



LUND UNIVERSITY

Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjælland och primärvård i Region Skåne

Anell, Anders

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Anell, A. (2014). *Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjælland och primärvård i Region Skåne*. (KEFU skriftserie; Nr. 2014:3). 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

ANDERS ANELL

Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjælland och primärvård i Region Skåne

SKRIFTSERIE 2014:3



INSTITUTET FÖR EKONOMISK FORSKNING
VID LUNDS UNIVERSITET

FÖRORD

KEFUs styrelse har en uttalad forskningspolicy. 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 och säkerställa deras utveckling. Detta har varit en långsiktig ambition som över tid burit frukt. Inom dessa tre plattformar finns det i dagsläget ett flertal forskare som arbetar med olika strategiska frågor, vanligtvis i nära dialog med praktiskt verksamma. Föreliggande rapport är en delrapport i ett Interreg finansierat projekt mellan Region Skåne och Region Själland. Rapporten är författad av Anders Anell som är aktiv inom ramen för KEFUs hälso- och sjukvårds plattform.

I rapporten görs en jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. Nationella och internationella av jämförelser har varit i ropet under några år inom hälso- och sjukvården. Jämförelser kan vara en bra källa för inspiration och lärande men kan också resultera i missförstånd och att felaktiga beslut fattas. Som beslutsfattare är det särskilt viktigt att de beslut man fattar på grundval av olika jämförelser baseras på en förståelse för de förutsättningar som berörd verksamhet verkar under. Detta är inte minst viktigt vid internationella jämförelser då framväxt och drivkrafter i olika nationella system kan variera.

Att det är viktigt att förstå dessa skillnader görs också mycket tydligt i denna rapport. För även om det danska och svenska systemet för ”primärvård” till övervägande del har samma utmaningar på sikt, framgår det tydligt att det inte går att använda sig av samma lösningar.

Som brukligt svarar författaren ensam för de värderingar och slutsatser som görs i rapporten.

*Lund i September
Ulf Ramberg
KEFU*



Region Skåne



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Kapitel 1 Introduktion.....	5
Kapitel 2 Institutionella ramar och historik	7
Kapitel 3 Jämförelse	11
3.1 Resurser, organisation och vårdkontakter	11
3.2 Befolkningens valmöjligheter	16
3.3 Ersättningsprinciper och kostnadsansvar	19
3.4 Etableringskontroll, uppföljning och ansvarsutkrävning	21
Kapitel 4 Gemensamma utmaningar, men olika lösningar.....	25
Kapitel 5 Analys av för- och nackdelar utifrån Kanadensisk referensram	27
Kapitel 6 Sammanfattande konklusioner	31
Referenser	33

Kapitel 1

INTRODUKTION

I denna rapport jämförs övergripande villkor och organisation av almen praxis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. Syftet är att identifiera likheter och skillnader och vad som kan förklara dessa. Särskilt studeras likheter och skillnader i övergripande organisation, styrning och ekonomiska villkor för mottagningar och vårdcentraler. Modeller för almen praxis respektive primärvård analyseras även utifrån internationell litteratur om för- och nackdelar med olika modeller. Avslutningsvis identifieras framtida utmaningar när det gäller att utveckla almen praxis respektive primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet.

Jämförelsen baseras främst på sekundärdata i form av befintlig litteratur och dokumentation kompletterat med statistik över resurser och aktiviteter enligt senaste tillgängliga år. Beskrivningar av hälso- och sjukvårdssystemen i Danmark respektive Sverige baseras på rapporter och information sammanställda av European Observatory of Health Systems and Policy (Anell et al 2012, Olejaz et al 2012, www.hspn.org). Övergripande beskrivningar av almen praxis respektive svensk primärvård har hämtats från bl a Pedersen et al (2012) samt Anell (2005, 2011, 2012).

Det kan redan i denna introduktion poängteras att den övergripande organisationen och styrningen av almen praxis respektive primärvård skiljer sig väsentligt mellan de båda regionerna. Eftersom uppdragen skiljer sig är det inte heller meningsfullt att jämföra t ex skillnader i kostnader. Trots stora skillnader finns gemensamma utmaningar. Lösningarna för att utveckla almen praxis respektive primärvård ser dock olika ut och måste beakta den modell som utvecklats och skilda förutsättningar för att bedriva förändringsarbete.

Kapitel 2

INSTITUTIONELLA RAMAR OCH HISTORIK

Det finns en mycket lång tradition av *almen praksis i Danmark* som uppnått stor uppskattning i befolkningen och varit individers naturliga val för första linjens vård. Almen praksis tillhandahålls av privata allmänläkare som arbetar ensamma eller i mindre grupper som kan vara organiserade på olika sätt. Listning sker alltid till namngiven allmänläkare. Remiss från allmänläkare behövs för besök till annan specialist eller sjukhus. Uppdrag och ersättning förhandlas fram nationellt mellan allmänläkarnas organisation (praktiserende lægers organisation, PLO) och en nationell nämnd (Regionernas Lønnings- og Takstnævn, RLTN) som representeras av de fem regionerna samt av kommuner, finans- respektive sundhetsministeriet. Etableringskontrollen har hanterats av respektive region i samverkan med praktiserande läkare inom regionen. Den nationella styrningen av primärvård i Danmark har inneburit att det historiskt sett funnits små variationer när det gäller t ex antal läkare per invånare i olika geografiska områden. Under senare tid har dock funnits problem att ersätta pensionerade allmänläkare på landsbygden med nya privata allmänläkare. I dessa fall finns möjlighet för regioner att upprätta egna kliniker med anställda läkare.

En större strukturell reform genomfördes år 2007, som innebar förändringar till en övergripande organisation med 5 regioner och 98 kommuner. Regionernas främsta uppgift är sedan dess att organisera och styra de offentliga sjukhusen samt finansiera almen praksis och övrig vård utanför sjukhusen. Vilka specialiteter som ska finnas vid olika sjukhus styrs från Sundhetsstyrelsen. Regionerna har ingen egen beskattningsrätt utan får sin ersättning genom staten och kommunerna. Kommunerna har egen beskattningsrätt och ansvarar bl a för vårduppgifter såsom sjukhem, hemsjukvård, skolhälsovård, viss tandvård och till ökad del (efter reformen 2007) prevention och rehabilitering.

Primärvården i Sverige har en svag tradition och har haft svårt att etablera sig som ett naturligt val för första linjens vård bland befolkningen. Det hänger bl a samman med resursbrist i form av få allmänläkare per invånare och som andel av totala antalet läkare, se tabell 1. I de större städerna finns en historisk tradition av att vända sig till sjukhusens mottagningar. Fram till 7-kronorsreformen i början av 1970-talet fick också svenska sjukhusläkare betalt per prestation för besök i öppen vård, medan deras insatser i slutenvård ersattes med fast lön. Landstingen har också historiskt ansvarat för sjukhusens utbyggnad medan man fick ansvar för primärvård först i slutet av 1960-talet.

Fortfarande finns i svensk sjukvård utbredda möjligheter till så kallad "egenremiss", dvs. möjlighet att uppsöka flertalet specialistmottagningar vid sjukhusen eller privata specialistläkare utan krav på remiss från allmänläkare.

Primärvård och sjukhusvård organiseras helt av de 21 landstingen som har egen beskattningsrätt. De 290 kommunerna har ansvar för bl.a. äldreomsorg, hemsjukvård och hjälpmedel. Det finns en tradition av relativt stora vårdcentraler där allmänläkare arbetar tillsammans med sjuksköterskor och andra yrkesgrupper enligt ideal som lyftes fram av WHO i Alma Ata deklARATIONEN 1978. Ungefär 60 % av vårdcentralerna i Sverige ägs och drivs av landstingen själva, dock med stor variation mellan landstingen när det gäller andelen verksamhet i privat regi.

En större nationell reform genomfördes år 2010, med obligatorisk skyldighet för landstingen att erbjuda invånare val av vårdcentral samt etableringsfrihet för privata vårdgivare. Historiskt sett har vårdcentraler arbetat utifrån geografiska ansvarsområden, men valmöjligheter för individer har successivt utvecklats sedan början av 1990-talet. I Skåne infördes utökade valmöjligheter för individer och etableringsfrihet för privata aktörer i primärvården under 2009. De närmare kraven på vårdcentraler samt ersättning och kostnadsansvar avgörs även efter 2010 av respektive landsting/region. Den nationella styrningen är begränsad och det finns därför, liksom tidigare, variationer mellan landstingen när det gäller primärvårdens roll, organisation och resurser. I Skåne är ungefär 40% av antalet vårdcentraler privata med olika typer av ägare. Övriga vårdcentraler ägs och drivs av Region Skåne.

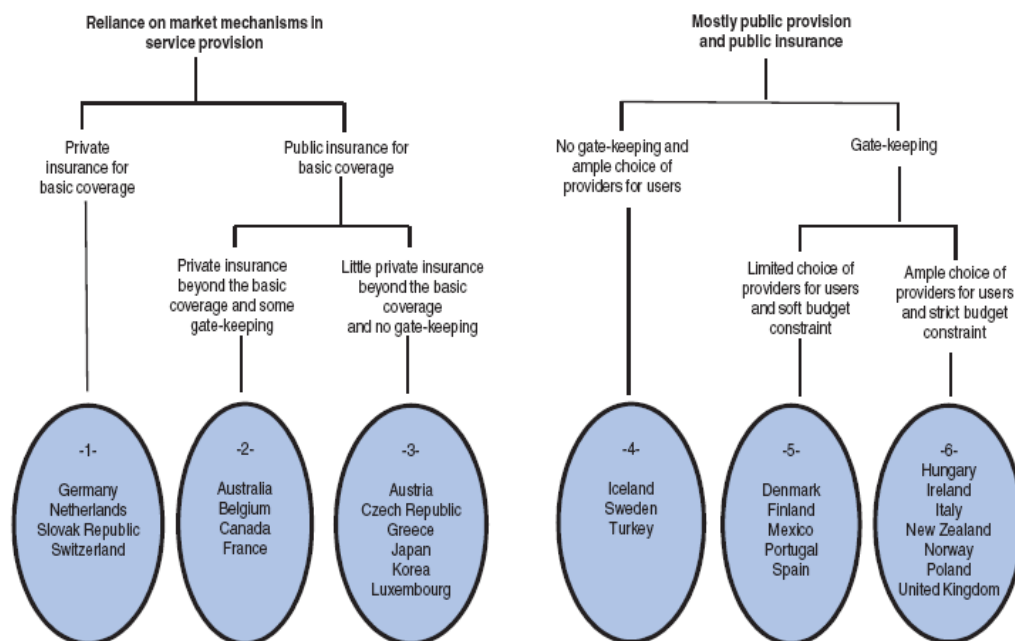
Tabell 1. Antal allmänläkare per 1 000 invånare och som andel av totala antalet yrkesverksamma läkare i urval OECD länder år 2009 (senaste jämförbara år).

	Allmänläkare per 1 000 invånare	Andel allmänläkare av totala antalet yrkesverksamma läkare
Danmark	0,73	21 %
Finland	1,02	33 %
Nederländerna	1,26	43 %
Norge	0,81	20 %
Sverige	0,63	17 %
UK	0,80	30 %

Källa: OECD Health Statistics 2013.

Hälso- och sjukvården i Sverige respektive Danmark har flera likheter när det gäller övergripande villkor för finansiering (i huvudsak genom skatt), organisation (till stor del i offentlig regi) och omfattning (alla invånare ska ha tillgång till vård utifrån behov). När det gäller primärvårdens organisation finns dock betydande skillnader såtillvida att allmänläkaren under lång tid haft en central position i dansk hälso- och sjukvård. Utgångspunkten för denna position är kravet på remiss för att få tillgång till annan specialiserad hälso- och sjukvård, vilket saknats i svensk hälso- och sjukvård. Denna viktiga skillnad innebär också att t ex OECD menar att Sverige och Danmark utifrån detta perspektiv kan kategoriseras som tillhörande olika sjukvårdssystem, se figur 1.

Figure 0.1. Groups of countries sharing broadly similar institutions



Figur 1. Kategorisering av ett urval OECD länder med avseende på graden av offentlig organisation samt möjligheter att uppsöka olika vårdgivare utan remiss. (Källa: OECD (2010) Health care systems. Efficiency and policy settings. OECD Publishing.)

Några övergripande skillnader mellan almen praksis i Danmark och primärvård i Sverige sammanfattas i nedanstående ruta.

Almen praksis i Danmark

- Huslækare, Dr Finley/Hansen
- God tillgång och geografisk jämlik fördelning av allmänläkare
- Privat regi
- Nationell modell
- Stort förtroende hos befolkning/patienter
- Remisskrav ("grindvakt")
- Tar stort ansvar för samlad öppenvård
- Utveckling mot flerläkarmottagningar, samverkan

Primärvård i Sverige

- Alma Ata 1978
- Sjukhusen dominerande ställning
- Primärvård under 70-tal:
 - Vårdcentraler, geografiskt ansvar, samverkan
- "Egenremiss"
- Blandat förtroende hos befolkningen; högre förtroende bland patienter
- Brist på allmänläkare
- Begränsat ansvar för öppenvård
- Offentlig regi
- Utveckling mot vårdval, privat regi

Kapitel 3

JÄMFÖRELSE

I detta avsnitt jämförs almen praksis respektive primärvård i Region Sjaelland och Region Skåne utifrån fyra teman som beskriver övergripande organisation och styrning av verksamheten:

- resurser, organisation och vårdkontakter
- befolkningens val
- ersättningsprinciper och kostnadsansvar
- etableringskontroll, uppföljning och ansvarsutkrävning

Eftersom almen praksis i Region Sjaelland i hög grad styrs av nationella överenskommelser så motsvarar de villkor som beskrivs villkoren i andra danska regioner. För Region Skåne finns däremot skillnader i förhållande till andra landsting i Sverige. I ett svenskt perspektiv är vårdvalssystemet för vårdcentraler/mottagningar i Stockholm mest likt förhållanden för almen praksis i Danmark/Sjaelland, med en högre andel ersättning för utförda aktiviteter (60%) och fler privata vårdgivare än i någon annat landsting. De flesta andra landsting har dock vårdvalssystem i primärvården som i högre grad liknar förhållanden i Skåne (se vidare Anell et al 2012).

3.1 RESURSER, ORGANISATION OCH VÅRDKONTAKTER

I tabell 2 nedan sammanfattas några nycketal avseende resurser, organisation och registrerade vårdkontakter i almen praksis respektive primärvård. Eftersom uppdragen för almen praksis i Sjaelland respektive en vårdcentral i Skåne skiljer sig är det svårt att göra några meningsfulla jämförelser av verksamhetens kostnader.¹ Det är mera relevant, om än inte oproblematiskt, att jämföra resurser

¹ Kostnad per invånare för primärvård i Region Skåne var 3 816 SEK år 2012 (SKL, Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2012, tabell E28). Kostnad per invånare för almenpraxis i Region Sjaelland år 2012 var 1 379 Dkr (sammanställning av KORA baserat på uppgifter från www.statistikbanken.dk). Primärvård i

i form av antalet läkare, antalet mottagningar samt vilken övrig personal som är verksamhet vid dessa. Det är också möjligt att övergripande jämföra antalet registrerade vårdkontakter och verksamhetens betydelse sett till den samlade öppenvården.

Tabell 2. Resurser, organisation och registrerade vårdkontakter år 2012.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Antal läkare	485 praktiserande läkare	612 läkare, varav 8% har annan specialistutbildning än allmänmed.
Antal invånare per läkare i almen praksis respektive primärvård	1 687 inv.	2 051 inv.
Antal mottagningar	280 (flera mottagningar kan dock ha gemensam lokal)	151
Antal läkare per mottagning (genomsnitt)	1,7	4,0
Antal listade per mottagning (genomsnitt)	2 921 inv.	8 542 inv.
Övrig personal per mottagning (genomsnitt)	1,3 sjuksköterskor 1,1 sekreterare Övrigt: enskilda mottagningar har dietist, socialassistent/kurator	Ca 8 sjuksköterskor med olika inriktning Övriga: sjukgymnaster, dietist, psykolog, kurator, arbets-terapeut, undersköterskor, kiropraktor, naprapat
Antal <u>registrerade fysiska vårdkontakter</u> per invånare.	4,88 besök per inv. hos almen praksis (läkare och sjuksköterska)	4,19 besök per inv. i primärvården (varav 1,43 avser läkarbesök)

Skåne omfattar dock ett bredare uppdrag och verksamhet som ligger utanför kostadsansvaret för almen praksis i Region Sjaelland.

Andel av öppenvården, exklusive tandvård	90% av alla besök i sjukvården sker i praksissektorn, dvs utanför sjukhusen. 57% av alla besök i praksissektorn sker hos almen praksis.	61% av öppenvårdsbesöken sker på primärvårdsnivå (exklusive besök på barnvårds- och mödravårdscentraler, KBT, MMS och ungdomsmottagning)
--	--	--

Källa: Uppgifter från KORA (avseende Region Sjaelland) respektive Region Skåne.

Som framgår av tabell 2 är antalet invånare per läkare i skånsk primärvård högre än i Sjaelland. Då ingår läkare med annan specialistutbildning än allmänmedicin i siffror för Skåne. I kraven för Region Skåne anges att vårdcentralen ska vara bemannad med allmänläkare under öppettider, men det är därutöver möjligt att anställa eller samverka med läkare med annan specialistutbildning. Motsvarande möjligheter finns i flertalet andra landsting men Region Skåne tillhör de svenska landsting som har flest läkare med annan specialistbakgrund i primärvården (Läkarförbundet 2012). Även jämfört med andra landsting i Sverige har Sjaelland en väsentligt bättre tillgänglighet av allmänläkare.

Det ska noteras att Region Skåne, liksom flertalet andra svenska landsting, har stora problem med vakanser som måste täckas upp av hyrläkare. Enligt en kartläggning år 2012 var hyrläkare verksamma vid 32% av vårdcentralerna i Skåne en slumpvist utvald vardag; 35% av vårdcentralerna hade behov och möjlighet att anställa fler läkare motsvarande 85 heltidstjänster (ibid). Förekomsten av vakanser var generellt högre bland offentliga vårdcentraler. Även i andra landsting finns problem med vakanser och hyrläkare och situationen i Skåne är snarast bättre än på många andra håll. I Region Sjaelland finns vakanta mottagningar ("ydernumre") i ytterområden där verksamheten upprätthålls genom s k regionkliniker med vikarierande läkare.²

Statistik på antalet läkare per mottagning och genomsnittligt antal listade indikerar att mottagningar i Sjaelland respektive Skåne organiseras på olika sätt. I Sjaelland, liksom i övriga regioner, är det fortfarande vanligt att allmänläkare

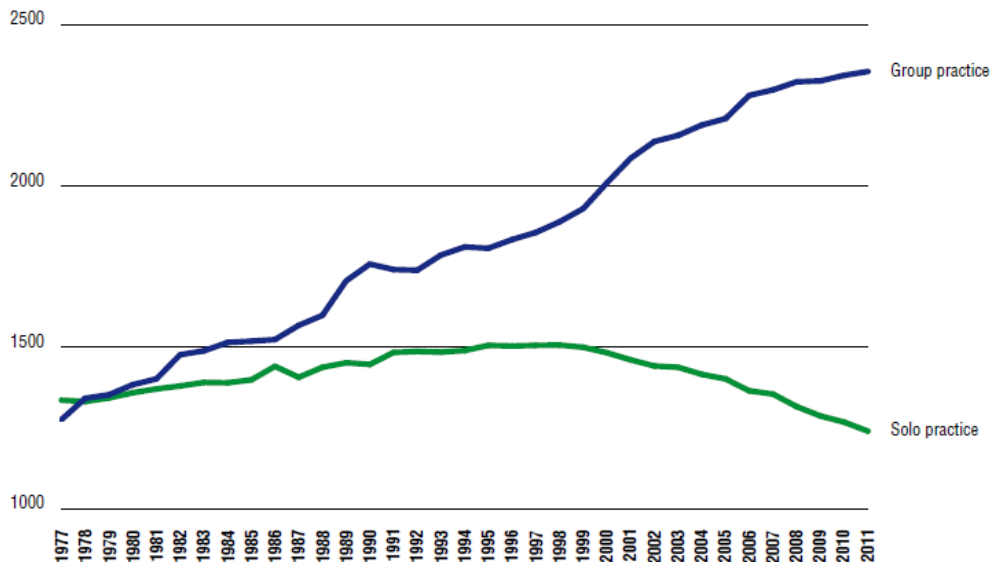
² I maj 2014 fanns sex sådana vakanta "ydernumre" enligt uppgift från Region Sjaelland.

arbetar som ensam läkare på sin mottagning. Ungefär två tredjedelar av allmänläkarna i Danmark arbetar i grupp, med ungefär lika fördelning mellan mindre grupper på 2-3 läkare och grupper med fyra eller fler läkare (Kurstein Kjellberg & Hansen 2009). Räknat som andelen mottagningar är dock läkare som arbetar ensamma vanligast. I Region Sjaelland är 57% ”enkeltmand” mottagningar medan 35% av mottagningarna har 2-8 allmänläkare som verksamma i ”kombagniskab” (Utkast Praksisplan 2014-2017). Det finns dock betydande variationer mellan olika geografiska områden. Det ska också noteras att läkare som arbetar ensam på sin mottagning kan ha samverkan med andra motsvarande mottagningar när det gäller samlokalisering mm. Det finns också lokal samverkan när det gäller jourhantering liksom mera övergripande samverkan (genom PLO) när det gäller utbildning och kvalitetsuppföljning.

I jämförelse med skånska vårdcentraler anställer dansk almen praksis förhållandevis lite annan personal. Det vanligaste i Sjaelland är att allmänläkare har anställt någon sjuksköterska och sekreterare, men allmänläkarna är i majoritet i förhållande till sjuksköterskor (se tabell 2). Bland skånska vårdcentraler är distriktssköterskor och specialistsjuksköterskor med egna mottagningar för t ex patienter med diabetes eller astma/KOL vanliga. Uppdraget i Region Skåne innebär även att vårdcentraler måste anställa eller samverka med t ex sjukgymnaster. Vilka kompetenser som vårdcentraler väljer att anställa eller samverka med (t ex genom avtal med sjukgymnaster) är också en fråga om konkurrens och vilka erbjudanden man vill ge befolkningen och de som listar sig.

Över tid har det skett en kontinuerlig utveckling mot att allt fler allmänläkare i Danmark arbetar i grupp, se figur 2. Även i de fall läkare formellt arbetar ensamma på sin mottagning finns som nämnts i allt högre grad ett samarbete med andra mottagningar när det gäller bl a lokalisering, jourer och fortbildning. Nationellt och i regioner har behovet av en utveckling mot fler praktiker i grupp med utrymme för mer samverkan och arbete i team lyfts fram (se t ex Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008). Med en sådan utveckling menar man att det finns bättre möjligheter att utnyttja annan kompetens, inte minst sjuksköterskor som kan ha egna mottagningar av patienter med vanliga kroniska sjukdomar. Den typen av mottagningar finns redan i Sjaelland och på andra håll i Danmark men är inte så vanlig som i Skåne. Det finns också studier av större vårdcentraler i Danmark där man undersökt möjligheterna att öka den samlade kapaciteten genom ansvarsfördelning och en utvidgad roll för inte minst sjuksköterskor. Jämförelser av resurser och vårdkontakter tyder på vissa stordriftsfördelar, i form av bättre ekonomi och att läkare kan arbeta färre timmar, men att det krävs en tydlig ledning med delegering till självständiga sjuksköterskor m fl och ansvarsuppdelning mellan läkare för att uppnå dessa fördelar (Sandberg Buch & Kjellberg 2011). Nackdelen med utvecklingen mot

läkare som arbetar i grupp är i första hand att det blir svårare att skapa alternativ i områden med gles befolkning. Studier från flera olika länder visar också att patienter ger mindre mottagningar högre betyg som också uppnår hög kontinuitet i patient – läkarrelationen (van den Hombergh et al 2005; Hippisley-Cox et al, 2001; Glenngård 2012).



Figur 1. Antalet allmänläkare i solo- eller grupp praktik i Danmark, 1977-2011. (Källa: Olejaz M, et al. (2012) Denmark. Health system review. sidan 94.)

Det är svårt att direkt jämföra antalet kontakter i almen praksis respektive primärvård eftersom förutsättningarna skiljer sig. Benägenheten att registrera vårdkontakter kan också variera beroende på vilka krav som finns och hur ersättningssystemen är uppbyggda. I tabell 2 redovisas antalet registrerade fysiska vårdkontakter (besök) per invånare i de båda regionerna. I underlaget ingår då besök hos olika personalkategorier eftersom besök hos sjuksköterska registreras som ett besök hos allmänläkare i Danmark. Som framgår finns ingen större skillnad i antalet fysiska besök per invånare i primärvården beräknat på detta sätt. Man ska dock vara medveten om att flera av de besök som räknas in i underlaget för Skånes del inte gör det i Sjaelland. T ex ingår inte besök hos sjukgymnaster, psykologer m fl i underlaget för Sjaelland, eftersom dessa verksamheter organiseras för sig och på ett motsvarande sätt som almen praksis. Antalet kontakter per invånare för Sjaelland som redovisas i tabell 2 är lägre än det antal som brukar redovisas för Danmark i olika internationella jämförelser. I dessa jämförelser ingår dock telefonkonsultationer och även e-mailkontakter, som ersätts separat i det danska systemet.

Den närmare uppdelningen på olika former av vårdkontakter per 1 000 invånare i de båda regionerna (i Skåne uppdelat på kontakter med läkare och övriga)

framgår av tabell 3. I de siffror som redovisas i denna tabell ingår alla registrerade kontakter. Som framgår är majoriteten av besök i skånsk primärvård hos annan personalkategori än läkare. Det ska då på nytt noteras att besök hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter ingår i underlaget, vilket inte är fallet för Sjaelland. De danska allmänläkarna gör enligt sammanställningen också fler hembesök och har fler telefonkonsultationer. När det gäller hemsök och även telefonkonsultationer varierar betydelsen mellan olika åldrar. För patienter 80 år och äldre görs relativt sett fler hembesök och telefonkonsultationer förekommer lika frekvent som mottagningsbesök (uppgifter från KORA).

Tabell 3. Antal vårdkontakter i almen praksis (Sjaelland) respektive primärvård (Skåne) per 1000 invånare år 2012.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Mottagningsbesök	3 862	4 154 (1 398 hos läkare)
Hembesök	126	50 (36 av läkare)
Telefonkonsultationer	2 798	1 403 (413 hos läkare)
E-mailkonsultationer	546	i.u.

Källa: Sammanställning av KORA (Region Sjaelland) samt uppgifter från SKL (Region Skåne).

Som tidigare nämnts finns stora skillnader mellan de danska respektive svenska sjukhusens roll i den samlade öppenvården. Medan 90% procent av alla öppenvårdsbesök sker utanför sjukhusen i Danmark (se tabell 2) svarar svenska sjukhus fortfarande för närmare hälften av alla besök i öppen vård. Dansk almen praksis svarar i sin tur för drygt hälften av alla öppenvårdsbesök utanför sjukhusen. Övriga besök sker hos andra privata yrkesutövare i form av specialistläkare, sjukgymnaster, kiropraktorer, psykologer och foterapeuter som organiseras och styrs på motsvarande sätt som almen praksis. I Skåne sker 61% av öppenvårdsbesöken på primärvårdsnivån, exklusive besök på barnavårds- och mödravårdscentraler, KBT, MMS och ungdomsmottagning eftersom dessa verksamheter hanteras som separata vårdval.

3.2 BEFOLKNINGENS VALMÖJLIGHETER

I tabell 4 redovisas jämförelse av övergripande principer för befolkningens val av allmänläkare eller vårdcentral samt villkor avseende patientavgifter, remisskrav och nationella väntetidsgarantier. Följande väsentliga skillnader kan noteras:

- Befolkningen i Sjaelland/Danmark har ett val om man vill lista sig hos almen praksis eller inte. Om man listar sig hos allmänläkare slipper man betala patientavgifter vid

besök hos almen praksis och sjukhus, och man får remiss av allmänläkare som underlättar besök i övrig specialiserad vård. Man får ett särskilt försäkringskort där bl a vald namngiven allmänläkare framgår. I Skåne listas hela befolkningen på vårdenhet i primärvården, antingen genom aktivt val eller passivt.

- I Danmark väljer man alltid namngiven allmänläkare medan listning alltid sker på vårdenhet i Skåne. Det finns få geografiska och andra begränsningar för individers val i Skåne. Vårdenheter kan inte neka att lista individ som så önskar utan måste i princip expandera verksamheten vid behov. I Sjaelland/Danmark finns fritt val till almen praksis inom 15 km avstånd från bostadsadress. Om mer än 15 km måste allmänläkare skriva på ett intyg att man accepterar hembesök. Det innebär att allmänläkare kan neka att lista individer som bor på längre avstånd än 15 km från mottagningen (i Köpenhamn gäller 5 km). Allmänläkare som arbetar heltid är skyldig att lista individer upp till 1 600 invånare. Därutöver är det möjligt för allmänläkare att ange valfritt listningstak, vilket i så fall gäller alla invånare. Om fler än 2 700 listade krävs särskilt tillstånd.
- Patientavgifter i varierande storlek tas ut i både primär- och sjukhusvård i Region Skåne. Patientavgifter är högre om man väljer att besöka någon annan vårdenhet än där man är listad (vilket är formellt möjligt) och om man besöker specialiserad vård utan remiss. Patientavgift vid besök hos akutmottagning på sjukhus är väsentligt högre än övriga besök i syfte att förmå befolkningen att i högre grad välja primärvårdens mottagningar.
- Patientavgifter för receptläkemedel har liknande förmånstrappa i båda regionerna som bestäms nationellt, dock med mera begränsat högkostnadsskydd i Sjaelland/Danmark. Till följd av begränsat högkostnadsskydd är det relativt vanligt med privat försäkring som täcker avgifter för receptläkemedel i Danmark.
- Kraven på remiss för att uppsöka specialiserad vård är högre i Sjaelland/Danmark än i Skåne/Sverige. Möjligheter att välja sjukhus nationellt efter remiss i Danmark.
- Nationella väntetidsgarantier är mer generösa i Danmark än i Sverige och dessutom differentierade med hänsyn till sjukdomens allvarlighetsgrad. Om garantier inte uppfylls utökas valmöjligheterna i båda länderna. Det är relativt vanligt i Danmark med privat försäkring som ger möjlighet att välja privat sjukhus efter remiss från allmänläkare.

Tabell 4. Befolkningen val av allmänläkare/vårdcentral, patientavgifter, remisskrav och väntetidsgaranti.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Möjligheter till "exit"	Ca 98% av befolkningen har listat sig hos allmänläkare (grupp 1).	I princip ska hela befolkningen listas på mottagning i primärvården. Passiv listning utifrån tidigare besök eller geografiskt avstånd för de som inte listar sig aktivt.
Val av läkare eller vårdenhet	Allmänläkare	Mottagning/vårdenhet

Geografiska begränsningar	Fritt val inom 15 km. Om mer än 15 km måste allmänläkare intyga att hembesök accepteras.	Fritt val inom Region Skåne och samverkande landsting.
Listningstak	Allmänläkare kan själv välja listningstak över 1 600 individer. Om fler än 2 700 individer listade behövs särskilt tillstånd.	Nej, mottagning skyldig att expandera verksamhet vid behov.
Patientavgifter vid besök	Inga patientavgifter för almenpraxis eller sjukhusvård för individer som är listade hos almenpraxis (grupp 1). Patientavgifter för övriga delar av praksissektorn (tandläkare, sjukgymnast, psykolog, kiropraktik).	Besök vid egen vårdcentral 160 SEK; 200 SEK vid besök hos annan vårdcentral. 50 SEK för besök hos sjuksköterska. Besök akutmottagning 450 SEK. 300 SEK för läkarbesök i specialistvård; 200 SEK vid remiss. Högekostnadsskydd 1 100 SEK per 12 månader för öppenvård. Inga avgifter för barn under 18 år.
Avgifter för receptläkemedel	0% subvention upp till 915 Dkr, 50% subvention 915 – 1 495 Dkr, 75% 1 495 – 3 235 Dkr, 85% subvention över 3 235 Dkr. För barn under 18 år 60% subvention upp till 0 – 1 495 kr, övrigt som för individer över 18 år. Möjlighet till högekostnadsskydd för kroniskt sjuka patienter på 3 775 Dkr per 12 månader.	0% subvention upp till 1 100 SEK, 50% subvention 1 100 – 2 100 SEK, 75% subvention 2 100 – 3 900 SEK, 90% subvention 3 900 – 5 400 SEK. Högekostnadsskydd 2 200 SEK per 12 månader. Barn under 18 år i samma hushåll har gemensamt högekostnadsskydd.
Remisskrav	Krav på remiss med undantag för akutmottagningar, tandläkare, kiropraktor, öron näsa hals specialist samt ögonläkare. Fritt val av offentliga sjukhus i Danmark vid remiss.	Möjligheter till egenremiss för annan specialiserad vård, med undantag för högspecialiserad vård.
Vårdgaranti	Kontakt i almenpraxis samma dag vid akut sjukdom, konsultation inom 5 dagar. Max 2 månaders (1 månad vid allvarlig sjukdom) väntetid för vård vid sjukhus. Utökade valmöjligheter till privata sjukhus om garantin inte kan hållas.	Kontakt med primärvård samma dag. Läkarbesök i primärvård inom sju dagar. Besök i specialiserad vård inom 90 dagar. Behandling påbörjad inom 90 dagar. Utökade valmöjligheter nationellt inklusive privata sjukhus om garantin inte kan hållas.

Källa: Uppgifter från Region Sjaelland och Region Skåne.

3.3 ERSÄTTNINGSPRINCIPER OCH KOSTNADSANSVAR

I tabell 5 redovisas skillnader i ersättningsprinciper och kostnadsansvar för mottagningar och vårdcentraler mellan Region Sjaelland och Region Skåne. Följande väsentliga skillnader kan noteras:

- Beslut om uppdrag och ekonomiska villkor fattas på nationell nivå i Danmark genom överenskommelser mellan PLO och RLTN, med omförhandling av avtal vartannat år. Regioner finansierar almen praksis inom ramen för avtalet och kan också komma överens med mottagningar i regionen om tillägg. I Sverige avgör varje landsting primärvårdens ekonomiska villkor och närmare uppdrag. Region Skåne kan i princip införa förändringar löpande, efter dialog med vårdgivare.
- I Sjaelland/Danmark går ersättningen till allmänläkare som sedan betalar ut lön till anställd personal. I Region Skåne är ersättningen knuten till vårdenhet med anställda läkare och övrig personal.
- I Region Skåne avser nästan hela ersättningen ett fast belopp per listad individ. Därför är det mera väsentligt att ersättningen viktas utifrån individers förväntade sjukvårdskonsumtion, vilket görs utifrån mått på sjuklighet och socioekonomi. I Sjaelland/Danmark är huvuddelen av ersättningen knuten till olika prestationer och aktiviteter. Andelen fast ersättning är liten och densamma oavsett individens förväntade vårdkonsumtion.
- Mottagningar i Sjaelland/Danmark har inget kostnadsansvar utöver de kostnader som uppstår på mottagningen. I Region Skåne är vårdcentralers kostnadsansvar omfattande och inkluderar t ex listade individers besök hos andra vårdgivare och basläkemedel oavsett förskrivare. Det ger ytterligare anledning till att vikta ersättningen utifrån förväntade vårdkostnader.

Tabell 5. Ersättningsprinciper och kostnadsansvar.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Beslut om uppdrag och ersättningsnivåer	Nationellt uppdrag med ersättningsnivåer efter överenskommelser mellan PLO och regioner.	Uppdrag och ersättningsnivåer bestäms av Region Skåne.
Ersättning per listad individ	Ca 30% av ersättningen, med enhetligt belopp oavsett ålder och sjuklighet.	Ca 97% av ersättningen, viktat för sjuklighet (ACG) 80% samt socioekonomi (CNI) 20%. Särskild läkemedelsersättning viktad utifrån samma faktorer. Särskilda ersättningar för tilläggsuppdrag.
Rörlig ersättning per vårdkontakt	Ersättning per besök, diagnostik, jourtid, telefonkonsultation, e post konsultation, hembesök etc.	Ingen ersättning för listade. Besöksersättning 300 SEK för övriga; 900 SEK kvällar/helger.

Mårelaterad, P4P	Nej	Ca 3 procent av ersättningen avsätts till ersättning baserat på flera kvalitetsmål.
Kostnadsansvar för besök hos andra vårdgivare	Nej	<u>Primärvård:</u> 300 SEK per besök; 900 SEK kvällar/helger. <u>Övrig öppenvård:</u> Tillägg/avdrag på kapitering utifrån hur stor andel av öppenvårdsbesöken som listade personer gör i primärvården. Täckningsgrad 58% är norm.
Kostnadsansvar diagnostik	Enbart egen provtagning.	Kostnadsansvar för medicinsk service som ordinerar vid vårdcentralerna och som ingår i primärvårdsuppdraget.
Kostnadsansvar läkemedel	Nej	Ansvar för 75% av listade personers kostnader för basläkemedel, oavsett förskrivare.

Källa: Uppgifter från Region Sjaelland och Region Skåne.

Ersättningsprinciper är föremål för diskussion i båda regionerna. I Region Sjaelland finns ett missnöje såtillvida att man saknar kostnadskontroll och inflytande över vården utanför sjukhusvården av flera skäl:

- Regioner och vårdgivare utanför sjukhusen, som almen praksis, är förhandlingsparter där den ena parten inte kan kräva förändringar. Alla förändringar baseras på överenskommelser. Gentemot de offentliga sjukhusen kan regioner kräva förändring och driva igenom budgetbeslut.
- Uppdrag och ersättning i almen praksis bestäms i huvudsak nationellt.
- Ersättning för öppenvård utanför sjukhusen, som almen praksis, baseras till stor del på volymen vård.

I de danska regionerna finns ett intresse av att undersöka möjligheten att öka andelen fast ersättning till almen praksis, som kan viktas med avseende på vårdtyngd och socioekonomi. En utgångspunkt för det upplevda behovet av förändrade ersättningsprinciper är att arbetsformer i almen praksis håller på att förändras. I takt med att insatserna av framför allt sjuksköterskor ökar, och då monitorering av kroniskt sjuka patienter kan göras utan fysiska vårdkontakter, kan en rörlig ersättning som utgår från allmänläkarnas aktiviteter uppfattas som allt mindre relevant. En utveckling mot högre andel kapitering skulle dock ge

ändrade ekonomiska incitament till vårdgivare. Med ändrade ersättningssystem kan antal remisser öka, vilket i så fall kan leda till högre kostnader på sjukhus.³ Med ökad andel fast ersättning finns också risk för undervård såtillvida att vårdkontakter med patienter begränsas av ekonomiska skäl (se Anell 2011).

I Skåne finns omvänt ett missnöje bland flera vårdgivare att kostnadsansvaret är alltför omfattande. Det är i sammanhanget relevant att notera att det omfattande kostnadsansvaret i Skåne jämfört med Sjaelland baseras på att vårdcentralerna i genomsnitt har betydligt fler listade individer och anställer fler läkare och annan personal. Med fler listade tar variationer i individers vårdkonsumtion ut varandra enligt ”de stora talens lag”. Motsvarande kostnadsansvar som i Skåne skulle innebära betydande ekonomisk risk för almen praksis, där mottagningar listar väsentligt färre individer. En ny diskussion i Skåne och andra landsting som viktat kapiteringen utifrån sjuklighet baserat på diagnoser (ACG) är i vilken utsträckning som systemet utnyttjas genom att vårdgivare anger så många diagnoser som möjligt för listade individer. Det illustrerar att även en fast ersättning kan ge ekonomiska incitament som inte främjar en god vård för patienter utan som syftar till att förbättra vårdgivares egen situation.

3.4 ETABLERINGSKONTROLL, UPPFÖLJNING OCH ANSVARSUTKRÄVNING

I tabell 6 redovisas jämförelse av övergripande principer för etableringskontroll, uppföljning och ansvarsutkrävning. Följande väsentliga skillnader kan noteras:

- Almen praksis i Sjaelland/Danmark styrs i hög grad av nationella avtal i kombination med läkarprofessionens egen utformning av normer för ägande, verksamhet och kvalitetsuppföljning (DAK-E). Möjligheterna till uppföljning och ansvarsutkrävning av almen praksis från regionens sida har varit begränsad. Det nya avtalet från 2014 innebär att almen praksis ska omfattas av det nationella systemet för kvalitetsuppföljning och ackreditering (Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM). Dessutom sker en utveckling mot ökad transparens på samma sätt som för de danska sjukhusen. Region Skåne formulerar själv krav på verksamheten inklusive villkor för ägande, riktlinjer för verksamheten och uppföljning inklusive årlig uppföljningsdialog,

³ Förändrade ersättningsprinciper för almen praksis i Köpenhamnsregionen från kapitering till blandat ersättningssystem år 1987 resulterade i ökade volymer av de tjänster som ersattes och färre remisser till specialiserad vård (Krasnik et al 1990).

medicinsk revision enligt teman och på förekommen anledning samt uteslutning av vårdgivare om inte kraven efterlevs.

- I Sjaelland/Danmark finns regional kontroll av antalet tillstånd att bedriva almen praksis med offentlig finansiering. Man styr också lokalisering och möjligheter till deltidsarbete. Nya tillstånd upprättas och avvecklas vid behov i områden med växande/minskad befolkning. I Region Skåne finns etableringsfrihet för alla privata vårdenheter som klarar och accepterar kraven från Region Skåne.
- Tillstånd för offentlig finansiering och mottagningar kan säljas och köpas fritt i Sjaelland/Danmark men PLO anger villkor för t ex värdering och ska godkänna överlåtelse. Enbart allmänläkare kan verka som ägare. Fr o m 1 september 2014 blir det formellt möjligt för allmänläkare att äga upp till sex mottagningar, men historiskt har principen ”en mottagning en ägare” varit väl etablerad. I Skåne finns inga begränsningar när det gäller ägarförhållanden. Enskilda privata mottagningar verkar parallellt med regionala och nationella kedjor, inklusive kedjor ägda av riskkapitalbolag, liksom vårdcentraler i Region Skånes egen regi. Ägarstrukturen när det gäller privat regi är fördelad med en tredjedel av vårdcentralerna vardera mellan enskilda vårdcentraler, regionala kedjor respektive nationella kedjor.

Tabell 6. Etableringskontroll, uppföljning och ansvarsutkrävning.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Krav för godkännande	Nationell överenskommelse mellan praktiserande läkares organisation (PLO) och Danske Regioner om uppdrag.	Krav på vårdcentraler och mottagningar definieras av Region Skåne.
Etableringskontroll	Antal tillstånd (”ydernumre”) att bedriva verksamhet inom geografiska områden med offentlig finansiering bestäms i regionens ”praksisplanudvalg”.	Fri etablering för de vårdgivare som klarar krav för godkännande och accepterar villkor.
Ägare	I princip gäller ”en mottagning en ägare” där allmänläkare utgör ägare. Möjligheter att köpa och sälja ”ydernummer” och mottagning men läkarnas organisation ska godkänna överlåtelse.	Inga begränsningar i ägande. Förutom offentliga vårdcentraler finns enskilda privata samt regionala kedjor och nationella kedjor med olika ägarkonstellationer (inkl. riskkapitalbolag). Möjligheter att köpa och sälja vårdcentraler och mottagningar fritt.

Uppföljning	Region har möjlighet att följa upp verksamhetens volym baserat på ersättning av kontakter. Kan initiera samtal om volym skiljer sig från motsvarande mottagningar. Kan dock inte vidta några åtgärder. Nationellt system för transparent uppföljning av kvalitet initieras genom nytt avtal.	Insyn enligt de krav och villkor som framgår av krav för godkännande. Medicinska revisioner och uppföljningsdialoger. Möjligheter att ställa villkor för fortsatt verksamhet.
Möjlighet att utesluta viss vårdgivare	Region kan avveckla ”ydernummer” efter bedömning av behov i ”praksisplanudvalg”.	Region kan dra tillbaka godkännande om vårdenhet inte uppfyller villkoren.

Även om det saknats insyn i almen praksis verksamhet från regionens sida ska noteras att riktlinjer för vård och nationella system för uppföljning av kvalitet (DAK-E) utvecklats av allmänläkarna själva. Det är obligatoriskt att redovisa data till det nationella systemet, som används för egen uppföljning och forskning.

Nationella normer om antalet listade invånare per läkare och den regionala kontrollen av antalet ”ydernumre” har inneburit att almen praksis historiskt sett varit jämnt spridd över hela landet. Allmänläkare äger själva sin praktik och ”ydernummer” och kan köpa eller sälja dessa, men försäljningar ska formellt godkännas av PLO. Marknadspris på ”ydernummer” varierar upp till 2 miljoner Dkr. Etableringar i vissa landsbygdsområden har dock varit svårsålda, vilket kan vara problem för innehavaren som kan ha delar av sin pension knutna till värdet av mottagningen. I de fall det inte finns någon köpare till en mottagning kan regionen driva verksamheten med anställd personal. Det finns fyra sådana regionkliniker i Region Sjaelland.

Etableringsfriheten för privata vårdgivare inom primärvården i Skåne har inte lett till någon diskussion kring brist på kostnadskontroll eftersom vårdgivare betalas med ett fast belopp per listad individ. Däremot finns diskussion kring bristen på etableringar i områden med gles befolkning, där regionens egna vårdcentraler vanligtvis har större betydelse.

Kapitel 4

GEMENSAMMA UTMANINGAR, MEN OLIKA LÖSNINGAR

I både Sverige och Danmark beskrivs i hög grad övergripande utmaningar för hälso- och sjukvården och för primärvård på ett likartat sätt:

- Förändringar inom sjukhussektorn innebär ett succesivt ökat ansvar för vård utanför sjukhusen. Allt för många individer, även i Danmark, söker vård vid sjukhusens akutmottagningar även i de fall vård i primärvården skulle varit mer relevant.
- Förändrad demografi med allt fler äldre innebär att kapaciteten i vården måste utökas. Samtidigt innebär pensionsavgångar att fler läkare och annan vårdpersonal behöver anställas för att upprätthålla nuvarande kapacitet. I Sjaelland finns en tydlig trend att allt färre läkare 65+ fortsätter sin verksamhet såsom tidigare.
- Fler individer med kronisk sjukdom och ökad betydelse av livsstilssjukdomar ställer krav på ett paradigmskifte inom inte minst primärvården, mot ett mera proaktivt och förebyggande synsätt.
- Det finns koordineringsproblem för särskilt individer med många kroniska sjukdomar och bland äldre. Bristen på koordinering i vården utanför sjukhusen kan också leda till onödiga besök på sjukhusens akutmottagningar och inläggningar för slutenvård som skulle kunna ha undvikits.

Bättre samverkan och koordinering mellan almen praksis/ primärvård respektive sjukhus och kommuner är centrala frågor i båda regionerna. Flera initiativ för att skapa bättre koordinering tillkommer dock på nationella initiativ i Danmark, jämfört med att initiativ ofta varit lokala i Sverige (Wadmann et al 2009). Erfarenheterna är att samarbetsavtal inte är tillräckliga och svåra att implementera. Riktad ersättning till primärvården i olika former är exempel på ekonomiska incitament för att skapa bättre koordinering och samverkan. Det kan gälla läkemedelsgenomgångar, individuella vård- och omsorgsplaner eller hembesök efter utskrivning från sjukhus. De praksiskonsulenter som utvecklades i Danmark (Odense) för att förbättra kommunikation och samverkan mellan almen praksis och sjukhus, och som nu finns på alla sjukhus i Region Sjaelland, har kopierats till svenska förhållanden i form av allmänläkarkonsulenter. I Region Sjaelland finns intresse för praxis bland skånska vårdcentraler som innebär en utvecklad roll för distrikts- och specialistsjuksköterkor. I Sjaelland finns särskilda utmaningar att koordinera almen praksis med den primärvård som nu utvecklas i kommunal regi till följd av det ökade ansvaret för prevention och rehabilitering. I Skåne har sjukhusen mera sällan kontakt med allmänläkare vid utskrivning av äldre, där det i

praktiken ofta är sjuksköterskor från kommunerna som tar ett stort ansvar för vårdinsatserna.

Även om utmaningarna i hög grad är gemensamma finns stora skillnader när det gäller mera kortsiktiga problem samt förutsättningar för att bedriva förändringsarbete. I Sjaelland finns från regionens sida önskemål att almen praksis ska bli en mera integrerad del av hälso- och sjukvården och att regionens möjligheter att påverka och följa upp verksamheten ska öka. Det finns också ett intresse av att utveckla almen praksis arbetsformer mot en större roll för sjuksköterskor. Motsvarande intresse kan noteras från andra regioner och även nationellt från Sundhetsministeriet. Allmänläkarna själva, däremot, försvarar den tidigare ordningen och främst det professionella självstyret där kvalitetsuppföljning är en inomprofessionell angelägenhet. Under senare år har samtalsklimatet mellan regionerna och PLO varit konfliktfyllt och det har tagit lång tid att komma överens om en ny nationell överenskommelse. Det är ännu oklart i vilken grad det nya avtalet från 2014 kommer att leda till förändringar.

I Region Skåne utvecklas den befintliga lösningen med ett brett uppdrag till vårdcentraler som rymmer flera kompetenser vidare. Nya tilläggsuppdrag införs för t ex äldre, patienter med hjärtsvikt, unga vuxna och gynekologi. Ett annat tilläggsuppdrag som kräver samverkan mellan flera vårdcentraler är utvidgat akutvårdsuppdrag. Trots att primärvårdens organisation rymmer fler kompetenser och att vårdcentraler är förhållandevis välutrustade jämfört med mottagningar i Sjaelland finns kvarstående problem med att vårdcentralernas andel av den samlade öppenvården i Region Skåne är mera begränsad. Den vårdvalsreform som infördes 2009 har i det avseendet inte inneburit några signifikanta förändringar. Fortfarande finns stora problem med brist på allmänläkare, som leder till att en tredjedel av samtliga vårdcentraler har vakanser motsvarande sammanlagt ett 80-tal tjänster, och att det finns ett beroende av hyrläkare.

Kapitel 5

ANALYS AV FÖR- OCH NACKDELAR UTIFRÅN KANADENSISK REFERENS RAM

I ett internationellt perspektiv återfinns den typ av modell för almen praxis som används i Sjaelland/Danmark i flera andra länder. Även i Norge, Nederländerna och Storbritannien baseras primärvården på privata mottagningar, listning av individer samt en ersättning till vårdgivare som till viss del baseras på kapitering. Organisation och arbetsformer bland mottagningar varierar dock. Särskilt i Storbritannien finns numera färre solo praktiker jämfört med i synnerhet Danmark och Nederländerna. Även i de flesta andra OECD länder organiseras primärvården i privat regi, dock utan formell listning och med en ersättning som i sin helhet utgår från vårdkontakter. Den modell som traditionellt tillämpats i Sverige är dock mera ovanlig. Andra länder med en stor andel primärvård i offentlig regi är Finland samt Italien, Spanien och Portugal.

I tabell 7 redovisas en referensram utvecklad i Kanada för drygt 10 år sedan (Lamarche et al 2003), som beskriver olika principer för primärvård. De två visioner och fyra modeller som redovisas baseras på de modeller för primärvård som vid tidpunkten för studien kunde identifieras bland OECD-länder. Som framgår klassificerades både Sverige och Finland som sk ”community models” där primärvården har geografiskt ansvar, höga ambitioner när det gäller integrering med andra vårdgivare, en fast ersättning baserat på befolkningens karakteristika samt en övergripande vision som handlar om att bidra till befolkningens hälsa. Ambitioner när det gäller tillgänglighet, kontinuitet gentemot patienter samt integrering med andra vårdgivare kan variera, vilket föranledde författarna att skilja mellan två olika modeller – ”integrated” respektive ”non-integrated”. Dessa båda modeller och den gemensamma visionen baserat på ansvar för befolkningens hälsa inom ett geografiskt område ställs mot två sk ”professional models”. Dessa modeller, som baseras på en vision att tillhandahålla vård till de som uppsöker mottagningen eller är listade vid densamma, fokuserar i första hand allmänläkarens insatser. Ersättningen är i högre grad baserad på de vårdkontakter och insatser som tillhandahålls till patienter. Som redan nämnts är det dessa modeller, främst den sk ”professional contact model” som är vanligast bland OECD länder.

Utifrån referensramen kan noteras att Sjaelland/Danmark använder en modell för primärvård som återfinns i flera andra länder. För svenskt vidkommande var den modell som tillämpades före introduktionen av vårdval inte särskilt vanlig.

Efter införandet av vårdval kan svensk primärvård snarast betraktas som en kombination av arbetsformerna för det som kallas "community model" (bred kompetens, hög ambition när det gäller integrering med andra vårdgivare) och de yttre förutsättningarna som gäller för "professional co-ordination model" (högre andel privata vårdgivare, val för individer och ersättning baserat på kapitering). Om denna kombination av modeller leder till att övergripande mål kan nås bättre än tidigare återstår fortfarande att se.⁴ På samma sätt kan noteras att almen praksis i Sjaelland/Danmark, liksom primärvården i t ex Storbritanien och Nederländerna, utvecklas mot den inre organisation som beskrivs för "community models", dvs. mot fler större mottagningar där även annan kompetens än allmänläkarens tas tillvara.

I perspektivet av de olika modeller som används i Sjaelland respektive Skåne är det intressant att notera hur den Kanadensiska studien värderar för- och nackdelar med olika val baserat på befintligt studier och bedömning av en expertpanel (se vidare Anell 2005). Utifrån flera kriterier bedöms att "professional co-ordination model" är genomgående lika bra eller bättre än "professional contact model". På samma sätt bedöms "integrated community model" som väsentligt bättre än "non-integrated model". Valet mellan "professional co-ordination model" samt "integrated community model" är dock beroende av vilken typ av mål som värderas högst. T ex får en "professional co-ordination" model högst betyg när det gäller kontinuitet i patient – läkarrelationen och när det gäller patientbetyg, medan "integrated community model" får högre betyg i andra kvalitetsdimensioner, inte minst de som avser bedömning av medicinsk processkvalitet. Den kanadensiska studien gör dock ingen analys av möjligheterna att implementera de olika modellerna beroende på t ex allmänläkares preferenser när det gäller arbetsformer.

⁴ För genomgång av hur vårdvalsreformer påverkat främst tillgängligheten i primärvården, se Vårdanalys (2014:3) Låt den rätta komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden?

	Professional models	Community models
Vision	<p>“designed to deliver medical services to patients who seek these services or to people who choose to register to obtain these services (subscribers)”</p>	<p>“designed to improve the health of populations living in a given geographic area and to promote development of the communities served; mission to meet healthcare needs of a population”</p>
	<p>‘Professional contact model’</p>	<p>‘Integrated community model’</p>
Egenskap	<ul style="list-style-type: none"> - Läkare ensamma eller i grupp; begränsat samarbete med andra professioner. - Besöksersättning till läkare baserad på taxa. - Begränsat informationsutbyte med annan verksamhet. 	<p>Som för ”integrated community model” men:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen särskild informationsteknologi för integrering av service. - Inte tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar. - Inga formella mekanismer som garanterar kontinuitet gentemot enskilda individer.
	<p>‘Professional co-ordination model’</p>	<p>‘Non-integrated community model’</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Läkare ensamma eller i grupp; samarbete med främst sjuksköterskor. - Ersättning genom fast belopp per listad individ i kombination med ersättning per besök. - Utbyte av klinisk information med andra vårdgivare. - Kontakter med andra vårdgivare för att upprätthålla integration av service; uppföljning av patienter via sjuksköterska eller läkare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bredd grupp av professionella som svarar mot diagnostik, behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård etc. - Fast ersättning baserat på befolkningskaraktistika. - Brett utbyte av klinisk och annan information med andra vårdgivare som tjänar samma befolkning. - Vårdteam ansvarar för kontinuitet gentemot patienter. - Tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar.
Exempel	USA, Kanada, Belgien, Tyskland	Sverige, Finland

Kapitel 6

SAMMANFATTANDE KONKLUSIONER

Genomgången i denna rapport har visat att det finns stora skillnader i uppdrag och organisation för almen praksis i Sjaelland respektive primärvård i Region Skåne. Även om det finns stora skillnader kan noteras en utveckling i båda regionerna som i viss mån innebär ett närmande till varandra. I Skåne infördes val för befolkningen och etableringsfrihet för privata vårdgivare år 2009. Villkoren är dock mera ”tillåtande” än i Sjaelland. Det finns färre begränsningar i invånarnas val och få begränsningar när det gäller ägandet av mottagningar. På så sätt finns i Skåne mera av marknad i primärvården än tidigare, men även mer marknad och kommersiella drivkrafter jämfört med Sjaelland. I Danmark finns fortfarande en stark professionell kontroll och ett kompetensmonopol när det gäller vem som kan äga en mottagning inom almen praksis.

I Sjaelland sker en successiv utveckling mot fler läkargrupper samt att sjuksköterskor med eget mottagningsansvar får större betydelse. Det är arbetsformer som tillämpas generellt i Skåne, även om det finns enstaka mindre privata mottagningar där i stort sett alla besök sker hos läkare. Det är uppenbart i båda regionerna att det finns allmänläkare som vill arbeta på olika sätt, med större eller mindre samverkan med andra allmänläkare respektive andra yrkesgrupper i team. Det kan också beskrivas som en fördel att villkoren i båda regionerna tillåter en variation i mottagningarnas organisation och arbetssätt. Det innebär att fler allmänläkare kan bli nöjda med arbetsvillkoren samtidigt som studier kan jämföra för- och nackdelar med olika organisation och arbetssätt. Utvecklingen mot mottagningar med flera läkare, förändrade arbetssätt och ökad betydelse av sjuksköterskor i Danmark (och mer samverkan mellan små mottagningar) är dock tydlig och något som förespråkas av regioner och Sundhetsministeriet. Det finns hos dessa organisationer en uppfattning att arbete i team kan skapa högre effektivitet genom att allmänläkarnas och andra yrkesgruppers kompetens kan tas tillvara på ett bättre sätt. Samtidigt finns ett motstånd mot utvecklingen mot större mottagningar bland flera praktiserande läkare, på samma sätt som det i Skåne finns många allmänläkare som önskar att det danska systemet med almen praksis skulle införas i Sverige.

Övergripande och långsiktiga utmaningar för almen praksis respektive primärvård i regionerna är till stor del gemensamma. Både utbudet i form av förändringar inom sjukhussektorn och efterfrågan i form av fler äldre med kronisk sjukdom skapar behov av bättre kapacitet och effektivitet i den öppna vården utanför sjukhusen. Det finns dock stora skillnader i problem på kort sikt

samt förutsättningar för att bedriva förändringar. I Skåne finns ett kroniskt problem till följd av bristen på allmänläkare, som leder till brist på tillgänglighet och kontinuitet men även urholkar primärvårdens förmåga att ta ett större ansvar för invånares öppenvård och arbeta mera preventivt med t ex sköra äldre och andra riskgrupper. Region Skåne lägger ett stort ansvar på vårdcentralerna som även har betydande frihetsgrader när det gäller hur arbetet ska utföras. Samtidigt saknas läkarresurser för att fullt ut klara uppdraget.

Almen praksis i Sjaelland har ett klart bättre ”track record” än primärvården i Skåne, inte minst när det gäller att bygga upp ett förtroende hos befolkningen. Den stora utmaningen är snarast hur regioners och myndigheters krav och önskemål om transparens när det gäller kvalitet och bättre samverkan med andra vårdgivare ska bemötas. Sedan 2010 har det rått ett tillstånd av motsättningar mellan PLO och Danska regioner om hur almen praksis ska se ut och styras i framtiden. Sett i regionens perspektiv är framgången för almen praksis naturligtvis en stor tillgång. Men den tidigare framgången i kombination med den nationella och i hög grad inomprofessionella styrningen kan också beskrivas som ett problem genom att det blir svårare för regionen att ställa krav på förändringar som är anpassade till utvecklingen av hälso- och sjukvården i stort. Det står i kontrast till primärvården i Sverige där bristen på framgång under senare tid skapat förutsättningar för omfattande förändringar.

REFERENSER

- Anell A, Nylander P, Glenngård AH (2012) Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar. SKL: Stockholm.
- Anell A, Glenngård AH, Merkus A. (2012) Sweden. Health system review. Health System in Transition 2012; 14(5): 1-159.
- Anell, A. Choice and privatization in Swedish primary care. Health Economics, Policy and Law 2011; 6(4): 549-569.
- Anell, A. (2005) Primärvård i förändring. Studentlitteratur: Lund.
- Glenngård AH. (2012) Is patient satisfaction in primary care dependent on structural and organizational characteristics of providers? Findings based on data from the national patient survey in Sweden. Health Economics, Policy and Law. (online ahead of print)
- Hippisley-Cox J, et al. (2001) Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. BMJ; 323: 320-323.
- Van den Homberg P, et al. (2005) Saying goodbye to single-handed practices: what do patients and staff lose or gain? Family Practice; 22: 20-27.
- Krasnik A, et al (1990) Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. BMJ; 300: 1698-1701.
- Kurstein Kjellberg P, Hansen J. (2009) Fremtidens praktiserende læger. Inblick.nu
- Lamarche PA. Ed. (2003) *Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation (www.chrsf.ca).
- Läkarförbundet (2012) Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning. Läkarförbundet: Stockholm.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008) Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen.
- Olejaz M, et al. (2012) Denmark. Health system review. Health System in Transition; 14(2):1-192.
- Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. (2012) General Practice and Primary Health Care in Denmark. Journal of the American Board of Family Medicine; 25: s34-s38.
- Region Sjælland (2014) Udkast till Praksisplan 2014-2017.
- Sandberg Buch M, Kjellberg J. (2011) Kapacitet i fremtidens almenpraksis. Organisation og ledelse af praksis; maj: 421- 429.
- Vårdanalys (2014:3) Låt den rätta komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden?
- Wadmann S, et al. (2009) Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. International Journal of Integrated care; 9: 1-14.

KEFU SKRIFTSERIE 44
ISSN 1102-8483
ISRN KEFU-SKR-44-SE

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