med de flesta verksamheterna nu. Verksamhetschefer byts ut. Förtroendet kommer inte finnas kvar annars. Då blir det en strikt avtalsrelation mellan verksamheter och uppdragsgivare.
- Den medicinska revisionen är som ett utvecklingssamtal som skapar relationen och närhet. Det kan man aldrig få genom styrning med dokument och pinnar. Man kvitterar, var är vi här och nu, vad vill vi se framöver och vad ska vi göra för att komma dit?
- I början var många verksamhetschefer negativa. Visste inte vad revision innebär. Såg bara kontrollfunktionen. Sen blev de positivt överraskade när de upptäckte att de kunde få hjälp att verksamhetsutveckla och även att de kunde vara med och utveckla hälsovalet och påverka kraven eller kriterierna för att få ingå.

Revisorerna uttryckte att dialogen vid den medicinska revisionen gav förutsättningar att skapa en god bild av vårdgivares verksamhet genom att få ihop helheten från olika informationskällor. Den medicinska revisionen beskrevs som ett verktyg för att kunna göra en nyanserad och rättvisande bedömning av verksamheten. Revisorerna menade att registerdata aldrig kan räcka för att visa kvalitet i primärvård. Alla indikatorer kan ifrågasättas och registerdata kan aldrig visa en helhetsbild. Sådant som vårdhygien, klädsel, bemötande och aktuell info i väntrummet syns inte i registerdata. Däremot kan registerdata visa vissa mönster. De kan ge en bild av var man lägger sitt krut, till exempel om man satsar på äldre men skriver ut läkemedel lite slarvigt. Många exempel på detta kom upp vid intervjuerna:

- Vid besöken kan vi bedöma realkompetensen i ledningen och verksamheten. Formell kompetens som kan utläsas i siffror ger begränsad information. Det är inte alltid samma sak som den reella kompetensen.
- Medicinsk revision är ett komplement vad gäller att fånga vad man gör med extra tilldelade resurser. Idealet hade varit registerdata och det kvalitativa på plats. Registerdata är en utgångspunkt för samtalet men den räcker inte för att ge en täckande bild av hur verksamheten bedrivs. Oftast bekräftas bilden vid besöket av registerdata snarare än tvärt om.
- Man kan inte få den sanna bilden av verksamheten genom att mäta indikatorer. Indikatorer mäter bara följsamhet. Bara en lite del av kvalitet. Mäter inte omvårdnads kvalitet, trygghet för patienten, helhetssyn, vilken anda man har, hur man individualiserar vården och samverkan kring patienten. Detta är subtilt och kan inte mätas i indikatorer. Revisionen ger svar på frågor som: Hur gör ni i praktiken? Konkreta exempel?
- Revisionen handlar om skarp ansvarsutkrävning också, inte bara verksamhetsutveckling. Inte heller här räcker pinnstatistik. Vi vet inte om det vi mäter är det rätta eller det lätta. Den måste kvarnas ihop och man måste fråga varför den ser ut som den gör. Vi kan inte mäta allt. Mycket av det som görs i vården är inte mätbart! Saker kan vara mätbara i sina

isolerade händelser. Men alla händelser hänger ihop. Dialogen är viktig för att se ur helheten ser ut på basis av alla dessa händelser.

- Revisionen ger kunskap om vad som är vettigt att lägga krut på. Vi ska inte mäta allt. Vi ska mäta det där vi vill se mest förändring. Fokusera det som är viktigt. Och sen ta med den infon som finns i register när ni går ut till vårdgivaren. Men vi måste kolla annat också. Telefonväxel till exempel kan inte visas av system.
- Får vi en regisserad bild eller en verklig bild? Det är svårt att säga. Folk verkar komma som de är. Med ringar, klockor och allt. Fördelar med revision är att man får en känsla av hur det är när man är på plats. Med tiden blir magkänslan god. Det räcker nästan att komma in på vårdcentralen för att få en känsla av om det är en väl fungerande verksamhet eller inte.
- Kvalitet i vården handlar om läkekonst. Läkekonst är inte bara naturvetenskap. Det är något mer. Detta något mer kan inte mätas i register. Det är de som sker i mötet mellan patienter och vårdgivare.
- Mervärdet med mötet/dialogen utöver register är helhetsperspektivet och samtalet. Vi kan koppla ihop delar. Läkekonsten – värdet som ligger däri – kan man inte fånga i register.
- Den gamla modellen gick ut på att man skulle hinna med ett antal besök och så vidare. Då fanns det lätta mått för uppföljning. När det handlar om att styra på kvalitet är det mer komplicerat. Pinnstatistik kan visa en liten del av kvalitet men de flesta förstår att kvalitet är mycket större och mycket mer än så.

Flera kommentarer handlade om att medicinsk revision i primärvården är ett sätt att förbättra informationen om vårdgivare för andra att ta del av. Dessa kommentarer var mycket likartade varför endast två exempel redovisas på detta tema:

- Ett sätt att hjälpa vårdcentraler bli bättre på att presentera och marknadsföra sig själva på egna hemsidor och 1177.
- Ett sätt att hjälpa vårdgivare att bli bättre på att dokumentera och registrera sin verksamhet. På så sätt leder medicinsk revision till att den bild som ges av en vårdcentral i register blir mer rättvisande.

Flera synpunkter handlade om att det finns ett värde i revisionen i termer av att följa upp primärvården utifrån kunskap om just primärvård specifikt och inte hälso- och sjukvård generellt. Revisorerna tog upp att är viktigt att arbeta tvärprofessionellt när det handlar om uppföljning i primärvården eftersom det finns flera ingångar i primärvården. De tog också upp att det är svårt att mäta kvalitet i primärvård, att man kan följa lite med kvalitetsindikatorer men att man måste vara på plats och se vad som händer i verksamheten för att kunna bedöma kvaliteten i arbetet:

- Vad behövs för att revisionen ska fungera? En organisation som är riggad för revision. Måste kunna ha rätt kompetens, rätt kunskap och rätt idéer om vad primärvård är. Organisationen måste stödja detta. Mot bakgrund av vad ideologin om vad primärvård är.
- Det finns en massa register. Och så finns kompetensen att utvärdera primärvård utifrån ett patientperspektiv. Den kompetensen är inte densamma som att utvärdera sjukvården generellt.

- Primärvård är inte specialistvård. Måste behålla glasögon, spetskompetens och perspektiv för just primärvård. Man kan inte blanda ihop uppföljning/revision för primärvård med specialistvård. Om revisionen ska delta i utvecklingen måste man ha detta perspektiv. Rent fiskala uppdraget kan man kanske blanda men inte utvecklingsdelen.

KAPITEL 5

RESULTATDISKUSSION

I det här avsnittet diskuteras erfarenheter från medicinsk revision i primärvården i Region Skåne under 2009-2014 med hänsyn till de frågeställningar som redovisades inledningsvis: Vilken var bakgrunden till och syftet med införandet av regelbunden systematisk medicinsk revision från Region Skånes sida? Vilken roll har den medicinska revisionen haft? Hur har förekomsten och formerna för medicinsk revision sett ut? Vilka konsekvenser har medicinsk revision inneburit för vårdgivare i primärvården? Vilket värde har medicinsk revision utgjort för patienter, vårdgivare och huvudmän? Kan några generella slutsatser kring styrning i dialogform dras av de skånska erfarenheterna? Men innan frågeställningarna avhandlas finns en kort diskussion om det empiriska material som använts i studien och vilka begränsningar detta kan innebära för studiens resultat.

5.1 EN FALLSTUDIE AV MEDICINSK REVISION I PRIMÄRVÅRDEN I REGION SKÅNE

Den främsta källan till information i den här studien är de personer som arbetat med medicinsk revision i Region Skåne. Det empiriska material som använts för att ge en bild av bakgrund och syfte med den medicinska revisionen, formen för revisionsbesöken, dess roll och konsekvenser samt dess värde är ganska omfattande. De olika delarna i det empiriska materialet ger en samstämmig bild. De syften som redovisats i intervjuerna är samstämmiga med vad som återfinns i de granskade dokumenten. Likaledes stödjer granskade dokument och registerdata från hela den studerade perioden de intervjuade revisorernas uppfattning om konsekvenser av den medicinska revisionen.

En brist i studien att inget material är inhämtat från andra som påverkar/påverkat arbetet med medicinsk revision, såsom ledningen och verksamhetschefer. Intervjuerna och observationerna genomfördes hösten 2014, det vill säga efter ledningens beslut om att förändra verksamheten hade fattats. Det finns en risk att den positiva bild av medicinsk revision som framkommit i intervjuerna är färgat av vetskapen om detta beslut. Det kan vara så att de som deltagit i verksamheten vill ge en god bild av det arbete man har utfört och att denna bild hade kunnat nyanseras med information från ledningens sida. Svaren från verksamhetscheferna i den webbenkät som skickades ut 2011 och 2012 visar på en bild som ligger mycket nära den som revisorerna gav uttryck för. Resultaten från enkäten ger också en positiv bild av verksamheten med medicinsk revision

och dess värde. Enkätens avsändare var dock revisorerna och bilden skulle kunna ha varit annorlunda om en annan oberoende part hade stått bakom utskicket till verksamhetscheferna alternativt om information hade inhämtats från verksamhetscheferna direkt.

5.2 STYRNING OCH UPPFÖLJNING BASERAT PÅ DIALOG

Baserat på vad som framkommit om medicinsk revision i skånsk primärvård kan några generella slutsatser dras kring vad som kan ingå i en modell för styrning baserat på dialog. Dessa gäller förutsättningar för att en verksamhet med medicinsk revision ska fungera, dess roll och dess form.

5.2.1 Förutsättningar för styrning baserat på dialog

Det lyftes fram som ett viktigt inslag i intervjuerna att för att styra och följa upp primärvård behövs kompetens om just primärvård. Flera synpunkter från revisorerna handlade just om att det fanns ett värde i revisionen i termer av att följa upp primärvården utifrån kunskap om just primärvård. Arbetet med att utveckla modellen för att styra och följa upp primärvården i Region Skåne har bedrivits med fokus på primärvård specifikt och inte på sjukvård generellt. När verksamheten byggdes upp rekryterades personer på ett sätt så att arbetet blev tvärprofessionellt. Detta ansågs som viktigt eftersom det finns flera ingångar i primärvården. Man försökte inledningsvis besvara frågor som: Vad kan ingå i kvalitet i primärvården och hur kan vi samla in information om detta? Vad är möjligt att mäta för just primärvård? Primärvård beskrivs av revisorerna som svårare att styra och följa upp jämfört med annan vård. En del av värdet med den medicinska revisionen utgjordes därför av att revisorerna uteslutande arbetade med uppföljning av primärvård och kunde ha just det perspektivet genomgående. I detta ligger att arbeta tvärprofessionellt med styrning av vårdgivare. I detta ligger också att dialog är en viktig komponent eftersom det är än svårare att med hjälp av pinnstatistik mäta kvalitet i primärvården än i annan vård, enligt revisorerna. Kvalitet i primärvård handlar om mer än ren medicinsk kvalitet.

Den generella slutsats som kan dras från detta är att förutsättningar för att bygga upp en verksamhet kring medicinsk revision kräver att det finns personer med kompetens för att utvärdera den aktuella verksamheten och en organisation som stödjer detta. Detta ligger i linje med de principer för kvalitetsrevision som Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet lyfter fram i sin rapport från 2002. Här lyfts den medicinska kompetensen fram som den viktigaste parametern hos den medicinska revisorn, framför den generella kompetensen kring metodfrågor om revision.

5.2.2 Den medicinska revisionens roll – stödjande eller fiskal

Revisorerna lyfte fram att den medicinska revisionen i Region Skåne skulle vara ett partnerskap mellan uppdragsgivare och utförare. Huvuddelen skulle vara en stödjande roll genom att vara på plats ute i verksamheterna med regelbundenhet. I intervjuerna kom också exemplet från Jönköpings län upp där man använt en modell för att stödja verksamhetsutveckling genom att allmänläkare var ute på vårdcentraler och delade erfarenheter mellan vårdgivare. Även i artikelserien om medicinsk revision i Läkartidningen från 1990-talet (avsnitt 2.3.1) framhålls att medicinsk revision ska handla om stöd snarare än kontroll. I Region Skåne har man dock kombinerat den stödjande rollen med den kontrollerande eller fiskala rollen även om tyngdpunkten legat på att vara stödjande. Också i rapporten från Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet från 2002 finns det tankar om att medicinsk revision kan fylla en roll vid uppföljning av ett avtal eller en vårdöverenskommelse vid sidan om att stödja kvalitetsarbete. Den generella kunskapen från detta blir att den medicinska revisionens roll kan vara antingen stödjande eller fiskal eller en kombination av dessa, beroende på vilket syfte som finns med den dialogbaserade styrningen och uppföljningen. En risk med att betrakta revisionen som ett partnerskap kan vara att man uppnår god kvalitetsutveckling men på bekostnad av att revisorerna tappar i oberoende, objektivitet och integritet, framförallt vad gäller den del som handlar om uppföljning och ansvarsutkrävning. I en modell där man separerar den stödjande och den fiskala delen, såsom i Jönköping, kan en sådan risk undvikas. Detta potentiella dilemma utreds dock inte vidare inom ramen för denna rapport.

5.2.3 Den medicinska revisions form och innehåll

Formen för eller innehållet i den medicinska revisionen inom ramen för den modell som studerats kan beskrivas i termer av sex delar. Den första delen har varit att meddela verksamhetschefen om det kommande revisionsbesöket i förväg. Detta har skett i alla fall utom vid besök på förekommen anledning. Den andra delen har varit att skapa en övergripande bild av verksamheten som i sig inte förutsätter ett besök genom att ta del av sådan information om den aktuella vårdcentralen som finns tillgänglig i register, från tidigare besök och på annat håll. Detta har handlat om förutsättningar för vårdcentralen i termer av egenskaper bland de listade, lokalisering av vårdcentralen och information om personal men också om utfall i olika indikatorer som speglar vårdens kvalitet samt eventuella klagomål från patienter och vårdgrannar. Den tredje delen har handlat om att närma sig vårdcentralen utifrån ett medborgarperspektiv och besvara frågor som vilken information finns tillgänglig på hemsidor och vad man som patient möts av i sin kontakt med vårdcentralen i telefon, entrén, receptionen och väntrummet. Den fjärde delen har handlat om själva dialogen med verksamhetschefen och den medicinskt ansvarige läkaren. Ambitionen här har varit att ha ett samtal utifrån de förutsättningar som råder på den aktuella

vårdcentralen med fokus på hur vården för den aktuella patientgruppen kan bli så bra som möjligt. Den femte delen har varit att analysera och sammanställa all information och därigenom göra en samlad bedömning av hur väl vårdgivaren lever upp till de förväntningar som funnits från huvudmannens sida. Den sjätte delen har varit att skriftligen återkoppla till verksamhetschefen om förbättringsområden och eventuella avvikelser. I de fall det har funnits stora avvikelser har en sjunde del bestått i att följa upp hur dessa åtgärdas.

Generellt kan man tänka sig att styrning baserat på dialog alltid innehåller del fyra och fem oavsett vilken verksamhet som avses. De delarna kan på så sätt betraktas som kärnan i en modell för styrning baserat på dialog. De andra delarna kan däremot variera givet förutsättningar och syfte med den dialogbaserade styrningen. Till exempel kan det finnas en poäng i att inte meddela vårdgivaren i förväg om revisionen ska fylla en fiskal roll snarare än en stödjande såsom i fallet vid besök på förekommen anledning eller vid temarevision för att kontrollera om det fanns allmänläkare på plats.

5.3 SYFTET MED DEN SKÅNSKA MODELLEN FÖR MEDICINSK REVISION I PRIMÄRVÅRDEN

Modellen för styrning i primärvården i Region Skåne har vuxit fram över den period som studerats. Också syftet med den medicinska revisionen vuxit fram över tid i takt med att formerna för verksamheten har utmejslats baserat på den kunskap som samlats in vid de 150-250 gjorda revisionsbesöken per år. Detta framkommer om man läser hur syftet specificeras i verksamhetsberättelserna för de olika åren under 2009-2014 och i hur revisorerna har beskrivit fem års erfarenheter av medicinsk revision.

Det övergripande syftet alltsedan modellen började utvecklas kan beskrivas som att man ville minska gapet mellan beställarens önskemål och det som vårdgivare levererar. I takt med att revisorer och huvudman har fått en ökad kunskap om vad som fungerar i praktiken ute i verksamheten i skånsk primärvård och att vårdgivare fått ökad kunskap om vad det innebär att verka inom Hälsoval Skåne har de specifika delar som modellen syftat till att åstadkomma vuxit fram. Praxis har på så sätt befruktat den formella modellen och dess syften kontinuerligt. Inledningsvis fanns det specifika syften kopplat till att ta fram kvalitetsindikatorer som kändes relevanta för både beställare och utförare och att säkerställa god rapportering till register från vårdgivare. När man efter något eller några år hade identifierat sådana indikatorer samt kunde konstatera att en överväldigande majoritet lärt sig rapportera på ett adekvat sätt togs dessa syften bort.

Det övergripande syftet med den medicinska revisionen har landat i tre delar som har legat fast under åren 2012-2014 enligt verksamhetsberättelserna från

denna period. Dessa kan beskrivas i termer av uppföljning och ansvarsutkrävning, verksamhetsutveckling och att skapa en god beställare-/utförarrelation.

5.3.1 Uppföljning och ansvarsutkrävning

En del har handlat om att följa upp hur tilldelade resurser används och hur verksamheterna fungerar samt att utkräva ansvar av vårdgivare. Denna del kan beskrivas som den medicinska revisionens fiskala roll och är direkt kopplad till den formella styrningens uppföljning och ansvarsutkrävning. Detta uttrycks som ”att säkerställa att vårdgivarna bedriver en verksamhet i överensstämmelse med de krav Region Skåne ställer” i verksamhetsberättelserna. Denna del kan tyckas vara minst problematisk att beskriva och analysera. Det handlar helt enkelt om att alla vårdgivare ska uppfylla de formella krav som finns i ackrediteringsvillkoren om de ska få bedriva primärvård och få ersättning inom Hälsoval Skåne. Konsekvenser för vårdgivare där man identifierat brister är olika allvarliga. Graden av hur allvarlig konsekvensen blir hänger ihop med hur allvarlig den identifierade bristen anses vara.

Mindre avvikelser och identifierade förbättringsområden har resulterat i rekommendationer för vårdgivarna. Dessa har följs upp i huvudsak vid nästa planerade revisionsbesök. Den mildaste formen av konsekvens kan därför sägas ha varit att revisorerna kontrollerat att vårdgivaren har åtgärdat bristen vid nästa inplanerade revisionsbesök. Denna typ av konsekvens handlar egentligen inte om skarp ansvarsutkrävning eftersom de förbättringsområden som identifierats inte har inneburit att vårdgivare brister vad gäller att uppfylla kvalitetskrav eller ackrediteringsvillkor. Det har snarare handlat om förbättringsarbete vid vårdcentraler, det vill säga verksamhetsutveckling (se nästa stycke).

Vi något allvarligare brister har konsekvensen för vårdgivaren varit att inom en viss tid (vanligen några månader) redovisa för revisorerna hur man har tagit sig an återkopplingen och avhjälpt de påtalade avvikelserna. Om dessa inte åtgärdats och i de fall allvarliga avvikelser har identifierats har revisorerna lämnat över vad som framkommit vid revisionen till avtalsförvaltaren. Konsekvensen för vårdgivaren har då kunnat bli en erinran eller en varning och att inom en viss tid redovisa hur man har avhjälpt de påtalade avvikelserna om man vill fortsätta bedriva primärvård inom hälsovalet. Denna typ av konsekvens har lett till att vårdgivare som tidigare uppvisade allvarliga brister avseende kvalitet och patientsäkerhet har anpassat sin verksamhet och vidtagit åtgärder så att de minst uppfyller de grundläggande kvalitetskraven för att få bedriva vård inom hälsovalet.

Den allvarligaste formen har varit att vårdgivaren mist sin ackreditering och inte fått fortsätta verka inom hälsovalet. Revisorerna har följt samma arbetsgång och bedömt privata och offentliga vårdgivare enligt samma kriterier. Dock verkar

offentliga och privata vårdcentraler ha hanterat allvarliga brister på olika sätt. Sedan hälsovalet infördes har totalt sex vårdcentraler tvingats upphöra med sin verksamhet inom hälsovalet till följd av att revisorerna konstaterat brister i kvalitet eller att man inte har följt kravspecifikationen. Tre privata vårdcentraler har fått sin ackreditering indragen till följd av brister som har identifierats medicinsk revision, där vårdgivaren har valt att bortse ifrån eller inte har haft möjlighet att åtgärda identifierade brister. Tre offentliga vårdcentraler valt att självmant stänga till följd av brister som har identifierats medicinsk revision och som de inte har haft möjlighet att åtgärda. Vad denna skillnad mellan privata och offentliga vårdgivare beror på har inte närmare undersökts i den här studien.

5.3.2 Verksamhetsutveckling

En annan del har handlat om att hjälpa vårdgivare förbättra sin verksamhet så att primärvården i Region Skåne kontinuerligt utvecklas ur ett medborgarperspektiv. Denna del kan beskrivas som den medicinska revisionens stödande roll. Den är också kopplad till den del av den formella styrningen som handlar om planering. Revisorerna har bedömt verksamheter i primärvården utifrån ett medborgarperspektiv och utifrån kunskap om primärvårdens specifika förutsättningar. Vid de återkommande samtalen har revisorerna kunnat dela med sig till verksamhetschefer av tips och lösningar på problem som de har observerat vid besök på andra vårdcentraler. Revisorernas praktiska kunskap har baserats på de 150-250 revisionsbesök som har gjorts årligen samt en erfarenhet av att arbeta i primärvården såväl med patienter som med verksamhetsledning. När revisorerna identifierat mindre avvikelser och förbättringsområden har dessa resulterat i rekommendationer till vårdgivarna. Dessa har förmedlats i den återkoppling som skickats till verksamhetschefen efter varje revisionsbesök och har i huvudsak följts upp vid nästa planerade revisionsbesök. Konkret har denna typ av konsekvens för vårdgivare lett till att de allra flesta vårdgivare kontinuerligt har arbetat med att anpassa sin verksamhet utifrån ackrediteringsvillkoren samt att måluppfyllelsen avseende framtagna kvalitetsindikatorer har förbättrats fortlöpande. Detta har bland annat handlat om mer ändamålsenliga lokaler, mer relevant information till medborgare, bättre bemötande, bättre efterlevnad till hygienkrav och mer strukturerat arbetssätt med multisjuka äldre.

5.3.3 En god beställare-/utförarrelation

En tredje del har handlat om att skapa goda relationer mellan uppdragsgivare (Region Skåne/hälsovalskontoret) och vårdgivare. Denna del har inslag av både den fiskala och den stödande rollen. Revisorerna uttryckte att en viktig funktion med revisionen har varit att den är ett sätt att skapa en god relation mellan uppdragsgivare och verksamheter. Detta beskrevs i sin tur kunna skapa motivation till förändring och förbättring bland verksamhetschefer och personal på vårdenheterna vilket kan betraktas vara en del i den stödande rollen. De

förslag till förbättring som framkom genom webbenkäten till verksamhetschefer visade också på att det fanns en önskan om förbättra denna relation och kommunikationen med uppdragsgivaren från utförarnas sida. Till exempel framkom det förbättringsförslag om att ha en uttalad kontaktperson hos uppdragsgivaren och att informationen som kommer från Region Skåne ska vara bättre uppdaterad och tillgänglig.

Men en god relation mellan uppdragsgivare och utförare kan också betraktas som en del av den medicinska revisionens fiskala roll och kopplat till den del av den formella styrningens som handlar om uppföljning. Om system för styrning ska möjliggöra för att de vårdgivare som gör ett bra arbete belönas medan de som gör ett sämre arbete bestraffas behöver de som ska bedöma verksamheten tillgång till verktyg som ger en god bild av det arbete som bedrivs. Goda relationer och att vara på plats ute i verksamheterna beskrevs i intervjuerna som en förutsättning för att kunna få en rättvisande bild av arbetet med patienter och samverkan med andra. Att inte vara på plats och underhålla de goda relationerna kan leda till en risk att man tvingas följa upp vårdgivare baserat på sådan information som enkelt går att mäta kvantitativt men som inte nödvändigtvis speglar kvaliteten på verksamheten.

5.4 VÄRDET AV MEDICINSK REVISION I SKÅNSK PRIMÄRVÅRD

Såväl verksamhetschefer som medicinska revisorer uttryckte att det finns ett värde i medicinsk revision för vårdgivare, huvudmän och patienter. Medicinsk revision har positiva effekter som styrning baserat på pinnstatistik inte kan åstadkomma. Övergripande kan värdet summeras i termer av att den medicinska revisionen har handlat om att säkerställa och utveckla kvaliteten i den vård som skåningarna får.

5.4.1 Värdet för verksamheterna har ökat över tid

När verksamhetscheferna fick uppskatta revisionsbesökets värde för verksamhetschefen och för själva verksamheten blev betyget högt. Värdet var i genomsnitt 4.6 för verksamhetschefen och 4.3 för själva verksamheten i 2011 års enkät och 4.8 respektive 4.6 i 2012 års enkät (skala 1-6 där 6 är högst värde). Här kan man notera åtminstone två saker. Den första är att revisionsbesöken utgör ett stort värde för både verksamhetschefen och själva verksamheten. Den andra är att besöken uppskattas något mer vid andra mätningen jämfört med den första. Huruvida denna trend fortsatte under de kommande åren med medicinsk revision går inte att säga något om eftersom enkäten inte har skickats ut efter 2012. Däremot kan den mer positiva synen på revisionsbesöken då verksamheten pågått en tid speglas till innehållet i revisionsbesöken. Dialogen under de första åren handlade i stor utsträckning om att förklara

ackrediteringsvillkor och att utveckla kvalitetsindikator i primärvården. Gradvis kom innehållet i dialogen mer att handla mer om verksamhetsutveckling utifrån de specifika behov och förutsättningar som råder på respektive vårdcentral. Därför kan verksamhetschefer uppleva värdet som större över tid.

5.4.2 Värdet är kopplat till den medicinska revisionens roll

När de medicinska revisorerna fick berätta om vad de upplevde utgjorde värdet av medicinsk revision var det många punkter som lyftes fram. Synpunkterna knyter i många fall direkt an både till den medicinska revisionens tre delar (ansvarsutkrävning, verksamhetsutveckling och att skapa en god beställare-/utförarrelation) och till dess roller, nämligen den stödjande och den fiskala.

Revisorerna uttryckte att dialogen vid den medicinska revisionen gav förutsättningar att skapa en god bild av vårdgivares verksamhet genom att få ihop helheten från olika informationskällor. Revisorerna uttryckte också på olika sätt att revisionen har varit ett värdefullt instrument för att minska gapet mellan de krav som Region Skåne ställer i kravboken och det som vårdgivare levererar. Detta har handlat dels om att förklara och tolka det som står i kravboken och dels om att inhämta information till avtalsförvaltaren inför revideringar av kravboken. Detta kan främst kopplas till den del som handlar om ansvarsutkrävning, det vill säga den medicinska revisionens fiskala roll. Det faktum att sex vårdcentraler tvingats stänga på grund av briser i kvalitet betraktas som ett sätt att höja kvaliteten i den vård som erbjuds skåningarna. En majoritet av vårdgivarna arbetade kontinuerligt med att anpassa sin verksamhet utifrån ackrediteringsvillkoren och måluppfyllelsen avseende framtagna kvalitetsindikatorer förbättrades fortlöpande konstaterades i verksamhetsberättelser från olika år.

Revisorerna poängterade också att den medicinska revisionen har varit värdefull för att hjälpa vårdgivare utveckla och förbättra kvaliteten i sin verksamhet utifrån ett medborgarperspektiv samt att skapa en god relation mellan uppdragsgivare och verksamheter. Att öka motivationen bland dem som är ute i verksamheterna och arbetar med patienter och på så sätt bidra till en bättre vård för medborgarna lyftes också fram som ett värde med den medicinska revisionen. Flera kommentarer handlade om att medicinsk revision i primärvården är ett sätt att förbättra informationen om vårdgivare för medborgare att ta del av. Dessa punkter kan kopplas till den funktion som handlar om verksamhetsutveckling, det vill säga den medicinska revisionens stödjande roll. Revisorerna konstaterade i verksamhetsberättelserna för olika år att efter påtalade brister vid tidigare revisionsbesök hade majoriteten av vårdgivarna anpassat sin verksamhet så att kvaliteten hade förbättrats.

5.4.3 Att besöka *alla* enheter regelbundet utgör ett värde

Vikten av att göra regelbundna besök till alla vårdcentraler samt farhågan att de återkommande besöken riskerar att fokuseras till dem som uppvisar problem lyftes av revisorerna. Revisorerna uttryckte att det finns ett värde i att regelbundet besöka alla vårdgivare i primärvården för såväl revisorerna som för vårdgivarna:

- En medicinsk revisor uttryckte att man måste besöka de bra enheterna för att orka besöka de dåliga. Detta pekar på att det finns ett värde för dem som arbetar med medicinsk revision i att besöka alla vårdgivare. Det ger energi åt revisorerna att få se goda exempel och smarta lösningar på utmaningar i primärvården. Att endast besöka de vårdgivare som av olika anledningar inte uppfyller ackrediteringsvillkor eller inte uppnår de kvalitetsmål som kan uppmätas kvantitativt kan göra att arbetet uppfattas som tungt.
- Att regelbundet följa upp alla vårdgivare lyftes fram som en viktig framgångsfaktor också för verksamhetsutveckling. Vid besök hos vårdgivare som presterar väl kan revisorerna inhämta kunskap om konkreta lösningar på utmaningar i primärvården som sedan kan förmedlas till vårdgivare som presterar mindre väl. På så vis kan erfarenheter från goda exempel spridas och komma fler medborgare till del. Vi intervjuerna framkom att revisionen till stor del handlar just om att sprida goda exempel utifrån det medicinska kvalitetsarbetet och patientbemötande samt om kontaktskapande. Idealt kan kunskap förmedlas mellan vårdcentraler med liknande förutsättningar. Det värde som den medicinska revisionen medför i det här perspektivet baseras på att alla vårdgivare får regelbundna besök. Dessutom påpekades vid intervjuerna att även de allra bästa enheterna lär sig något vid varje revisionsbesök.
- Att alla vårdgivare besöks beskrevs också som en förutsättning för att upprätthålla en god relation mellan uppdragsgivare och vårdgivare. Detta i sin tur beskrevs som en förutsättning för att kunna styra och införa förändringar i primärvården som ju är en professionellt styrd verksamhet. En medicinsk revisor uttryckte det som att dialog och delaktighet är nyckeln i en organisation där starka professionella drivkrafter finns. Man måste arbeta med de starka drivkrafter som finns och styra åt samma håll som dessa vilket innebär styrning i dialogform och inte med protokoll. Om besöken koncentreras till endast de enheter som inte lyckas prestera väl kan den delen som handlar om en god relation och verksamhetsutveckling komma att få stå tillbaka eftersom den delen som handlar om ansvarsutkrävning kommer att dominera. Då blir revisorernas roll fiskal snarare än stödjande.

KAPITEL 6

ANALYS OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Region Skåne var först i Sverige med att bygga in regelbunden medicinsk revision för att styra och följa upp vårdgivare i samband med vårdvalsreformen. Att styra och utveckla den skånska primärvården ur ett medborgarperspektiv var ledord då den skånska modellen för styrning av vårdgivare utarbetades i samband med att vårdvalet infördes år 2009. Den skånska modellen för styrning i primärvården har vuxit fram över den period som studerats. Därmed har också den medicinska revisionens roll samt värdet av medicinsk revision vuxit fram över tid.

6.1 DEN MEDICINSKA REVISIONEN HAR Fyllt SITT SYFTE

Den medicinska revisionen tycks ha fyllt sitt övergripande syfte att minska gapet mellan förväntningar och vad vårdgivare faktiskt levererar. Syftet knyter an till primärvårdens många mål. Ackrediteringsvillkoren kan beskrivas som ett sätt att praktiskt omsätta de målsättningar man har med en god primärvård i Region Skåne. När gapet mellan det som står i dessa villkor och det som vårdgivare presterar minskar kan man uttrycka det som att målsättningarna med skånsk primärvård i högre utsträckning uppfylls. I takt med att revisorer och huvudman har fått en ökad kunskap om vad som fungerar i praktiken ute i verksamheten i skånsk primärvård och att vårdgivare fått ökad kunskap om vad det innebär att verka inom Hälsoval Skåne har till exempel relevanta kvalitetsindikatorer tagits fram och vårdgivare har lärt sig rapportera på ett adekvat sätt. Den medicinska revisionen har också bidragit till att de allra flesta vårdgivare kontinuerligt har arbetat med att anpassa sin verksamhet utifrån ackrediteringsvillkoren samt att måluppfyllelsen avseende framtagna kvalitetsindikatorer har förbättrats fortlöpande.

Den skånska modellen ligger mycket nära det som Svenska Läkaresällskapet definierar som medicinsk kvalitetsrevision i sin rapport från 2002.⁶⁴ Den medicinska revisionens roll har varit både stödjande och fiskal men med tyngdpunkt på att vara stödjande. Värdet av den medicinska revisionen har varit att säkerställa och utveckla kvaliteten i den vård som skåningarna får. Detta har

64 Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision, 2002.

åstadkommit genom att vårdcentraler med identifierade problem har fått stöd i att åtgärda dessa och att vårdcentraler som presterat väl har fått hjälp att på marginalen förbättra sin kvalitet. Vidare har vårdcentraler som har hållit en alltför låg nivå på kvaliteten i arbetet tvingats stänga.

6.2 LOKALA ERFARENHETER SAMLAS I NATIONELL MODELL FÖR UPPFÖLJNING

Under 2012 initierades ett arbete med att ta fram en nationell så kallad basmodell för uppföljning inom primärvård av en arbetsgrupp med företrädare för uppdragsgivar- och beställarrollen i tio olika landsting och regioner med stöd från SKL. Mycket av det som återfinns i den modell som utvecklats i Region Skåne återfinns också i den nationella basmodellen.⁶⁵

I arbetet med ta fram en den nationella modellen för uppföljning inom primärvård har tanken varit att den ska ligga i linje med behov och ambitioner som delas av många landsting och regioner. Den ska kunna utgöra utgångspunkt för beslut om uppföljning och kontroll av primärvård. Modellen ska koppla samman befintlig kunskap och kompetens om vad som fungerar från enskilda landsting och regioner.⁶⁶ Att man tagit med mycket av det som återfinns i den modell som utvecklats i Region Skåne i den nationella basmodellen kan tolkas som att man i ett nationellt perspektiv har ansett att den skånska modellen har fungerat väl för att styra och utveckla primärvården. En heltäckande bild av hur enskilda landsting och regioner arbetar och har arbetat med styrning saknas men de översikter som har gjorts visar att det finns likheter över landet. De allra flesta arbetar med återkommande uppföljning i dialogform på ett eller annat sätt.⁶⁷ Det finns dock skillnader i den medicinska revisionens roll (kontroll eller stöd eller både och), i formen för uppföljningsmöten och i hur man hanterar privata respektive offentliga vårdgivare.

I Region Skåne valde man att utveckla en modell där den medicinska revisionens roll innefattade både kontroll (ansvarsutkrävning) av och stöd till verksamheterna. Ansvarsutkrävning handlar om att se till att de krav som finns i ackrediteringsvillkor och regelböcker efterföljs av vårdenheterna. Att vara stödjande innefattar verksamhetsutveckling och att skapa en god relation mellan uppdragsgivare och utförare. Tanken var att utförare och uppdragsgivare måste vilja nå samma mål för att styrning ska få god effekt. På flera andra håll i landet

⁶⁵ SKL 2014.

⁶⁶ SKL 2014.

⁶⁷ Hagbjer 2014; SKL 2013.

har man separerat dessa båda delar. Det innebär att man har en separat enhet som är stödande medan den medicinska revisionen har en mer kontrollerande roll.

I Region Skåne valde man att utveckla en modell där varje vårdenhet får besök regelbundet var 12-18 månad. I resten av landet ser det lite olika ut vad gäller om man gör regelbundna besök på varje vårdcentral eller om man för denna form av uppföljning i grupper där flera verksamhetschefer deltar. Enligt en översikt från SKL från 2013 arbetade omkring fem landsting/regioner (Gotland, Halland, Kalmar, Uppsala, Västernorrland) med uppföljningsmöten i grupp medan resterande 16 landsting och regioner gjorde återkommande besök till varje enskild vårdcentral. I Region Skåne var man tydlig med att offentliga och privata vårdgivare skulle behandlas lika vad gäller uppföljning och kontroll. I övriga landet har en majoritet följt samma princip men i fem landsting/regioner (Gotland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala) uppger man att det finns vissa skillnader i principer för uppföljning mellan privata och offentliga vårdgivare, enligt översikten från SKL.

6.3 MER ELLER MINDRE STYRNING I OFFENTLIG SEKTOR?

Arbetet med en nationell basmodell för uppföljning kan ses som att man vill ta ett samlat grepp kring styrning i svensk primärvård. Som lyftes i inledningen av rapporten finns det anledning att ställa sig frågan ifall det behövs mer eller mindre styrning i primärvård och i offentlig sektor i allmänhet. Å ena sidan har det framförts stark kritik mot ökad kontroll och dess effekter på inre professionella drivkrafter samt det tidsödande arbetet som rapportering och registrering av prestationer innebär. Å andra sidan har studier visat att formell styrning från huvudmännens sida är nödvändigt om inte viktiga mål, inte minst kopplat till jämlikhet, ska gå förlorade i sjukvård och skola.⁶⁸ Detta gäller inte minst i en situation med valfrihet för individer. Valfrihet för individer kan räcka för att uppnå ökad tillgänglighet och lyhördhet gentemot individuella önskemål och preferenser men inte för att uppnå viktiga målsättningar ur ett befolkningsperspektiv.⁶⁹ Det är därför nödvändigt att bibehålla och utveckla mekanismer för ansvarsutkrävning mellan huvudmän och vårdgivare även i en situation då individer själva har möjlighet att välja vårdgivare. Utan ansvarsutkrävning från landstingens sida finns en uppenbar risk att ökad individuell valfrihet tränger undan andra mål kopplade till effektivitet, medicinsk kvalitet och inte minst jämlik tillgång till vård.

⁶⁸ Hartmann 2011.

⁶⁹ Glenngård 2015.

I en svensk studie av utvärdering och kontroll i 120 svenska ideella organisationer som är verksamma i Sverige och som får offentliga medel genom Sidas biståndsverksamhet visar Bengtsson och Engström att ökad kontroll hade positiva effekter.⁷⁰ De lyfter fram att en striktare kontrollmiljö medförde att både den självupplevda och den observerade måluppfyllelsen ökade. En viktig anledning tycktes vara att kontrollen i sig gav företrädare för organisationerna en känsla av att resultaten hade betydelse. En ökad kontroll behöver inte ha negativa konsekvenser för de inre eller professionella drivkrafterna menar författarna. Resultaten i den här studien ligger i linje med några av de slutsatser som Bengtsson och Engström drar. De återkommande besöken tycks ha gjort att vårdgivare känner sig sedda vilket kan ha positiva effekter för deras motivation. De återkommande besöken har också bidragit till att skapa en samsyn mellan utförare och beställare vad gäller verksamhetens mål. En generell utmaning för offentlig styrning är ju just att huvudmän och utförare i organisationer med starka professionella drivkrafter kan ha olika uppfattningar om verksamhetens mål.

Att besvara frågan ifall det behövs mer eller mindre styrning i svensk primärvård är svårt och kanske inte heller relevant. Men det framstår som tydligt att det behövs annan styrning jämfört den som är baserad endast på pinnstatistik och protokoll. Detta gäller särskilt i en miljö med starka professionella drivkrafter och där professionen har stora frihetsgrader i att utforma arbetsätt och arbetsmetoder. Om det är viktigt med en kontinuerlig verksamhetsutveckling och att styra mot kvalitet men att samtidigt ge professionen stora frihetsgrader kan systematisk uppföljning i dialogform vara en framkomlig väg. Dialog och delaktighet beskrevs i intervjuerna med de medicinska revisorerna som nyckeln i en organisation där starka professionella drivkrafter finns. Man måste arbeta med de starka drivkrafter som finns och styra åt samma håll som dessa vilket innebär styrning i dialogform och inte med protokoll och indikatorer. Det verkar således vara en fråga om form för snarare än kvantitet av den formella styrningen som är relevant.

Med systematisk uppföljning avses i den här studien att *alla* vårdgivare får regelbundna revisionsbesök. Bengtsson och Engström (2014a; b) menar, baserat på resultaten i sin studie samt baserat på internationell forskning, att en förutsättning för att utvärdering och kontroll inte ska ha negativa effekter är att den måste uppfattas som legitim. De återkommande systematiska revisionsbesöken i Region Skåne har bidragit till att skapa goda relationer

⁷⁰ Bengtsson och Engström 2014a; 2014b; Bengtsson 2015.

mellan huvudman och utförare. En av de intervjuade revisorerna uttrycker det till och med som att en medicinska revisionen har varit en av eller kanske den allra största förtroendeskapande åtgärden för uppdragsgivaren i verksamheterna. Man har visat att det finns ett intresse för den verksamhet som bedrivs från huvudmannens sida på ett påtagligt sätt genom att fysiskt närvara vid alla vårdcentraler. Det förtroende som har byggts upp mellan revisorer och verksamhetschefer ligger åtminstone delvis i att revisionens roll har kunnat vara stödjande och inte enbart kontrollerande. Dessa resultat tyder på att styrning genom regelbunden dialog kan fylla en viktig funktion som ett system för värdegrund i termer av att påverka kärnvärden bland vårdgivare.⁷¹

6.4 STYRNING GENOM DIALOG EXTRA VIKTIGT I PRIMÄRVÅRDEN

De intervjuade revisorerna poängterade vid flera tillfällen att en god kunskap om primärvårdens syfte och ställning i hälso- och sjukvårdssystemet är en förutsättning för att kunna styra och följa upp densamma ur ett befolkningsperspektiv. Vikten av att hålla isär uppföljning av primärvård från uppföljning av specialiserad vård framhölls också. Specialiserad vård kan många gånger följas upp baserat på måluppfyllelse av kvalitetsindikatorer även om denna typ av styrning inte är oproblematiske i denna kontext heller.⁷² Styrning med hjälp av process- eller resultatindikatorer som ska spegla god kvalitet i vården medför olika svårigheter och det finns alltid en risk att fel vårdgivare belönas eller bestraffas. Uppföljning och ansvarsutkrävning baserat på kvalitetsindikatorer kan antas vara än svårare i primärvården.⁷³ Generellt kan man säga att ju bättre och mer precist en verksamhet kan beskrivas desto lättare är det att ta fram relevanta indikatorer som speglar vårdens kvalitet. Av detta framgår att ju mer specialiserad en verksamhet är desto lättare är det att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer.

Så vad är det som är så speciellt med primärvård jämfört med specialiserad vård ur ett styrnings- och uppföljningsperspektiv? Vad är det som gör att primärvården har andra förutsättningar än specialiserad vård vad gäller planering och uppföljning av kvalitet och prestationer? I Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5 § står det att: *”för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen*

⁷¹ Simons 1995.

⁷² Anell 2010; 2014.

⁷³ Anell och Glenngård 2013; 2014.

vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.” Av texten framgår det att primärvård inte definieras i sig utan snarare i relation till sin plats i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvård är sådan vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. Mot bakgrund av den utveckling som innebär att en allt större del av arbetet inom hälso- och sjukvården kan ske utanför sjukhusen ändras också primärvårdens innehåll kontinuerligt. Primärvården förväntas också utgöra ett naturligt förstahandsval när medborgarna söker hälso- och sjukvård.⁷⁴ I primärvården är generalistkompetens viktig. Att vara generalist är att se patienten med sina sammansatta problem och behov utifrån ett bredare sammanhang än enskilda sjukdomar. I generalistkompetensen ligger också att samordna olika insatser och att formulera helhetslösningar som behandlar eller åtgärdar flera problem samtidigt. Primärvården ska inte fokusera endast på den onda höften eller det höga blodtrycket. De som möter patienter i primärvården ska se till individens helhet snarare än specifika åkommor. Dessutom möter primärvården i många fall friska individer vid regelbundna kontroller och i förebyggande arbete mot ohälsa. Detta medför svårigheter i att ta fram relevanta kvalitetsindikatorer i primärvården. Dessutom kan primärvårdens roll och funktion förväntas variera för olika grupper av individer vilket innebär att vårdgivare måste anpassa sin verksamhet utifrån sin aktuella målgrupp. En vårdcentral med övervägande äldre och/eller multisjuka kan inte tillgodose behoven hos sina listade på samma sätt som en vårdcentral med övervägande yngre och/eller barnfamiljer. Detta medför än större svårigheter i arbetet med att utvärdera kvaliteten bland vårdgivares baserat på indikatorer. Kvalitetsindikatorer som är relevanta för en vårdcentral är inte nödvändigtvis lika relevanta för en annan vårdcentral.

6.5 KAN BÄTTRE INDIKATORER ERSÄTTA BEHOVET AV DIALOG?

Formen för uppföljning av vårdgivare som har varit i fokus i denna rapport är dialog. Dialog med vårdgivare verkar utgöra ett värde i att skapa en rättvisande bild av den verksamhet som vårdgivare bedriver. Indikatorer kring kvalitet och annat är idag otillräckligt för att kunna skapa en sådan bild. Vårdval i primärvården har lett till ett större fokus på primärvårdens aktörer, funktion och

74 Socialstyrelsen 2010.

resultat. Vikten av att ta fram mer ändamålsenlig information om primärvården för styrning och forskning har tydliggjorts i och med vårdvalsreformen. Sådan information är nödvändig för att kunna besvara frågor om vilket värde vården ger patienter och hur den har utvecklats samt för att kunna göra analyser på nationell nivå. Det är bra för att inte säga nödvändigt att den information som finns tillgänglig om vårdgivare i register förbättras. Information om hur väl vårdgivare uppfyller olika mål vad gäller till exempel kvalitetsindikatorer är värdefull för att kunna identifiera områden som behöver förbättras och för att kunna jämföra prestationer över tid och mellan aktörer. Här fyller styrning med pinnstatistik en viktig roll i termer av att både vara ett system för begränsningar genom att identifiera risker och ett diagnostiksystem i termer av att identifiera kritiska prestationsfaktorer.⁷⁵

Förbättrade register kan inte förväntas ta bort behovet av dialog för att styra och följa upp vårdgivare från huvudmännens sida. Oavsett hur hög täckningsgrad och god kvalitet i register man lyckas uppnå kan sådan information sannolikt inte ge samma kunskap om en verksamhet som den som framkommer vid en fördjupad dialog mellan huvudman och vårdgivare. En dialog mellan huvudmän och vårdgivare där goda exempel lyfts fram och sprids och där framgångsfaktorer tydliggörs baserat på tillförlitlig information kan utgöra värdefull hjälp för vårdgivare om hur man ska balansera primärvårdens många mål. Väl uppdaterad information om prestationer relaterat till kvalitetsindikatorer och annat kan däremot bidra till en väl underbyggd dialog mellan huvudmän och utförare. En kombination av tillgång till bra kvalitetsindikatorer och annan information om vårdgivare samt regelbunden strukturerad dialog kan vara en väg framåt. Också Simons (1995) framhåller att olika styrsystem inte används isolerat utan tillsammans i olika grad i olika organisationer.

Om vården ska utvecklas utifrån ett medborgarperspektiv behövs också att någon följer upp densamma utifrån just detta perspektiv. Vad möter medborgare i kontakten med vårdgivare? Hur fungerar information och bemötande i telefon, på hemsidor och vid besök? Sådan information går inte att samla i register utan endast i mötet med vårdgivare. I Region Skåne ges vårdgivare stora frihetsgrader att utforma sin verksamhet på det sätt som bäst passar just deras patienter. Inslag av detaljstyrning med pengar eller ackrediteringsvillkor för att förmå vårdgivare att ägna sig åt specifika insatser eller en viss volym av tjänster är mycket små. Huvudmannen ägnar sig i princip inte åt hur-frågor utan lämnar

75 Simons 1995.

dessa till professionen. Däremot kompenseras vårdgivare ekonomiskt i förhållande till socioekonomiska förutsättningar och sjuklighet (baserat på diagnoser) bland sina listade för att man vill undvika att patienter med stora behov motas bort eller underbehandlas. Det är idag inte möjligt att följa upp hur dessa extra resurser används i praktiken baserat på indikatorer eller annan information som samlas in i register. Därför går det inte att säga med säkerhet om primärvården i Region Skåne har blivit mer eller mindre rättvis. För att kunna uttala sig om detta behöver man fördjupad kunskap om innehållet i den vård som erbjuds olika grupper av patienter. Dialogmöten är därför nödvändiga även för att kunna utkräva vårdgivare på ansvar för hur de använder tilldelade resurser. Här kan styrning genom dialog en fylla en viktig roll i termer av att vara ett interaktivt kontrollsystem genom att identifiera strategiska osäkerheter.

76

6.6 AVSLUTANDE REFLEKTION

I Region Skåne har man arbetat med medicinsk revision sedan vårdvalet infördes år 2009. Alla vårdgivare som ingår i vårdvalet har regelbundet fått besök av medicinska revisorer. En viktig del i den medicinska revisionen har varit att främja vårdens utveckling ur ett medborgarperspektiv. Baserat på resultaten i den här studien har den medicinska revisionen uppfyllt det övergripande syftet att minska gapet mellan förväntningar och vad vårdgivare faktiskt levererar. Den medicinska revisionen verkar ha utgjort ett värde i att säkerställa och utveckla kvaliteten i den primärvård som skåningarna erbjuds. Den skånska modell som har vuxit fram över fem års tid har i ett nationellt perspektiv också ansetts vara väl fungerande för att styra och utveckla primärvård.

Ett begreppspar som lyfts fram i den här rapporten är formerna för att styra vårdgivare genom *dialog eller indikatorer*. Resultaten i den här studien pekar på att såväl tillförlitlig information i register för huvudmän att ta del av samt fördjupad dialog mellan huvudmän och vårdgivare är viktigt för att driva vårdens kvalitet framåt. Formen för styrning av vårdgivare som studerats i den här rapporten, nämligen dialog, kan förbättras av att tillförlitliga indikatorer som speglar vårdgivares prestationer och resultat finns tillgängliga. En fördjupad dialog kan också bidra till en utveckling där man blir bättre på att samla in information om relevanta aspekter av vårdgivares aktiviteter som speglar vårdens kvalitet. Formerna för att styra vårdgivare – dialog och indikatorer – verkar alltså fungera bäst jämte varandra. Vägen framåt kan därför vara att

kombinera erfarenheter från båda dessa former i syfte att kontinuerligt förbättra den vård som erbjuds medborgare. Detta resonemang ligger i linje med Simons (1995) resonemang om att styrningens olika roller fungerar bäst i kombination med varandra.⁷⁷

Ett annat begreppspar som lyfts fram är att den medicinska revisionens roll kan vara *fiskal eller stödjande*. Baserat på vad som framkommit i arbetet med den här studien har en framgångsfaktor i den skånska modellen varit är *alla* vårdgivare regelbundet deltagit i uppföljning i dialogform. Detta tycks vara en viktig faktor om ambitionen är att rollen ska vara stödjande snarare än fiskal. Om omfattningen av verksamheten minskar⁷⁸ finns en risk att fokus i de besök som genomförs tenderar att bli på de vårdgivare som av olika anledningar inte lever upp till den kvalitet som ackrediteringsvillkoren och kravspecifikationen anger. Följden blir då att uppföljning av de vårdgivare som uppvisar goda resultat inte kommer att ske i regelbundna dialogmöten. Följden blir också att den delen av den medicinska revisionen som handlar om strikt ansvarsutkrävning hamnar i fokus medan den delen som handlar om att vara stödjande och att bidra till verksamhetsutveckling riskerar att hamna i skymundan. Om besöken koncentreras till endas de enheter som inte lyckas prestera väl riskerar revisionens roll att mycket högre utsträckning bli fiskal. Å andra sidan kan det finnas en risk att ett gott partnerskapet mellan revisorer och verksamheter kan ske på bekostnad av att revisorerna mister en del av sin oberoende och objektivitet. Att vara stödjande och bidra till verksamhetsutveckling förutsätter att man med regelbundenhet besöker alla vårdgivare eftersom den bygger på förtroende och en god beställare-/utförarrelation i stor utsträckning. I dialog mellan huvudman och vårdgivare kan de personer som arbetar med patienter få ett bättre grepp om just sina listade medborgare i relation till skåningar i genomsnitt. Inte bara de vårdgivare som har svårt att leva upp till kvalitetskrav och ackrediteringsvillkor utan alla vårdgivare kan förbättra sin verksamhet till att bättre bemöta just sina listade utifrån deras specifika behov och önskemål. Om vårdens kvalitet ska kunna utvecklas kontinuerligt måste man dessutom dra lärdom från de verksamheter som uppvisar goda resultat. Kunskap om goda exempel behövs för att goda arbetssätt ska kunna spridas mellan olika vårdgivare.

⁷⁷ Simons 1995.

⁷⁸ Under 2014 fattades det ett beslut om att inte arbeta vidare med medicinsk revision i primärvården i sin nuvarande form utan att kraftigt minska denna aktivitet. Efter omorganisation den 1 september 2014 finns inga särskilda resurser för medicinsk revision/uppföljningsdialoger. Ansvar för uppföljningar ligger nu istället på respektive hälso- och sjukvårdsstrateg inom sitt ansvarsområde.

KÄLLOR

Granskade dokument från Region Skåne

- Verksamhetsberättelse 2014. Medicinska revisorer tom 140831, Hälso-och sjukvårdstrategier from 140901. Enheten för uppdragsstyrning. Avdelningen för Hälso-och sjukvårdsstyrning.
- Verksamhetsberättelse 2013. Medicinska revisorer, Enheten för uppdragsstyrning. Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning. Malmö 2014-02-05.
- Verksamhetsberättelse 2012. Medicinska revisorerna, Enheten för uppdragsstyrning. Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning.
- Verksamhetsberättelse 2011. Enheten för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri. Medicinska revisorerna.
- Årsrapport 2010. Medicinska revisionsbesök. Hälsoval Skåne. Malmö, februari 2011.
- Rapport från medicinsk temarevision, ACG (Adjusted Clinical Groups), Hälsoval Skåne Hösten 2013. Liv Remitz, Koncernkontoret, Enheten för uppdragsstyrning, Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning. Malmö 2014-02-07.
- Rapport från temarevision på familjecentraler och familje-centralsliknande verksamhet i Region Skåne 2011. Inger Brunnsström och Eva Theander. Medicinska revisorer, Enheten för uppdragsstyrning av Närsjukvård och Psykiatri. Malmö 2012-01-26.
- Rapport från temarevision avseende CNI: CNI-ersättning ett medel för arbetet mot jämlik hälsa i Region Skåne? Eva Theander och Inga-Lill Rohdin, Medicinska revisorer, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstryning Region Skåne. Malmö juli 2014.
- Genomgång av små BVC mars 2012.
- Granskning av små BVC enheter januari 2014. Inga-lill Rohdin. Malmö 140124.
- Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2015. Förslag till Hälso- och sjukvårdsnämnden 2014-12-15. Region Skåne.
- Fem frågor på tre minuter. Uppföljning av medicinska revisioner i Region Skåne från hösten 2009 – våren 2011. Ppt-presentation.
- Web-enkät om värdet av revisionsbesöken 2012. Ppt-presentation.

Intervjuade personer

- Liv Remitz, Leg läkare, Specialist allmänmedicin, medicinsk revisor 2014-10-17
- Eva Theander, sjukgymnast, medicinsk revisor 2014-11-04
- Gerd Fridh, barnmorska, medicinsk revisor 2014-10-31

Inger Brunnström, Leg läkare, Specialist allmänmedicin, tidigare medicinsk revisor 2014-11-07

Ingalill Rohdin, sjuksköterska, tidigare medicinsk revisor 2014-10-31

Magnus Kåregård, Leg läkare, Specialist allmänmedicin, Medicinsk rådgivare, tidigare medicinsk revisor 2014-10-31

Carina Nordqvist Falk, sjuksköterska, Hälso- och sjukvårdsstrateg, tidigare medicinsk revisor 2014-11-18

Litteratur

Anell A, 2010. Värden i vården - Malbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Finansdepartementet: Stockholm.

Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 2011;6: 549-569.

Anell A. Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet. Lund, KEFU Skriftserie 2014:4.

Anell A, Glenngård AH, 2013. Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta mottagningar i Region Skåne samt implikationer för landsting och kommuner. Stiftelsen Leading Health Care: Stockholm.

Anell A, Glenngård AH. The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people. A case study of primary care services in Sweden. *Journal of Integrated care* 2014;15(14).

Anell A, Nylinder P, Glenngård AH. Vårdval i primärvården : jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2012.

Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payments methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995; 10: 23-45.

Bengtsson N. Hur påverkas motivation av ökad kontroll? Ett experiment i ideell sektor. *SNS Analys* 2015:27.

Bengtsson N och Engström P (2014a), "Replacing Trust with Control: A Field Test of Motivation Crowd Out Theory", *Economic Journal* 124(577): 833-858.

Bengtsson N. och Engström P (2014b), "The audit society and its enemies", *VoxEU.org*, 28 oktober 2014.

Calltorp J. Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! Öppen redovisning utmanande men ofrånkomlig. *Läkartidningen* 1999;96(21):2566-2568.

Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H. Patient Choice – How patients choose and how providers respond. London: The Kings Fund; 2010.

- Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionalsto improve the quality and safety of health care. Policy summary prepared for the Belgian EU Presidency Conferenceon Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration (La Hulpe, 9–10 September 2010)
- Glenngård AH. Objectives, actors and accountability in quasi-markets: Studies of Swedish primary care. Doktorsavhandling. Ekonomihögskolan, Lunds Universitet 2013.
- Glenngård AH. Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet. Stockholm: SNS förlag, 2015.
- Glenngård AH. Dubbel ansvarsutkrävning av utförare på välfärdsmarknader – ett resonemang utifrån ett teoretiskt perspektiv och utifrån exemplet svensk primärvård. Lund: KEFU, 2014:5.
- Glenngård AH, Anell A. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? Stockholm : Myndigheten för vårdanalys, 2012a (Rapport 2012:1).
- Glenngård A, Anell A and Beckman A. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. Health Policy 2011;103(1):31-7.
- Hartman L (ed). Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd? Stockholm, SNS Förlag: 2011.
- Hagbjer E. (2014), Välfärdstjänster: tillstånd, tillsyn och uppföljning. Stockholm: SNS Förlag.
- Halldin J. Vinstintressen kan påverka vårdresultaten. Replik till Birgitta Rydberg. Läkartidningen 2010;107(36):2107-2108.
- Hirschman A O. Exit voice and loyalty: response to decline in firms, organizations and states. Cambridge: Harvard University Press, 1970.
- Hood C. A Public Management for all Seasons? Public Administration 1991;69:3-19.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) 5§; Lag (2009:140).
- Köller, H. "Allt är inte karuseller" DN Debatt 2015-03-19.
- Konkurrensverket. Val av vårdcentral: förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen. Rapport 2012:2. Stockholm: Konkurrensverket, 2012..
- Lamarche PA, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis J, Haggerty J (2003). Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation, New Brunswick Department of Health and Wellness, Saskatchewan Department of Health, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec and Health Canada. November 2003.
- Lapsley I. The NPM agenda: Back to the future. Financial accountability and management 2008;24(1):77-96.
- Le Grand J. Quasi-markets and social policy. The Economic Journal 1991;101(408):1256-1267
- Le Grand J, Bartlett W. Quasi-markets and social policy. London, Macmillan press Ltd: 1993.

- Le Grand J. Delivering public services through choice and competition - The other invisible hand. Princeton; Princeton University Press: 2007.
- Lennholm B. Ny modell för klinisk revision i primärvård. Vårdcentraler granskas genom kvalitetsronder. *Läkartidningen* 1996;93(12):1092-1099.
- Lindgren P. (2014), *Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Läkartidningen. Serie Medicinsk revision (inledd i nr 37/91, avslutad i nr 51-52/92).
- Läkartidningens krav på artiklar om medicinsk revision. *Läkartidningen* 1996; 93: 1613.
- Martinussen PE, Magnussen J. Health care reform: the Nordic experience. I Magnussen J, Vrangbaek K & Saltman RB (eds.). *Nordic Health care systems – Recent reforms and current policy challenges*. European observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire; Open University Press: 2009.
- NICE. Principles of Best Practice in Clinical Audit 2002.
- NHS. What is clinical audit? <http://www.england.nhs.uk> 6 maj 2015
- Propper C. (2012), "Competition, Incentives and the English NHS", *Health Economics*, 21, s. 33–40.
- Propper C. (2013), "Lärdomar från England om konkurrens i vården", *SNS Analys*, 13. Stockholm: SNS.
- Riksrevisionen (2014), "Riksrevisionen granskar: staten och vården. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?", *RIR* 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- Robinson J.C. (2001), "Theory and practice in the design of physician payment incentives", *The Milbank Quarterly*, 79(2), s. 149–177.
- Rydberg B. Resultat, inte vinst, viktigast i vården. *Läkartidningen* 2010;107(34):1942.
- Simons R. (1995), *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Simons R. (2000), *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*. New Jersey: Prentice Hall.
- SKL 2013. Landstingens arbete med uppföljning och kontroll av primärvårdsverksamhet – en översiktlig kartläggning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2014.
- SKL 2014. Basmodell för uppföljning av primärvård. Version 1. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2014.
- SKYREV 2014. Vägledning för verksamhetsrevision. Stockholm: Sveriges kommunala yrkesrevisorer (SKYREV), maj 2014.
- Socialstyrelsen 2010. Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010-02-10.
- Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York, Oxford University Press: 1998.
- Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision. *Medicinsk kvalitetsrevision. Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten*. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 2002.

- Vårdanalys (2013a) Vad vill patienten veta för att välja? Rapport 2013:4. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys (2013b), "Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården", Rapport 2013:1. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2014) Vem vill veta vad för att välja? Rapport 2014:1. Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.
- Winblad U. och Andersson C. (2011), "Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information". Uppsala: Uppsala universitet, Medicinska och farmaceutiska vetenskapsområdet, Medicinska fakulteten, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Hälsa- och sjukvårdsforskning.

APPENDIX 1 – INTERVJUGUIDE

Följande frågor/områden täcktes vid intervjuerna med de medicinska revisorerna:

- Bakgrund och syfte med medicinsk revision i primärvården Region Skåne.
- Hur går ett revisionsbesök till?
 - Får ni en bild av verksamheten eller ledarskapet?
 - Fångar ni den ”verkliga” verksamheten vardagen vid besöket?
 - Konkreta exempel
- Vilken typ av konsekvenser har revisionsbesöken resulterat i?
 - För vårdgivare
 - För uppdragsgivaren
 - För målsättningar i primärvården
 - Konkreta exempel
- Vad är värdet av medicinsk revision utöver uppföljning baserat på pinnstatistik (Om man hade de bästa registren i hela världen, skulle medicinsk revision vara överflödigt då)?
 - För vårdgivare
 - För uppdragsgivaren
 - Konkreta exempel

APPENDIX 2 – TEMAREVISIONER

*Temarevision på familjecentraler och familjecentralsliknande verksamhet, 2011*⁷⁹

1. Grundtanken bakom familjecentraler är att familjer på samma ställe ska finna alla de aktörer som finns att tillgå för barns och familjers bästa samt att den tvärssektoriella gruppen ska möta den sviktande familjen på samma ställe, i samma miljö, under samma betingelser. På så sätt får man en gemensam problembild som skapar ett mervärde utöver den samverkan och det samarbete alla BVC ska ägna sig åt. Familjecentraler ska främja psykisk och fysisk hälsa och välbefinnande och en god och jämlik hälsoutveckling. Föräldrastödet är kärnan i verksamheten, såväl individuellt som i grupp, lika för män och kvinnor, för olika kulturer, olika familjebildningar och olika sociala förutsättningar. Verksamheterna baseras på ett policy-dokument för Familjecentral och Familjecentralsliknande verksamhet som inkluderar ett ramavtal och en mall för lokalt avtal. Under 2011 hade Region Skåne avtalsrelation för Familjecentral och familjecentralsliknande verksamhet med BVC där enheter som uppfyller målen kan erhålla målrelaterad ersättning. Ersättning har varit 300 000 kronor per år för Familjecentral och 225 000 kronor per år för familjecentralsliknande verksamheter. Ersättningen är tänkt att understödja eventuella merkostnader som uppstår i form av tid för samarbete, samordningsfunktion, lokaler och liknande.
2. Region Skåne hade 2011 tecknat lokalt avtal med 20 familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter i 12 olika kommuner. Sex enheter bedrevs som familjecentraler (fyra ingående delar: BVC, mödrahälsovård, öppen förskola och socialtjänst) med förebyggande inriktning medan 14 enheter var familjecentralsliknande verksamheter där mödrahälsovård saknades. Samtliga 20 enheter granskades vid temarevisionen.
3. Granskningen gick till så att två revisorer genomförde planerade besök med avtalsparten, BVC och i förekommande fall Barnmorskemottagningar och träffades på respektive familjecentral. Representanter från mödrahälsovård och respektive samarbetspartner i kommunen blev också inbjudna. I dialogen vid besöken användes Ackrediteringsvillkoren för BVC och Region Skånes policy-dokument för Familjecentral och Familjecentralsliknande verksamhet som

79 Rapport från temarevision på familjecentraler och familjecentralsliknande verksamhet i Region Skåne 2011.

utgångspunkt. I dialogmötena diskuterades förbättringsförslag och goda exempel och kontakter förmedlades mellan enheter och till Kunskapscentrum BHV. Temarevisionen ledde även till att kontakter mellan enheter och ledningsnivå etablerades och medförde en ”nystart” för flera styrgrupper. Revisorerna identifierade brister i samverkan mellan de aktörer som ska ingå i den här sortens verksamhet på några ställen. Revisorerna fann också två fall där man inte följde riktlinjerna. Dessa två uppfyllde inte villkoren och fick ingen ersättning följande år. Sammantaget ledde denna temarevision till att uppdragsgivaren fick fördjupad kunskap om hur verksamheten vid familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter bedrivs samt att relationerna förstärktes mellan beställare och utförare. Revisorerna fick konkreta exempel på bra arbetssätt som de kunde ta med in i dialogmöten med andra enheter. Vidare fick revisorerna kunskap om sådant som behövdes ändras i villkoren och nya reglerskrev.

Temarevision på BVC med få listade barn, 201280

1. I ackrediteringsvillkoren för BVC står det att för att upprätthålla en god kvalitet i verksamheten ska en sjuksköterska, verksam på en (eller flera) BVC, ägna minst 50 procent av en heltidstjänst till barnhälsovård. Detta motsvarar ett ansvar att hälsoövervaka minst 200 barn i åldrarna 0-6 år. Vidare ska en BVC-läkare hälsoövervaka minst tjugofem nyfödda per år.
2. Urvalet av de BVC som skulle granskas gjordes baserat på ackrediteringsvillkoren. Där står det att för nyetablerade barnavårdscentraler gäller att personal hos vårdgivaren senast inom tjugofyra månader ska ha nått kraven vad gäller volym på inskrivna barn och att uppföljning vad gäller detta sker arton månader efter verksamhetsstart. Mot dessa kriterier valdes 13 BVC ut att granska närmare.
3. Den närmare granskningen gick till så att två medicinska revisorer gjorde ett revisionsbesök under våren 2012 och gick igenom verksamheten. Granskningen ledde till att en BVC fick sin ackreditering indragen. I ett fall kunde revisorerna konstatera underlaget i termer av inskrivna barn var tillräckligt för att upprätthålla en god kvalitet. I ett fall kunde verksamhetschefen uppvisa att kompetensen upprätthölls genom att sjuksköterskorna delade sin tjänst mellan den granskade barnavårdscentralen och en annan barnavårdscentral och på så sätt hälsoövervakade ett tillräckligt stort antal barn. I fyra fall hittade

⁸⁰ Genomgång av små BVC mars 2012.

revisorerna brister i information till medborgare på hemsidan. I 10 fall bedömde revisorerna att BVC-enheten hade för få barn inskrivna i relation till ackrediteringsvillkoren och skulle följas upp närmare.

Temarevision avseende specialistläkare allmänmedicin på små vårdcentraler, 2012.

1. I ackrediteringsvillkoren står det att det alltid ska finnas en specialist i allmänmedicin på plats på vårdcentralen under öppettider. Det hade framkommit synpunkter bland verksamhetschefer att detta villkor inte alltid uppfylldes bland vårdcentralerna som ingick i hälsovalet.
2. Mot bakgrund av farhågor om att det inte alltid fanns en specialist i allmänmedicin på plats på vårdcentralerna gjorde fyra medicinska revisorer oanmälda besök till ett stort antal utvalda mindre vårdcentraler under 2012. Revisorerna fann att det fanns en specialist i allmänmedicin på samtliga vårdcentraler. Vidare konstaterade revisorerna att de blev väl mottagna och i de allra flesta fall fick träffa verksamhetschefen trots att besöket var oanmält. Denna revision ledde inte till att någon vårdcentral granskades närmare.

Temarevision på BVC med få listade barn, 2014⁸¹

1. I ackrediteringsvillkoren för BVC står det att för att upprätthålla en god kvalitet i verksamheten ska en sjuksköterska, verksam på en (eller flera) BVC, ägna minst 50 procent av en heltidstjänst till barnhälsovård. Detta motsvarar ett ansvar att hälsoövervaka minst 200 barn i åldrarna 0-6 år. Vidare ska en BVC-läkare hälsoövervaka minst tjugofem nyfödda per år.
2. Urvalet av de BVC som skulle granskas gjordes baserat på ackrediteringsvillkoren på samma sätt som vid temarevisionen på BVC med få listade barn år 2012. Mot dessa kriterier valdes 12 BVC ut att granska närmare.
3. Den närmare granskningen gick till så att en medicinsk revisor gjorde ett revisionsbesök under våren 2014 och gick igenom verksamheten. Granskningen ledde till att en BVC fick sin ackreditering indragen. Ytterligare en BVC hade för få barn inskrivna i relation till ackrediteringsvillkoren och skulle följas upp närmare. I sju fall hade man ett tillräckligt stort antal barn inskrivna. I övriga tre fall kunde verksamhetschefen uppvisa att kompetensen upprätthölls genom att sjuksköterskorna delade sin tjänst mellan den granskade

⁸¹ Granskning av små BVC enheter januari 2014.

barnavårdscentralen och en annan barnavårdscentral och på så sätt hälsoövervakade ett tillräckligt stort antal barn. Sammantaget ledde denna temarevision till att uppdragsgivaren kunde säkerställa att underlaget i termer av inskrivna barn 0-6 år var tillräckligt stort för att kunna upprätthålla en god kvalitet samt i överensstämmelse med ackrediteringsvillkoren.

Temarevision på vårdcentraler med högt genomsnittligt CNI bland listade individer, 2014⁸²

1. Den fasta ersättningen till vårdcentraler i Region Skåne justeras utifrån diagnostyngd (ACG) och socioekonomi (CNI) bland listade individer. Justeringen sker till 20 procent baserat på CNI. För barnavårdscentraler (BVC) viktades 2013 15 procent av ersättningen för CNI. För Barnmorskemottagningarna (BMM) var 20 procent av vårdersättningen viktas för CNI för de listade gravida. Sju faktorer vägs in i CNI: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående förälder med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat det senaste året och låg utbildning. Ett skäl för att väga in socioekonomiska faktorer i ersättningsmodellen är att fördela resurser till enheter med en socioekonomisk svag population. Det är också visat att socioekonomiska faktorer bidrar till att man väntar längre och söker vård sent och risken finns att socioekonomiskt svaga grupper inte heller erhåller rätt tyngd i en ACG-viktning av vårdpengen. Temarevisionen genomfördes för att beskriva vad enheterna inom Hälsoval Skåne gör för populationer med högt CNI då många socioekonomiska faktorer har betydelse för uppkomst av ohälsa.
2. Urvalet av vilka enheter som skulle undersökas gjordes baserat på genomsnittligt CNI bland listade individer. CNI är ett relativt mått och är alltid 1.0. i Region Skåne som helhet. Alla enheter med CNI över 1,3 valdes ut att granskas närmare: 19 av 150 VC, 27 av 150 BVC och 8 av 68 BMM.
3. Granskningen gick till så att en enkät skickades ut till verksamhetscheferna där man efterfrågade information om vad de extra resurserna som tilldelas baserat på CNI används till. Revisorerna fick svar från 18 VC, 25 BVC och 5 BMM. Svaren visade att samarbete mellan personalen och samhällsaktörer utanför vården är en stor och viktig insats. Exempel på riktade insatser var särskild

⁸² Rapport från temarevision avseende CNI: CNI-ersättning ett medel för arbetet mot jämlik hälsa i Region Skåne?

verksamhet för riskutsatta, integrationsarbete, kontakter och stöd att ta kontakter med aktörer i samhället liksom ”samhällsinformation”, språklig förståelse i form av tolkbesök och SFI (svenska för invandrare). Andra exempel var riktad verksamhet i grupper för till exempel unga mammor, ensamma mammor och fysisk aktivitet för muslimska kvinnor. Sammantaget ledde denna temarevision till att uppdragsgivaren fick fördjupad kunskap om vad enheterna som ingår i hälsovalet använder extra tilldelade resurser till individer med svåra socioekonomiska förutsättningar. Revisorerna fick konkreta exempel på lämpliga insatser och erfarenheter som de kunde ta med och basera konkreta tips på i dialogmöten med andra enheter. Vidare identifierades kunskapsluckor avseende goda arbetssätt för att identifiera och förebygga ohälsa i målgruppen tidigt.

KEFU SKRIFTSERIE 50
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-50-SE Fax:

KEFU
BOX 7080
220 01 LUND
Tel: 046-22 78 20
046-222 42 16