

Granskning av Hälsoval Skåne

Granskningsrapport

Björn Jansson
Thomas Nerd
Gert Paulsson

Innehåll

1. SAMMANFATTNING OCH IMPULSER TILL FÖRBÄTTRINGAR	3
1.1. SAMMANFATTANDE SVAR PÅ REVISIONSFRÅGORNA	3
1.2. IMPULSER TILL FÖRBÄTTRINGAR SOM GRANSKNINGEN VISAR BEHOV AV	7
2. BAKGRUND, SYFTE OCH METOD	9
3. REVISIONSFRÅGORNA OCH DERAS BESVARANDE	10
3.1 REVISIONSFRÅGA 1: HUR FORTGÅR ARBETET UTIFRÅN DE IDENTIFIERADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN SOM REDOVISATS I FÖRRA ÅRETS GRANSKNING?	10
3.2 REVISIONSFRÅGA 2: HUR HAR PRIMÄRVÅRDSFÖRVALTNINGENS CENTRALA ROLL UTVECKLATS/FÖRÄNDRATS I TAKT MED INFÖRANDET AV VAL AV VÅRDENHET INOM HÄLSOVAL SKÅNE?	11
3.3 REVISIONSFRÅGA 3: HUR FUNGERAR DE EKONOMISKA STYRPRINCIPERNA OCH HUR PÅVERKAS VÅRDENHETERNA GENERELLT MEN ÄVEN T EX AVSEENDE KOSTNADSANSVARET FÖR TAXEVÅRD, LÄKEMEDEL OCH GRÄNSSNITTET GENTEMOT FAMILJELÄKARENHETERNA? VILKA FÖRÄNDRINGAR I DE EKONOMISKA STYRPRINCIPERNA HAR GJORTS INFÖR 2010 OCH VARFÖR? VILKA RESULTAT HAR SKETT ELLER FÖRVÄNTAS SKE UTIFRÅN DESSA FÖRÄNDRINGAR? HUR SÄKRAS DEN ÖVERGRIPANDE EKONOMIN I HÄLSOVAL SKÅNE AVSEENDE VÅRDENHETERNA? HUR HANteras ÖVER/UNDERSKOTT PÅ RESPEKTIVE VÅRDENHET?	13
3.4 REVISIONSFRÅGA 4: FINNS UPPRÄTTAD OCH FÖRANKRAD RISKANALYS FÖR HÄLSOVAL SKÅNE? VAD RYMS I SÅ FALL I DENNA ANALYS?	15
3.5 REVISIONSFRÅGA 5: HUR HAR HÄLSOVALSKONTORETS ROLL UTVECKLATS BETRÄFFANDE BEMANNING, GENTEMOT ÖVRIGA INTRESSETER ETC?	15
3.6 REVISIONSFRÅGA 6: HUR UPPLEVS FRIHETSGRADEN PÅ RESPEKTIVE VÅRDENHET INOM PRIMÄRVÅRDEN SKÅNE EFTER INFÖRANDET AV HÄLSOVAL SKÅNE?	16
3.7 REVISIONSFRÅGA 7: HUR BEDRIVS ARBETET FÖR ATT, I TAKT MED ÖKAT UPPDRAG, STYRA FLÖDET AV RESURSER FRÅN DEN ÖPPNA SPECIALISERADE VÅRDEN TILL PRIMÄRVÅRDEN?	17
3.8 REVISIONSFRÅGA 8: HUR HAR HÄLSOVAL SKÅNE LYCKATS MED ATT BIDRA TILL ATT FÖRSTA LINJENS SJUKVÅRD FÖRBÄTTRATS UTIFRÅN ETT MEDBORGAR- OCH PATIENTPERSPEKTIV?	19
3.9 REVISIONSFRÅGA 9: HUR GARANTERAS TILLGÄNGLIGHETEN FÖR PATIENTER DÅ VÅRDENHETER MED ÖKANDE PATIENTUNDERLAG ALDRIG FÅR NEKA PATIENTER MED MOTIVERINGEN ATT DE HAR FULLT?	20
3.10 REVISIONSFRÅGA 10: VILKET LÄRANDE OCH VILKA ERFARENHETER HAR GJORTS OCH HUR KOMMER DET ATT PÅVERKA GENOMFÖRANDET AV DET KUNDVAL SOM BESLUTATS FÖR 2011, VAL AV MÖDRAVÅRDSENHET	20
3.11 REVISIONSFRÅGA 11: UPPFÖLJNING SKALL ÄVEN SKE AV AVTALSSTYRNINGEN OCH ARBETET MED DETTA VID DE VERKSAMHETER INOM REGIONEN SOM ANSVARAR FÖR ARBETET MED AVTAL OCH UPPFÖLJNING AV EXTERNA VÅRDGIVARE	22
BILAGA 1; REVISIONSFRÅGOR	23
BILAGA 2; MEDBORGARNAS UPPFATTNING – VÅRDBAROMETER OCH PATIENTENKÄT	24
BILAGA 3; UPPFÖLJNING AV AVTALSSTYRNING VAD GÄLLER EXTERNA VÅRDGIVARE	39
BILAGA 4; ENKÄT TILL CHEFERNA FÖR HÄLSOVALSENHETER	43
BILAGA 5; FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN I RAPPORT 22 – 2009	53

1. Sammanfattning och impulser till förbättringar

Granskning av en organisation med sådan bredd, djup och heterogenitet som vi här arbetar med leder till stor ödmjukhet. Den stora kompetens som finns i organisationen och de stora organisatoriska förändringar som gjorts förstärker behovet av en lyssnande ansats. Det är också viktigt att granskningen bidrar till regionens fortsatta utveckling inom granskade områden.

Vi vill också notera att det på ett mer övergripande plan är viktigt att regionen utvecklar såväl ägarsidan som beställarsidan. Ägarrollen är viktig för att ge den egna produktionen optimala förutsättningar. Beställarsidan är viktig för att lyfta fram medborgar-/patient perspektivet. Dessa olika roller bärs för att ge tydlighet av olika organ i Region Skåne¹. Dessa olika perspektiv (beställare/uppdragsgivare, producent, ägare, helhet) är utgångspunkten vid besvarande av revisionsfrågorna och de får olika betydelse på olika nivåer i organisationen och i olika revisionsfrågor. Som vi redan i den förra granskningen (rapport 22 2009) noterat är det viktigt att Region Skåne utvecklar såväl sin förmåga att arbeta med externa leverantörer som att ta tillvara och utveckla personalens engagemang i den egna produktionen.

Vår sammanfattande bedömning hösten 2010 är ur ett beställar-/medborgar-/patientperspektiv att hälsovalsmodellen utvecklats och förbättrats. Flera av de problem vi noterade vid granskningen 2009 är åtgärdade. Ur ett ägar-/producentperspektiv återstår dock mycket för att utveckla Primärvården Skånes organisation och styrning som vi uppfattar som stående mitt emellan en traditionell förvaltningsstyrd modell med betoning på top-down och en intäktstyrd modell med mer betoning på bottom-up.

1.1. Sammanfattande svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga 1: Hur fortgår arbetet utifrån de identifierade förbättringsområdena som redovisats i förra årets granskning?

I bilaga 5 redovisar vi en sammanställning över de förbättringsområden som lyftes fram i rapporten 2009 och gör en ny bedömning. Vi vill här särskilt lyfta fram IT-stödet. IT-frågorna är fortfarande det stora sorgebarnet. Regionens IT-organisation är dålig på att leverera – det finns fortfarande saker som lovades till hälsovalets start men som inte fungerar ännu – t ex parapyportal².

Vi vill också lyfta fram att mycket kritik riktas mot primärvårdsförvaltningens ledning och organisation. Särskilt viktigt är det att verksamhetschefernas roll tydliggörs och att de får det stöd som behövs för att kunna leda och utveckla sina enheter i en ny och konkurrensutsatt miljö. I bilaga 4 redovisar vi en enkät som gått till verksamhetschefer för samtliga hälsovalsenheter. I enkäten framkommer en mycket kritisk bild från cheferna för Primärvården Skånes hälsovalsenheter.

¹ Beställar- och medborgarperspektivet representeras närmast av HSN och på tjänstemannansidan av hälsovalskontoret. Ägar- och producentrollen bärs närmast av Vårdproduktionsberedningen och Regionstyrelsen samt Primärvården Skåne på tjänstemannanivå.

² En IT-portal där man skulle landa ner olika typer av information rörande patienten t ex röntgenundersökningar, remissvar etc.

Revisionsfråga 2: Hur har primärvårdsförvaltningens centrala roll utvecklats/förändrats i takt med införandet av val av vårdenhet inom Hälsoval Skåne?

Vår bedömning är att Primärvården Skåne är mitt emellan en anslagsstyrd traditionell förvaltningsmodell och en marknadsliknande intäktsstyrd modell med större frihetsgrader inom givna ramar. Det är viktigt att denna förändring påskyndas och att man snarast tar steget fullt ut och i möjligaste mån ger de egna hälsovalsenheterna samma förutsättningar att agera som de privata konkurrenterna. Frihetsgraderna för verksamhetscheferna bör öka samtidigt som målen tydliggörs och stödet till verksamhetscheferna förstärks.

Revisionsfråga 3: Hur fungerar de ekonomiska styrprinciperna och hur påverkas vårdenheterna generellt men även t ex avseende kostnadsansvaret för taxevård, läkemedel och gränssnittet gentemot familjeläkarenheterna? Vilka förändringar i de ekonomiska styrprinciperna har gjorts inför 2010 och varför? Vilka resultat har skett eller förväntas ske utifrån dessa förändringar? Hur säkras den övergripande ekonomin i Hälsoval Skåne avseende vårdenheterna? Hur hanteras över/underskott på respektive vårdenhet?

Incitamenten för hälsovalsenheter att bredda sin verksamhet börjar få effekt t ex vad gäller sjukgymnaster. Styrningen av läkemedel börjar få effekt även i privata hälsovalsenheter.

Ersättningssystemen avses styra över vårdproduktionen till primärvård från öppenvård vid sjukhus. Detta har inte lyckats ännu och volymerna har ökat både i sjukhusens öppenvård och i primärvård. En risk för ekonomin i hälsovalet samlat kan vara att täckningsgraden ökar mer än planerat och då ökar ersättningen till enheterna mer än budgeterat.

När det gäller Primärvården Skåne är det viktigt att utveckla organisationen och ta steget fullt ut till att bli en organisation som vad gäller hälsovalsverksamheten agerar som en marknadsaktör med så långt möjligt samma förutsättningar som de privata konkurrenterna.

Revisionsfråga 4: Finns upprättad och förankrad riskanalys för Hälsoval Skåne? Vad ryms i så fall i denna analys?

Liksom vid granskningen 2009 noterar vi att kunskaper om risker och förmåga att bedöma risker är god i organisationen. Olika delar av organisationen är väl insatt i de risker som berör det egna ansvarsområdet men har dålig inblick i riskbilden för Region Skåne totalt. Någon gemensam och förankrad riskanalys finns inte.

Revisionsfråga 5: Hur har hälsovalskontorets roll utvecklats beträffande bemanning, gentemot övriga intressenter etc?

Hälsovalskontoret³ är litet och sårbart och vi bedömer även nu att bemanningen är låg i relation till verksamhetens omfattning. Införandet av medicinska revisorer stärker hälsovalskontoret. Vi bedömer att hälsovalskontoret även nu har en för svag och oklar roll i relation till t ex Primärvården Skåne.

³ Genom en organisatorisk förändring september 2010 finns inte hälsovalskontoret längre. Verksamheten ingår som en integrerad del i "Avdelningen för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri". Denna organisationsförändring gjordes under den tid vi samlade information till denna rapport. I de fall vi inte anger annat benämner vi fortfarande den administrativa organisationen till stöd för Hälsoval Skåne hälsovalskontoret.

Organisatoriskt har en stor förändring gjorts från september 2010 genom inrättande av avdelningen för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri. Detta sker i en situation då hälsovalskontoret och avdelningen för privata vårdgivare börjar få ett bättre grepp om sina verksamheter.

Att skapa en organisation där man samlat arbetar med uppdragsstyrning av närsjukvård kan vara en bra modell. Det finns dock risker i omorganisationsfasen särskilt som det blir kontinuitetstapp genom omsättning av personal – detta gäller såväl hälsovalsverksamheten som den tidigare avdelningen för privata vårdgivare.

Revisionsfråga 6: Hur upplevs frihetsgraden på respektive vårdenhet inom Primärvården Skåne efter införandet av Hälsoval Skåne?

Vår bedömning är att Primärvården Skåne är mitt emellan en traditionell förvaltningsstyrning (anslagsstyrd, mer av top-down) och en mer marknadsanpassad styrning (intäktsstyrd, mer av bottom-up). Att hälsovalets införande inte lett till den ökade handlingsfrihet som skulle varit naturligt har stöd i intervjuer och vår enkät (se bilaga 4). I enkäten anger t ex 51 % av cheferna för Primärvårdens Skånes hälsovalsenheter att deras handlingsfrihet begränsas av rutiner, regelverk och beslut av andra (motsvarande andel bland chefer för privata hälsovalsenheter är 15 %). Upplevelsen i intervjuerna att handlingsfriheten snarast minskats under hälsovalet kan inte bortses ifrån.

Det är viktigt att en förändring av styrningen i Primärvården Skåne genomförs för att skapa tydliga spelregler för förvaltningens hälsovalsenheter och dess chefer. Ett sådant regelverk bör innehålla få men tydliga krav och mål samt större handlingsfrihet.

Revisionsfråga 7: Hur bedrivs arbetet för att, i takt med ökat uppdrag, styra flödet av resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården?

Hittills har regionen inte flyttat resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården. Däremot har man tillfört mer pengar till primärvården i Hälsovalet. Primärvården i Skåne har dock fortfarande minst resurser per medborgare av alla landsting och en låg täckningsgrad ur ett nationellt perspektiv. En utredning har genomförts inom regionen och rapporten⁴ har fastställts av koncernledningen. Det fortsatta arbetet leds av en styrgrupp under ledning av regiondirektören.

Att föra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården är ingen lätt uppgift. Utvecklingen hittills i Region Skåne ger inte stöd för att man är på väg att lyckas utan snarare verkar resursförbrukningen öka i både den öppna specialiserade vården och i primärvården.

Insikten om problemet i organisationen är god. Huruvida detta kan leda till framgångsrik förändring av resursflödena kan till stor del komma att bero på om organisationen kan visa handlingskraft och på ett enhetligt sätt genomföra förändringar som behövs för att styra resurserna på annat sätt. En fråga som därvid blir aktuell är om man kan våga bygga ut primärvården till en nivå som motsvarar genomsnittet i riket innan man ser om man kan spara in på den öppna specialiserade vården.

⁴ Rapporten "Strategi för en öppenvård i rätt vårdform - Slutrapport".

Revisionsfråga 8: Hur har Hälsoval Skåne lyckats med att bidra till att första linjens sjukvård förbättrats utifrån ett medborgar- och patientperspektiv?

Medborgarnas service från och tillgänglighet till första linjens sjukvård bedömer vi har förbättrats genom hälsovalsreformen. Primärvårdens service och öppettider har utvecklats och kan bedömas fortsätta utvecklas mer för att möta medborgarnas/patienternas behov. När det gäller kunskapen hos medborgarna om Hälsoval Skåne planar den ut eller minskar något. Medborgarna uppger att det främst är kompetens (läkare/sjuksköterska), närhet och väntetid som avgör valet av vårdenhet. Vi bedömer liksom vid granskningen 2009 att medborgarna har en god information om rätten att välja vårdenhet.

Revisionsfråga 9: Hur garanteras tillgängligheten för patienter då vårdenheter med ökande patientunderlag aldrig får neka patienter med motiveringen att de har fullt?

Liksom vid granskningen hösten 2009 bedömer vi att någon garanti för att vårdenheter inte nekar patienter med hänvisning till att det är fullt i praktiken inte finns. Problemet har ännu inte blivit aktuellt men kan bli det i framtiden. Den situation där risken kan bedömas som störst är när hälsovalsenheter avvecklas på grund av bristande underlag och de enheter som finns i närheten har svårt att ta hand om fler patienter. De små tidigare GK-enheter⁵ som nu blir hälsovalsenheter kan öka risken för att patienter blir nekade med hänvisning till att det är fullt.

Revisionsfråga 10: Vilket lärande och vilka erfarenheter har gjorts och hur kommer det att påverka genomförandet av det kundval som beslutats för 2011, val av mödravårdsenhet?

Organisationen har lärt sig mycket av hälsovalsreformen inför införande av val av mödravårdsenhet. Det gäller bl a frågor kring utformning av system, införande av valfrihetssystem och information men även hur uppföljning och dialog kan utformas. I dessa avseenden står regionen väl rustad inför den kommande reformen om val av mödravårdsenhet.

Vi bedömer emellertid att det finns risker i tre viktiga avseenden. Det första riskområdet är IT-stödet. IT-stödet är fortfarande ett stort problem inom hälsovalet och kommer sannolikt att vara det i den nu kommande reformen, om inte åtgärder vidtas. Det andra riskområdet är det administrativa ansvaret vid genomförandet. Hälsovalsreformen gick bra trots hälsovalskontorets låga bemanning - på grund av hälsovalskontorets kompetens och förmåga. Det är en risk om man inte beaktar att det kan behövas en starkare administrativ organisation till stöd vid genomförandet av val av mödravårdsenhet. Det tredje riskområdet är vårdkedjans komplexitet. Vårdkedjan är komplex och aktörsfloran kan bli mer mångfacetterad och otydlig i rollerna. Det komplicerar genomförandet.

Revisionsfråga 11: Uppföljning skall även ske av avtalsstyrningen och arbetet med detta vid de verksamheter inom regionen som ansvarar för arbetet med avtal och uppföljning av externa vårdgivare.

Utvecklingen av avdelningen för privata vårdgivare och arbetet med avtalsstyrning av privata vårdgivare har lett till förbättringar av avdelningens arbete och såväl ökad följsamhet mot avtalsmall som bättre uppföljning och dialog med privata vårdgivare⁶. De genomförda

⁵ GK-enheter är enheter som ersätts enligt en modell som kallas "generell kravspecifikation", utan ansvar för jour och med en mer besöksrelaterad ersättning.

⁶ Se vidare bilaga 3 där redovisas granskningen av avdelningen för externa vårdgivare mer utförligt. Där görs även en återkoppling till tidigare rapporter (5 2008 och 22 2009).

förbättringarna har nu resulterat i fungerande rutiner och arbetssätt. Avdelningen är också rimligt bemannad för att klara sina uppgifter. De risker som bör noteras är främst det tapp av kompetens och personkontinuitet som kan bli följden av den omorganisation som genomfördes 1 september 2010.

1.2. Impulser till förbättringar som granskningen visar behov av

Granskningen visar att bland möjliga förbättringsområden kan noteras främst fyra huvudområden; Ägarpolicy, Ny filosofi för styrning/primärvårdsförvaltningens roll, IT-stödet samt Planering och incitament för att styra över resurser till primärvården.

Ägarpolicy

Om regionens egna vårdenheter skall utvecklas med ett starkare och mer entreprenöriellt lokalt ledarskap bör förvaltningens styrning av vårdenheterna ske med få men tydliga regler i ett hållbart ramverk. Ett led i att tydliggöra krav och roller är att utarbeta en ägarpolicy⁷. Regionen bör ha en större beredskap och tydlig strategi för hur man skall hantera egna vårdenheter som går med ”förlust”, vilka avkastningskrav man ställer på enheterna och vilken handlingsfrihet och ansvar som verksamhetschefer och förvaltningschef har. Detta är en viktig del av styrningen av de egna vårdenheterna och den egna förvaltningen. En sådan strategi bör också vara transparent och öppet redovisad, för att skapa trovärdighet att regionen kommer att agera så att konkurrensneutralitet upprätthålls gentemot privata vårdenheter.

En sådan policy finns i andra regioner/landsting och innehåller ofta regler kring avkastningskrav på respektive vårdenhet, hur resultatet för respektive vårdenhet disponeras, regler kring vårdenhetens egna kapital (alternativt möjligheter till resultatreglering över åren), regler kring vad vårdenheter måste köpa från förvaltningen och hur priset skall bestämmas.

Som exempel kan nämnas att Västra Götalands Regionen har utarbetat följande principer:

- samtliga vårdcentraler har ett avkastningskrav, oavsett resultat, till förvaltningen. Detta beräknas som en procentsats av den ersättning enheten får som hälsovalspeng
- samtliga vårdcentraler får behålla 100 % av sitt överskott/underskott (i undantagsfall kan underskott avlyftas om det finns synnerliga skäl)
- det skall inte finnas någon begränsning av storleken på det egna kapitalet för respektive vårdenhet

Ny filosofi för styrning/primärvårdsförvaltningens roll

Vår tolkning är att Primärvården Skåne är mitt i en förändring från en traditionell anslagsstyrd förvaltningsmodell (med betoning på top-down) till en marknadsanpassad intäktsstyrning (med mer betoning av bottom – up). Vi noterar i intervjuer med och vår enkät⁸ till verksamhetschefer att chefer för vårdenheter i Primärvården Skåne upplever sig ha mycket mindre handlingsfrihet, större ansvar och mindre tid att lösa sina ledarskapsuppgifter än sina

⁷ Vi använder här begreppet ”ägarpolicy” i något oegentlig betydelse. Primärvården Skånes hälsovalsenheter är en del av förvaltningen och Primärvården Skåne är en del av regionen. Begreppet ägarpolicy kan ändå vara lämpligt för att visa på parallelliteten gentemot privata konkurrenter samt för att få transparens och öppenhet i hälsovalsenheternas handlingsmöjligheter och förvaltningens roll. I formell mening är det vi syftar till regler fastställda av Regionfullmäktige för disposition av bl a överskott och underskott samt eget kapital, vilket kan innebära att hälsovalsenheterna blir balansräkningsenheter.

⁸ Bilaga 4.

privata kollegor. Det är viktigt att utvecklingen av styrningen av Primärvården Skåne prioriteras.

Styrning och organisation bör också tydligare skilja mellan å ena sidan producent/ägarroll och å andra sidan beställarroll/patientföreträdare/medborgarföreträdare. Detta kan innebära att man inrättar en särskild produktionsnämnd, eller på annat sätt organisatoriskt skiljer beställar-/patientperspektiv från producent-/ägarperspektiv. Man kan inom ramen för en sådan organisation inrätta ett särskilt utskott för primärvård på producent-/ägarsidan. Med en sådan modell blir de olika rollerna mer likställda och tydliga i hela organisationen och gentemot privata operatörer. I en sådan organisation möts de olika rollerna, beställare och producent, först i Regionstyrelsen och dess helhetsperspektiv. Då kan Regionstyrelsens roll renodlas till att ha helhetsansvar där beställar-/ medborgarperspektiv möter ägar-/producentperspektiv⁹. Viktigt här är också att tydliggöra ansvaret för t ex strukturfrågor och vilken betydelse det har för organisationen. Ges inte Primärvården Skåne i sig bra förutsättningar i dessa avseenden kan det försvåra för förvaltningen att ge de egna enheterna den ökade handlingsfrihet som behövs för att utveckla sin service och konkurrera.

Viktigt är också att det lokala ledarskapet vid hälsovalsenheterna inom Primärvården Skåne ges goda förutsättningar, som t ex vidgat handlingsutrymme med tydliga ramar och mål. Det lokala ledarskapet har stor betydelse för hur Primärvården Skåne kommer att kunna hävda sig i konkurrensen om patienter och personal. Viktigt här är att det lokala ledarskapet förmår leda de professionella grupperna vid sin enhet. Ledning av professionella grupper kräver ofta ett ledarskap baserat på egen professionell kompetens och förståelse för att vara trovärdig. Förvaltningsledningens roll blir då att i dialog med politiken och verksamhetscheferna staka ut tydliga mål och regelverk samt stödja verksamhetscheferna och följa upp deras arbete.

IT-stödet

Liksom vid granskningen 2009 påtalas även i denna granskning allvarliga brister i IT-stödet. Bristerna vad gäller IT-stödet är mycket stora och endast marginellt mindre än vid granskningen 2009. Nu tillkommer dessutom det faktum att man inte längre på samma sätt litar på löften att problemen kommer att lösas. Hanteringen av IT-stödet bör prioriteras för hälsovalsenheterna och inför den kommande reformen val av mödravårdsenhet.

Planering och incitament för att styra över resurser till primärvården

För att styra över resurser från sjukhusen och deras öppenvård till primärvården krävs en långsiktig planering och tydliga incitament. Regionen har utrett frågan vilket resultat i en slutrapport juni 2010. En styrgrupp med regiondirektören som ordförande tillsattes för det fortsatta arbetet.

Att föra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården är ingen lätt uppgift. Utvecklingen hittills i Region Skåne ger inte stöd för att man är på väg att lyckas utan snarare verkar resursförbrukningen öka i både den öppna specialiserade vården och i primärvården. Insikten om problemet i organisationen är god. I organisationen finns stor kunskap om och förståelse för hur olika incitament och metoder kan användas för att styra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården.

⁹ Vi har i rapport 2009 – 22 bilaga 4 utvecklat ett tentativt resonemang kring styrning av regionens egen regi – Primärvården Skåne.

Huruvida detta kan leda till framgångsrik förändring av resursflödena kan till stor del komma att bero på om organisationen kan visa handlingskraft och på ett enhetligt sätt genomföra förändringar som behövs för att styra resurserna på annat sätt. En fråga som därvid blir aktuell är om man kan våga bygga ut primärvården till en nivå som motsvarar genomsnittet i riket innan man ser om man kan spara in på den öppna specialiserade vården.

2. Bakgrund, syfte och metod

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit åt Tegle Jansson & Partners AB¹⁰ att genomföra en granskning av ”Hälsoval Skåne”. Granskningen är en uppföljning av granskningen ”Hälsoval Skåne – implementering av reformen mm” (rapport 22 2009) som vi genomförde hösten 2009. Granskningen är avsedd att bedöma den fortsatta utvecklingen av Hälsoval Skåne. Granskningen syftar till att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Hälsoval Skåne organiseras, planeras och genomförs på ett sätt som kan ge det resultat som förväntas och är önskvärt utifrån Region Skånes politiska beslut. Granskningen har haft ett regionövergripande helhetsperspektiv. I uppdraget ingår också en uppföljning av avtalsstyrningen av externa vårdgivare. Kontaktperson från Revisorerna har varit Hans Johansson och projektledare från revisionskontoret Eva Tency Nilsson.

Vi har analyserat ett stort antal dokument rörande utredning, införande och uppföljning av hälsoval samt intervjuat 34 personer. Informationsinsamlingen genomfördes till sin huvuddel under andra halvan av augusti och i september 2010. Bland granskade dokument kan nämnas, dokument rörande ekonomisk planering och uppföljning, årsredovisning 2009 Primärvården Skåne, resultat per enhet inom Primärvården Skåne per augusti, dokument rörande ekonomisk styrning (inkl ekonomiska incitament), beslutsordning Primärvården Skåne (2009-05-05), patient-/medborgarenkäter (vårdbarometern, nationella patientenkäten), medarbetarenkäter (bl a Springlife 2008) och Strategi för öppenvård i rätt vårdform (slutrapport 2010-06-01). Vi har vidare tagit del av de justeringar som gjorts i ackrediteringsunderlag och ersättningssystem rörande hälsovalsenheter, protokoll och beslutsunderlag från regionfullmäktige, regionstyrelsen, vårdproduktionsberedningen, hälso- och sjukvårdsnämnden och närsjukvårdsberedningen.

Av de 34 personer vi intervjuat är fyra politiker, 20 tjänstemän på administrativ nivå samt 10 personer i ledningen vid 10 vårdenheter (fem privata och fem av regionens egna vårdenheter). Vi har vidare genomfört en web-baserad enkät som vänt sig till cheferna på samtliga hälsovals-enheter. Sammanlagt har 101 verksamhetschefer besvarat enkäten, vilket innebär en svars-frekvens på 89 %. Totalt har 74 verksamhetschefer på offentliga hälsovalsenheter besvarat enkäten och 27 på privata hälsovalsenheter. Enkäten genomfördes under tiden 7/9 – 23/9 2010.

¹⁰ Företaget har i september 2010 bytt namn till TJP Analys & utveckling AB.

3. Revisionsfrågorna och deras besvarande

3.1 Revisionsfråga 1: Hur fortgår arbetet utifrån de identifierade förbättringsområdena som redovisats i förra årets granskning?

3.1.1 Iakttagelser

Vi redovisar här en genomgång av två av de frågor som identifierades som förbättringsområden i rapporten 22 2009 och som vi nu upplever som mest angelägna. I bilaga 5 redovisas en förnyad sammanfattande bedömning av förbättringsområdena i rapporten från 2009. De frågor vi särskilt vill lyfta upp här är dels IT-frågor dels primärvårdsförvaltningens roll och styrning.

När det gäller IT-stöd framkommer i intervjuer och redovisat material mycket stark kritik. Många anger att IT-lösningar som lovades till införande av hälsovalet i flera fall ännu inte fungerar. Brister i IT-stödet anges av många som det kanske största problemet som kvarstår när det gäller Hälsoval Skånes administrativa funktionssätt. IT-stödet fortsätter att leda till allvarlig kritik. Av intervjuerna framgår att det inte har hänt mycket med undantag för rent standardiserade basverktyg.

Ett exempel som lyfts fram i intervjuerna kring IT-stödet är resultat från röntgenundersökningar. Alla som är innanför ”brandväggen”(den egna organisationen och några externa leverantörer) kommer åt dessa. Övriga kommer inte åt redan tagna röntgenbilder och en del remissvar på patienten. Det uppges att detta leder till att man måste göra nya undersökningar vilket tar tid och kostar. Det betonas i intervjuerna att detta också kan vara en fara för patient-säkerheten. Vid intervjuer med privata hälsovalsenheter betonas att regionen har lovat att dessa frågor skall lösas men inte levt upp till det löftet.

Liknande problem finns med QlikView¹¹, där alla interna enheter kommer åt alla uppgifter, medan privata aktörer inte gör det. Många driftsystem finns inte färdiga, vilket leder till mycket manuell hantering. Så finns t ex inte avtals – id system - vilket försvårar när externa leverantörer skall beställa enligt regionens avtal. Rätten att beställa måste då stämmas av manuellt per telefon med hälsovalskontoret för varje leverans.

När det gäller primärvårdsförvaltningens roll och styrning framkommer mycket kritik i intervjuerna med verksamhetschefer på egna hälsovalsenheter. Kritik riktas mot organisationens ledning och det stöd man får i övrigt, främst IT, ekonomi och personal. En besvikelse kan märkas över att frihetsgraderna inte blivit så stora som man hoppats. Av vår enkät till verksamhetschefer på samtliga hälsovalsenheter framgår att primärvårdsförvaltningens verksamhetschefer i jämförelse med verksamhetschefer vid privata hälsovalsenheter anger sig ha större ansvar (t ex i form av fler direkt underställda), mindre tid för sitt uppdrag och mindre handlingsfrihet. Vid intervjuer med verksamhetschefer inom Primärvården Skåne anges också att mycket tid går åt till olika typer av möten och aktiviteter som förvaltningen ordnar och som inte har direkt bäring på utvecklingen av den egna hälsovalsenheten.

¹¹ QlikView är ett IT-verktyg för beslutsstöd som underlättar framtagande av rapporter eller i dagligt tal ett utdataverktyg.

3.1.2 Bedömning

Utvecklingen av IT-stödet är ett mycket stort problem. IT-stödet måste utvecklas snabbare exempelvis vad gäller ”paraplyportalen”¹². Detta är en konkurrensnackdel för de privata enheterna. Det tar rent allmänt alldeles för lång tid att få in externa leverantörer i vitala system. Också rutinerna borde standardiseras mer. I och med att aktörerna inte litar på systemet måste man ha orimligt många kontrollstationer.

Hanteringen av IT-frågor beskrivs som en enorm tröghet. Regionens IT-organisation bedöms dålig på att leverera – saker som lovades till hälsovalets start finns i vissa fall inte ännu – t ex paraplyportalen.

Primärvårdsförvaltningens ledning och organisation möter mycket kritik. Särskilt viktigt bedömer vi det är att verksamhetschefernas roll tydliggörs och att de får det stöd som behövs för att kunna leda och utveckla sina enheter i en ny och konkurrensutsatt miljö.

3.2 Revisionsfråga 2: Hur har primärvårdsförvaltningens centrala roll utvecklats/förändrats i takt med införandet av val av vårdenhet inom Hälsoval Skåne?

3.2.1 Iakttagelser

Av intervjuerna på central nivå framgår att arbetet med att utveckla organisation, ledning och system pågår. Problem som lyfts fram i de centrala intervjuerna är bl a frågor kring struktur- förändringar i förvaltningen, att närsjukvårdschefernas roll är oklar och att de inte har ekonomiskt ansvar etc. En fråga som lyfts fram i intervjuerna är otydlighet i det politiska ledarskapet. Bland annat har förslag till affärsplan tagits fram men anges inte ha kunnat hanteras av det politiska systemet. Vidare anges hanteringen av strukturfrågor som en fråga politiken har svårt att hantera. Ett incitamentprogram som skall ge utrymme för lönetillägg har utarbetats.

Ledningen anger vid intervjuer att tydliga frihetsgrader inom ramen för den strategiska planen ska bidra till mer bottom-up-orienterad styrning än tidigare. Man anger också att transparensen vad gäller overheadkostnader har ökat så att vårdenheterna kan se vad de ”betalar för”. Ekonomiuppföljningen anges ha utvecklats så att man gör tertialuppföljning med intäkter och kostnader samt jämförelse mot budget. Varje vårdcentralchef får nu en standardiserad uppföljning. Därutöver görs varje månad en ekonomisk uppföljning som vårdcentralerna kan ta del av direkt. Bland problem som ledningen också anger är att det behövs en tydligare ägare och ägardirektiv och en möjlighet att se sin utveckling över längre tid än ett år i taget – t ex genom att kunna jämnat ut ekonomiskt resultat mellan åren¹³.

Av intervjuerna med och vår enkät till verksamhetschefer inom Primärvården Skåne framgår att dessa anser frihetsgraderna vara för små, stödet från förvaltningen för dåligt och att tiden för uppdraget inte är i överensstämmelse med uppdragets omfattning. En jämförelse mellan privata vårdenhetschefer och vårdenhetschefer i Primärvården Skåne visar att verksamhetschefer i Primärvården Skåne i stor utsträckning anger att deras handlingsfrihet är begränsad av

¹² En IT-portal där man landar resultat från röntgenundersökningar, remissvar etc som rör en patient.

¹³ Vi har i rapporten använt begreppet ägarpolicy för detta.

rutiner, regelverk och beslut av andra (51 % i Primärvården Skåne, 15 % i privata hälsovalsenheter).

Den bild som framträder i intervjuerna är tydlig: Vid våra intervjuer med chefer för hälsovalsenheter 2009 rådde en stark kritik rörande införandefasen. Det fanns en stor skepsis om hälsovalet skulle fungera, både bland offentliga och privata chefer på hälsovalsenheter. Denna skepsis var kanske mest uttalad bland de privata cheferna. De offentliga vårdenhetscheferna hade en stor förväntan på att saker skulle bli bättre medan de privata var mycket oroliga för ekonomi och överlevnad.

Vid intervjuerna 2010 är det en helt annan bild som framträder: De offentliga vårdenhetscheferna är oerhört besvikna. Det uppfattas att primärvårdsförvaltningen med sin hierarki lägger en sövande hand över allt som skulle kunna bli bra. Handlingsfriheten som man trodde skulle öka upplevs snarast ha minskat och de ekonomiska incitamenten har inte utvecklats som förväntat.

På de privata vårdenheterna är chefernas upplevelse 2010 helt annorlunda. Av intervjuerna framgår att de privata hälsovalsenheterna tjänar pengar och har lärt sig systemet. Det anges att man konsoliderar verksamhet och ekonomi. Stordriftstankar lyfts fram i intervjuerna. Det betonas att man sitter på en guldkalv och att det blir nästintill omöjligt att starta nya konkurrerande enheter. De som var med på listningen i början har, menar man i intervjuerna, fått ett fantastiskt utgångsläge. Ingen som nu försöker ta sig in på marknaden kommer att kunna konkurrera.

3.2.2 Bedömning

Vår bedömning är att Primärvården Skåne är mitt emellan å ena sidan en traditionell anslagsstyrd förvaltningsmodell – med mer betoning på top-down, och å andra sidan en marknadsliknande intäktsstyrd modell med större frihetsgrader inom givna ramar – med mer betoning på bottom-up.

Den kritik som framförs från Primärvården Skånes hälsovalsenheter riktar sig naturligt mot förvaltningen. Vår bedömning är dock att denna till dels kan förorsakas av beslut och restriktioner av tjänstemän och politiker på högre nivåer i Region Skåne som begränsar Primärvården Skånes handlingsmöjligheter.

Det är viktigt att utvecklingen inom Primärvården Skåne mot en mer marknadsstyrd modell med större frihetsgrader påskyndas och att man snarast tar steget fullt ut för att i möjligaste mån ge de egna hälsovalsenheterna samma förutsättningar att agera som de privata konkurrenterna. Frihetsgraderna för verksamhetscheferna bör öka samtidigt som målen tydliggörs och stödet till verksamhetscheferna förstärks.

Ett led i att lösa dessa frågor kan vara att utveckla en ägarpolicy där krav och handlingsfrihet anges såväl för Primärvården Skånes centrala förvaltningsledning som för ledningen för dess hälsovalsenheter. En sådan policy skulle också kunna leda till en ökad transparens.

3.3 Revisionsfråga 3: Hur fungerar de ekonomiska styrprinciperna och hur påverkas vårdenheterna generellt men även t ex avseende kostnadsansvaret för taxevård, läkemedel och gränssnittet gentemot familjeläkarenheterna? Vilka förändringar i de ekonomiska styrprinciperna har gjorts inför 2010 och varför? Vilka resultat har skett eller förväntas ske utifrån dessa förändringar? Hur säkras den övergripande ekonomin i Hälsoval Skåne avseende vårdenheterna? Hur hanteras över/underskott på respektive vårdenhet?

3.3.1 Iakttagelser

Vid intervjuerna anges att incitamenten i ersättningssystemen har lett till totalt ökad vårdproduktion och vårdkonsumtion på en dubbla och motstridiga styrsystem. Vidare anges att det kan behövas en annan typ av ersättningssystem för sjukhusen för att motverka detta. Sjukhusen anges tjäna på att ta emot patienter i öppenvård – särskilt när det gäller sjuksköterskeinsatser, samtidigt som det ligger i hälsovalsenheternas intresse att öka sin täckningsgrad.

Hälsovalsenheterna har börjat anställa fler personer ur andra personalgrupper, t ex sjukgymnaster och kiropraktorer. Enheterna har ekonomiska incitament att anställa personal med annan typ av kompetens, t ex egna sjukgymnaster, om det leder till att deras kostnader för externa sjukgymnaster minskar mer än kostnaden för egen sjukgymnast. Ett annat incitament är om ersättningen till följd av ökad täckningsgrad ökar mer än personalkostnaderna.

Den totala ersättningen till hälsovalsenheterna har ökat med 100 mkr 2010 i jämförelse med 2009. Högkostnadsskydd har införts på avdrag då listad patient besöker sjukgymnast (max 600 kr per besök – även när sjukgymnasten får mer). Vidare har även ersättningen för jour till enheter som tar GK-patienter ändrats. Betydelsen av täckningsgrad för hälsovalsenheternas intäkter har ökat 2010 genom att intervallet minskat till 57-59 % täckningsgrad (utanför intervallet blir det avdrag eller tillägg). Vidare har avdragens/tilläggens storlek ökat.¹⁴ Vid intervjuer anges att man hela tiden ser över ersättningsmodellen och utvecklar den vad avser t.ex. kostnadsansvar för läkemedel. Så har t ex hälsovalsenheternas kostnadsansvar för basläkemedel ökat från 50 % 2009 till 75 % 2010.

Privata läkare som står utanför hälsovalet har inte ansvar för jourtid. Vid intervjuer anges att detta skapat ökat tryck på jour inom primärvården och akutmottagningar på sjukhusen i Nordvästra Skåne. För att söka få in läkare med ersättning enligt GK i hälsovalet erbjuder man nu dem som vill gå över till hälsovalet till januari 2011 att få ta med sig sina patienter som listade. Vid intervjuer anges att de allra flesta tar detta erbjudande och kommer att gå över till hälsovalet.

Vid intervjuerna anges att det ekonomiska risktagandet främst rör Primärvården Skåne och om dess hälsovalsenheter skulle gå med förlust sammantaget. I övrigt beskrivs hälsovals-

¹⁴ 2009 var intervallet 55 - 61 % och avdrag respektive tillägg var 0,5 % av hälsovalspengen. 2010 är avdraget och tillägget 1 % av hälsovalspengen.

modellen som internt stabil. För 2009 redovisade hälsovalsverksamheten i Primärvården Skåne ett underskott om 6,3 mkr¹⁵ (inklusive effekter av massvaccination) och för 2010 budgeteras ett nollresultat¹⁶. För 2009 har varken underskott eller överskott påverkat Primärvården Skånes hälsovalsenheter för kommande år utan resultaten har konsoliderats i förvaltningen.

Vid intervjuer för ledningen vid Primärvården Skåne anges att ett incitamentsystem för 2010 har utarbetats som ger lönetillägg om vissa villkor är uppfyllda.¹⁷ Vid intervjuer med verksamhetschefer inom Primärvården Skåne anges däremot att man inte känner till något incitamentsystem.

Vidare anges att det är ett problem att inte ha samma ägarstyrning och handlingsfrihet ekonomiskt över åren som de privata operatörerna. Varken över- eller underskott får balanseras från ett budgetår till ett annat. Detta fick bl a till följd att den målrelaterade ersättningen (bl för täckningsgrad) som betalades ut sent under 2009 inte på ett rimligt sätt kunde användas av hälsovalsenheterna inom Primärvården Skåne. Vid årets slut flöt denna ersättning in i enhetens resultat för 2009 för att sedan konsolideras i Primärvården Skånes resultat. När det gäller vårdenheternas ekonomi betonas vid intervjuerna att Primärvården Skåne borde ha samma möjlighet till omstrukturering och att planera sin verksamhet ekonomiskt långsiktigt som de privatägda koncernerna och hälsovalsenheterna har.

3.3.2 Bedömning

Incitamenten för hälsovalsenheter att bredda sin verksamhet börjar få effekt t ex vad gäller sjukgymnaster. Styrningen av läkemedel börjar få effekt även i privata hälsovalsenheter. Ersättningssystemen avses styra över vårdproduktionen till primärvård från öppenvård vid sjukhus. Detta har inte lyckats ännu och volymerna har ökat både i sjukhusens öppenvård och i primärvård. Privatläkarna inom primärvården som står utanför hälsovalet har inte ansvar för jourtid – vilket skapat ett ökat tryck på primärvårdsjour och akutmottagningar främst i Nordvästra Skåne. En risk för ekonomin i hälsovalet samlat kan vara att täckningsgraden ökar mer än planerat. Då ökar ersättningen till enheterna mer än budgeterat.

När det gäller Primärvården Skåne är det viktigt att utveckla organisationen och ta steget fullt ut till att bli en organisation som vad gäller hälsovalsverksamheten agerar som en marknadsaktör med så långt möjligt samma förutsättningar som de privata konkurrenterna¹⁸.

¹⁵ Enligt Årsredovisning 2009, Primärvården Skåne.

¹⁶ Då information för denna rapport insamlas hösten 2010 är prognosen ett överskott på ca 10 MKR.

¹⁷ Bland kraven i incitamentsystemet för att ekonomiskt incitament skall utgå anges: - överskott på förvaltningens hälsovalsverksamhet, - hälsovalsenheten skall nå fyra av sju kvalitetsområden, - hälsovalsenheten skall gå med överskott eller ha förbättrat sitt resultat T2.

¹⁸ Vi föreslår därför upprättande av en ägarpolicy som anger krav och handlingsfrihet för såväl förvaltningsledningen som ledningen för förvaltningens hälsovalsenheter.

3.4 Revisionsfråga 4: Finns upprättad och förankrad riskanalys för Hälsoval Skåne? Vad ryms i så fall i denna analys?

3.4.1 Iakttagelser

Vid intervjuer noteras liksom vid den tidigare granskningen 2009 att det finns flera upprättade riskanalyser men att dessa inte är förankrade. Någon politisk behandling av riskanalyserna har inte redovisats och riskanalyserna är därför i första hand tjänstemanna-produkter. Vidare noteras att olika intervjupersoner lyfter fram olika risker som de största riskerna. De risker som anges är vidare av olika karaktär.

De interna ekonomiska riskerna i hälsovalsmodellen anges som begränsade. Hälsovals-ekonomin beskrivs som ett slutet system med en given resursram där resurserna följer medborgarna. Den ekonomiska risken anges främst ligga i den egna produktionen – om regionens egna vårdenheter inte klarar sin ekonomi utan går med förlust. Den fråga som reses i intervjuerna är om politiken klarar av att omstrukturera den egna produktionen.

En risk kan vidare vara att täckningsgraden ökar mer än planerat. Då ökar ersättningen till enheterna. Hälsovalsverksamheten blir då dyrare än budgeterat.

En risk som lyfts fram nu med större betoning än 2009 är att den egna primärvårdsförvaltningen inte förmår ändra sitt agerande från att detaljstyra till att ange mål och ramar samt stödja sina hälsovalsenheter. En risk som lyfts fram av intervjuade politiker är att vårdenheterna använder för lite av de resurser de har kostnadsansvar för – främst att läkemedel underförskrivs och att det genomförs för få medicinska tester.

3.4.2 Bedömning

Kunskaper om risker och förmågan att bedöma risker är god i organisationen. Olika delar av organisationen är väl insatta i de risker som berör det egna ansvarsområdet men har dålig inblick i riskbilden för Region Skåne totalt. Någon gemensam och förankrad riskanalys finns dock inte.

3.5 Revisionsfråga 5: Hur har hälsovalskontorets roll utvecklats beträffande bemanning, gentemot övriga intressenter etc?

3.5.1 Iakttagelser

Organisationen har ändrats – hälsovalskontoret finns inte längre kvar som organisatorisk enhet. Det har bildats en ”Avdelning för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri” där hälsovalsverksamheten och avdelningen för externa vårdgivare ingår från 1 september 2010. Organisationen är uppbyggd för att styra och följa upp mot uppdrag oavsett produktionens ägande. Närsjukvård utgör den stora volymen inom den nya enheten. Syftet anges vid intervjuer vara att hälsovallets arbetssätt skall sprida sig. Bemanningen av den nya enheten ökar inte i jämförelse med den tidigare bemanning på de verksamheter som ingår¹⁹. De två

¹⁹ Antalet chefer uppges vid intervjuer öka i den nya organisationen, varför antalet handläggare minskar vid oförändrad totalbemanning.

huvudansvariga vid hälsovalskontoret kommer i den nya organisationen inte att arbeta med hälsovalet utan med annan verksamhet - styrning utifrån patientprocesser.

Vid årsskiftet 2009/10 inrättades en medicinsk revision som organisatoriskt hörde till hälsovalskontoret. Den medicinska revisionen består av tre personer, med olika professionell bakgrund inom vården, som arbetar deltid med denna verksamhet. Till verksamheten är knuten en sjukvårdsstrateg (deltid). Totalt omfattar den medicinska revisionen ca två tjänster. Första halvåret 2010 har 113 rutinmässiga revisionsbesök genomförts. Till detta kommer ett antal besök som gjorts på så kallad förekommen anledning. I ett fall har detta fått till konsekvens att en vårdenhets stängts på uppdragsgivarens initiativ (Baltzarsgatan – Läkarkonsulten). Av de 113 genomförda besöken är ett fåtal s.k. verifikationsbesök inför start av nytillkomna enheter. Av de privata enheterna har 85 % haft revisionsbesök och av de offentliga 23 %.

Det anges vid intervjuer att det finns en uppfattning att koncernledningen på tjänstemannanivå inte prioriterar hälsovalet.

3.5.2 Bedömning

Hälsovalskontoret var litet och sårbart och vi bedömer även nu och i den nya organisationen att bemanningen är låg i relation till verksamhetens omfattning. Införandet av medicinska revisorer stärkte hälsovalskontoret. Vi bedömer att hälsovalskontoret även nu har haft en för svag och oklar roll i relation till t ex Primärvården Skåne.

Organisatoriskt görs en stor förändring genom inrättande av ”avdelningen för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri”. Detta sker i en situation då hälsovalskontoret och avdelningen för privata vårdgivare börjar få ett bättre grepp om sina verksamheter. Vad den nya organisationen kan innebära resursmässigt för hälsovalsdelen är ännu för tidigt att uttala sig om²⁰.

Att skapa en organisation där man samlat arbetar med uppdragsstyrning av närsjukvård kan vara en bra modell. Det finns dock risker i omorganisationsfasen särskilt som det blir kontinuitetstapp genom omsättning av personal – detta gäller såväl hälsovalsverksamheten som den tidigare avdelningen för privata vårdgivare. En annan risk med den nya organisationen kan vara att det blir otydligare för externa samarbetsparter vart de skall vända sig.

3.6 Revisionsfråga 6: Hur upplevs frihetsgraden på respektive vårdenhets inom Primärvården Skåne efter införandet av Hälsoval Skåne?

3.6.1 Iakttagelser

Intrycket från intervjuerna är att frihetsgraden för vårdenhetserna och dess chefer snarast upplevs ha minskat. Vid intervjuerna framförs signaler om besvikelse vad gäller frihetsgrad. Av intervjuerna framgår att man menar att hälsovalssystemet bör ge större frihetsgrader åt den lokala chefen.

²⁰ Informationsinsamlingen genomfördes huvudsakligen i andra halvan av augusti samt under september 2010.

Vid intervjuerna framförs att produktionsdirektör och förvaltningschefen samt närsjukvårdscheferna styr för mycket och lever kvar i ett gammalt auktoritärt ledarskap.

Av vår enkät till chefer för hälsovalsenheter (se bilaga 4) framgår att det är påtagligt att verksamhetscheferna på de offentliga vårdcentralerna anser sig ha en mer begränsad frihet i arbetet än vad kollegerna på de privata vårdcentralerna har. Noterbart är att 51 % av cheferna för Primärvården Skånes hälsovalsenheter instämmer i påståendet ”Jag är begränsad av rutiner, regelverk och beslut av andra” (motsvarande andel för chefer vid privata hälsovalsenheter är 15 %). Av intervjuerna framgår vidare att cheferna för Primärvården Skånes hälsovalsenheter anser att olika sammanträden och engagemang utan direkt betydelse för uppdraget tar för mycket tid. Av intervjuer och vår enkät framgår att de privata hälsovalsenheternas chefer har mer tid för sitt chefsuppdrag, större handlingsfrihet, ett tydligare uppdrag och färre direkt underställda.

3.6.2 Bedömning

Vår bedömning är att Primärvården Skåne är mitt emellan en traditionell anslagsstyrd förvaltningsmodell (mer av top-down) och en mer marknadsanpassad intäktsstyrd modell (med mer av bottom-up). Att hälsovalets införande inte lett till den ökade handlingsfrihet för hälsovalsenheterna som skulle varit naturlig har stöd i våra intervjuer och vår enkät (bilaga 4). Upplevelsen i intervjuerna att handlingsfriheten snarast minskats under hälsovalet kan inte bortses ifrån. Det kan här vara frågan om ett förväntningsgap – det behöver inte vara så att handlingsfriheten minskat men är likväl allvarligt.

Det är viktigt att en förändring av styrningen i Primärvården Skåne genomförs för att skapa tydliga spelregler för Primärvården Skånes hälsovalsenheter och dess chefer. Dessa bör innehålla få men tydliga krav och mål samt större handlingsfrihet.

Vi har tidigare föreslagit att det utarbetas en ägarpolicy som anger frihetsgraderna för och kraven på såväl förvaltningen som hälsovalsenheterna inom förvaltningen.

3.7 Revisionsfråga 7: Hur bedrivs arbetet för att, i takt med ökat uppdrag, styra flödet av resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården?

3.7.1 Iakttagelser

Hittills har regionen inte flyttat resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården. Däremot har man tillfört mer pengar till primärvården i Hälsovalet. Primärvården i Skåne har dock fortfarande minst resurser per medborgare av alla landsting. Primärvården i Skåne har också en täckningsgrad på bara 58 % (genomsnittet i landet är 66 %).

En utredning har gjorts om att föra över resurser till primärvården och rapporten presenterades i juni 2010²¹. Rapporten har fastställts av koncernledningen. Det fortsatta arbetet leds av en styrgrupp under ledning av regiondirektören. I utredningen övergavs idén med att försöka analysera fram vad som skulle lyftas över till primärvården. Istället valde man att i dialog med verksamheterna göra analysen med syftet att ”ta fram en strategi för att arbeta med öppenvård i rätt vårdform”.

²¹ ”Strategi för en öppenvård i rätt vårdform - Slutrapport”.

Man testade två områden – barn- och ungdomssjukvård samt rörelseorganens sjukdomar (smärttillstånd). Alla områden skall dock belysas. Förslagen skall gälla i hela regionen. Arbetet drivs som ”en snabb organisation med den lilla styrgruppen i spetsen”. Det anges att det alltid skall finnas allmänläkare och specialister med i grupperna. Tanken är att allmänläkarkonsulter skall vara en brygga mellan all primärvård och specialistsjukvården.

I flera intervjuer betonas att det är ett svårt arbete att föra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården. Det lyfts fram i flera intervjuer att en attitydförändring inom berörda sjukhusspecialiteter är en viktig del i en sådan förändring. I intervjuerna sägs att det krävs professionell marknadsföring och informationsspridning.

Viktigt är också att höja primärvårdens täckningsgrad – ett mål anges vara att nå upp till riksgenomsnittet. En viktig del i arbetet sägs vara att införa nya ersättningsmodeller för sjukhusen. Man diskuterar att införa en målrelaterad ersättning och därigenom inte ge sjukhusen samma incitament att ta emot många patienter. Viktigt är vidare att öka tillgången på specialister i allmänmedicin där en viss underbemanning anges finnas idag. En viktig fråga i denna del är antalet ST-tjänster och hanteringen av ST-tjänsterna i regionen. Frågan om inrättande av fler ST-tjänster i allmänmedicin lyfts fram i flera intervjuer där man menar att frågan förhålls medvetet i tjänstemannaorganisationen. En annan viktig fråga anges i intervjuerna vara att få ut fler andra specialister att arbeta på hälsovalsenheterna.

En annan metod att styra över resurser som anges i intervjuerna är att ta bort resurser för sjuksköterskors bedömning och behandling från akuten. Dessa resurser skulle i så fall kunna flyttas till hälsovalsenheterna. Hälsovalsenheterna skall då få betala när deras listade patienter besöker akutens sjuksköterskor.

3.7.2 Bedömning

Att föra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården är ingen lätt uppgift. Utvecklingen hittills i Region Skåne ger inte stöd för att man är på väg att lyckas utan snarare verkar resursförbrukningen öka både i den öppna specialiserade vården och i primärvården. Insikten om problemet i organisationen är god.

I organisationen finns stor kunskap och förståelse för hur olika incitament och metoder kan användas för att styra över resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården. Huruvida detta kan leda till framgångsrik förändring av resursflödena kan till stor del komma att bero på om organisationen kan visa handlingskraft och på ett enhetligt sätt genomföra förändringar som behövs för att styra resurserna på annat sätt. En fråga som därvid blir aktuell är om man kan våga bygga ut primärvården till en nivå som motsvarar genomsnittet i riket innan man ser om man kan spara in på den öppna specialiserade vården. Viktigt är vidare att det finns tillräckligt många ST-tjänster i allmänmedicin. En viktig fråga är vidare riktade informationsinsatser till allmänheten, speciellt i de delar av Skåne där primärvårdens täckningsgrad är särskilt låg. Detta kan ha stor betydelse, särskilt när det gäller kunskap om vart man kan vända sig under jourtid.

3.8 Revisionsfråga 8: Hur har Hälsoval Skåne lyckats med att bidra till att första linjens sjukvård förbättrats utifrån ett medborgar- och patientperspektiv?

3.8.1 Iakttagelser

För att spegla hur medborgarna upplever vården till följd av Hälsoval Skåne har vi utöver intervjuer och interna dokument i Region Skåne bl a använt vårdbarometern och den nationella patientenkäten (för en sammanställning av resultat se bilaga 2). Av intervjuer och dokument framgår att tillgängligheten till primärvård förbättrats och att öppethållandet utvecklats. Vidare anges att hälsovalsenheterna vidgar sin service med bl a fler kiropraktorer, psykologer och sjukgymnaster. Detta är en process som man vid intervjuerna bedömer kommer att fortsätta.

Vårdbarometern är en telefonundersökning där ett stort antal medborgare rings upp och får besvara ett antal frågor och den nationella patientenkäten är en postenkät som går ut till 200 personer vid varje enhet som varit på besök på vårdenheten.

Införande av vårdval har inte påverkat patienternas bedömning av om de behandlades med respekt, om personalen gav sig tid att lyssna, om man fick den hjälp man förväntat sig och den sammanfattande bedömningen av sjukvården eller det förtroende man har för sjukvården. Detta gäller för Skåne och även för andra jämförda landsting.

När det gäller förtroende för sjukvården kan två saker noteras vid jämförelser mellan olika delar av Skåne. För det första är förbättringen av förtroendet för sjukvården efter införande av hälsovalet störst i Mellersta Skåne. För det andra är nivån på förtroendet för sjukvården högst i Nordöstra Skåne.

En fråga som visar förändringar i och med hälsoval/vårdval är om man har en fast läkare på sin vårdcentral. Fler patienter anger att de har en fast läkare när vårdval/hälsoval införts – detta gäller både i Skåne och i de flesta analyserade landsting.

När det gäller den nationella patientenkäten bör noteras att den till sin utformning i första hand fungerar som ett stöd vid jämförelse mellan olika vårdenheter. En betydande försiktighet bör gälla vid tolkning av resultaten mot bakgrund av det stora bortfallet²². Det man med någorlunda säkerhet kan säga med utgångspunkt från den nationella patientenkäten är att patienterna är relativt nöjda och den upplevda kvalitén är god. Skånska primärvårdspatienter är möjligen lite mer nöjda än patienter i landet i stort. Man kan eventuellt möjligen ana att patienter vid privata vårdenheter varit lite mer nöjda än patienter vid Primärvården Skåne.

3.8.2 Bedömning

Medborgarnas service från och tillgänglighet till första linjens sjukvård bedömer vi har förbättrats genom hälsovalsreformen. Primärvårdens service och öppettider har utvecklats och kan bedömas fortsätta utvecklas för att bättre möta medborgarnas och patienternas behov. När det gäller kunskapen hos medborgarna om Hälsoval Skåne planar den ut eller minskar något. Medborgarna uppger att det främst är kompetens (läkare/sjuksköterska), närhet och väntetid

²² Vid genomförande av den nationella patientenkäten inom primärvården 2009 var bortfallet i riket 40 % och i Skåne 42 %.

som avgör valet av vårdenhet. Vi bedömer liksom vid granskningen 2009 att medborgarna har en god information om rätten att välja vårdenhet.

3.9 Revisionsfråga 9: Hur garanteras tillgängligheten för patienter då vårdenheter med ökande patientunderlag aldrig får neka patienter med motiveringen att de har fullt?

3.9.1 Iakttagelser

Vid intervjuer anges att detta bedöms som ett problem som sannolikt är teoretiskt. Hälsovalskontoret har bara fått en ansökan om att tillfälligt stoppa listning av nya patienter. Tillfälligt stopp för listning av nya patienter kan medges efter särskilt beslut om den medicinska säkerheten är hotad. Den inkomna ansökan avslogs.

Vid intervjuer anges att flexibiliteten i verksamheten är större än man tidigare trott och att det lett till att man kan hantera ett större patienttryck, t ex genom att ha längre öppettider under den tid det tar att växa lokalmässigt. Några enheter har lokalproblem, men där uppges att man trots detta löser frågan. Den faktiska tillgängligheten har förbättrats genom hälsovalsreformen och det menar man i intervjuerna minskar risken för att det skulle uppstå en situation där en patient nekas listning. Vidare betonas att volymen byten inte är stor (500-600 skåningar byter varje dag). Detta menar man i intervjuerna minskar risken för att en enhet blir full. De enheter som växer eller krymper gör det som regel långsamt och kan anpassa sin volym.

Några intervjupersoner påtalar att risken för problem att ta emot nya listningar ökar när nu ett antal riktigt små GK-enheter går in i hälsovalet. Små enheter kan få svårt att klara ett bytandetryck som för en större enhet skulle kunna lösas t ex genom ökat öppethållande.

3.9.2 Bedömning

Liksom vid granskningen hösten 2009 bedömer vi att någon garanti för att vårdenheter inte nekar patienter med hänvisning till att det är fullt i praktiken inte finns. Problemet har ännu inte blivit aktuellt men kan bli det i framtiden. Den situation där risken kan bedömas som störst är när hälsovalsenheter avvecklas på grund av bristande underlag och de enheter som finns i närheten har svårt att ta hand om fler patienter. De små tidigare GK-enheter som nu blir hälsovalsenheter kan öka risken för att patienter blir nekade med hänvisning till att det är fullt.

3.10 Revisionsfråga 10: Vilket lärande och vilka erfarenheter har gjorts och hur kommer det att påverka genomförandet av det kundval som beslutats för 2011, val av mödravårdsenhet

3.10.1 Iakttagelser

Vid intervjuerna noteras att förslaget vad gäller val av mödravårdsenhet i stort är färdigt och till stor del bygger på erfarenheterna från hälsovalet. Det betonas att det nu finns rutiner för införande av valfrihetsmodell. En fråga som reses av i stort sett alla intervjuade är en oro för hur IT-stödet kommer att fungera. Det betonas då att IT är särskilt viktigt för hur systemet kommer att fungera och kan ha större betydelse vid val av mödravårdsenhet än vid tidigare reformer.

Det betonas att man har lärt sig mycket om hur uppföljning och utvärdering bör utformas genom hälsovalsreformen.

De flesta intervjuade tror inte att så många vårdcentraler kommer att vilja ackreditera sig inom området mödravård. Primärvården Skåne har tillsatt en grupp som skall analysera förutsättningarna och om deras hälsovalsenheter skall tillåtas söka ackreditering samt vad det i så fall skulle innebära verksamhetsmässigt.

En viktig slutsats som anges vid intervjuerna är att man inte kan informera nog, och det räcker inte med enstaka kampanjer. Det betonas vidare att man bör vara tidigt ute med att informera presumtiva aktörer om att reformen är på gång och söka en dialog med dem.

Bland svårigheter anges att specialistdriven mödravård har en annan situation än primärvård samt att sjukhus och primärvård kan ackreditera sig. I ett viktigt avseende påtalas att denna valfrihetsreform kan bli väsentligt annorlunda genom att det är många fler aktörer. Man påtalar i intervjuerna risken för stenhård konkurrens och hård utslagning. Ett problem som anges är att det kan bli så att vissa sjukhus inte vill ha sina satelliter ute på landsbygden (t.ex. Örskälljunga och Hörby) utan där vill lägga ned enheter med bara en barnmorska. Ett annat problem som påtalas är att det råder brist på barnmorskor, särskilt i Malmö.

Vid intervjuerna lyfts också farhågor att en fungerande och sammanhållen vårdkedja kan riskera slås sönder.

3.10.2 Bedömning

Organisationen har lärt sig mycket av hälsovalsreformen inför införande av val av mödravårdsenhet. Det gäller bl a frågor kring utformning och införande av system samt information men även hur uppföljning och dialog kan utformas. I dessa avseenden står regionen väl rustad inför den kommande reformen om val av mödravårdsenhet.

Vi bedömer emellertid att det finns risker i tre viktiga avseenden. Det första riskområdet är IT-stödet. IT-stödet är fortfarande ett stort problem inom hälsovalet och kommer sannolikt att vara det i den nu kommande reformen, om inte åtgärder vidtas. Det andra riskområdet är resurser för att administrera genomförandet. Hälsovalsreformen gick bra trots hälsovalskontorets låga bemanning - på grund av hälsovalskontorets kompetens och förmåga. Det är en risk om man inte beaktar att det kan behövas en tillräckligt stark administrativ organisation till stöd vid genomförandet utan dimensionerar organisationen efter hälsovalsreformens administrativa stöd. Det tredje riskområdet är vårdkedjans komplexitet. Vårdkedjan är komplex och aktörsfloran kan bli mer mångfacetterad och otydlig i rollerna.

3.11 Revisionsfråga 11: Uppföljning skall även ske av avtalsstyrningen och arbetet med detta vid de verksamheter inom regionen som ansvarar för arbetet med avtal och uppföljning av externa vårdgivare.

3.11.1 Iakttagelser²³

Vid intervjuer framkommer att avdelningen för privata vårdgivare tidigare varit underbemannad och haft för låg personalkontinuitet. Vid granskningen 2009 noterades att avdelningen förstärkts personellt och samarbetet med koncerninköp hade förbättrats. Avdelningens bemanning anges i intervjuerna nu vara tillräcklig för uppgiften. Bemanningen omfattar nio handläggare, en chef och en sekreterare (till detta kommer två personer som arbetar med vård utomlands och utomläns).

Avdelningen har igångsatt ett systematiskt arbete för att följa upp sina 878 avtal (motsvarande ca 800 verksamheter). Rutinen för uppföljning innebär att man följer upp statistik och redovisad produktion samt har strukturerade avstämningsträffar med leverantörerna – dock hinner man inte träffa alla varje år (under 2010 träffas ca 75 % av leverantörerna).

Rollerna mellan politiska och administrativa organ uppges ha blivit tydligare efter en ändring av befogenheter hösten 2009. Beslutsprocessen på den politiska nivån har strukturerats upp, bl a genom att beslut om konkurrensutsättning ligger på regionstyrelsen. Samverkan med koncerninköp uppges ha förbättrats och dialogen har fördjupats. Man anger att man har det stöd man behöver från koncerninköp. Man uppger vid intervjuer att följsamheten mot avtalsmallen nu är tillfredsställande. Koncerninköp har vidare tagit över förvaltningen av avtalsmallen. En lagändring 2009 har förstärkt möjligheten att följa upp vårdgivare som arbetar på nationell taxa.

I intervjuerna anges oro för att den omorganisation som genomfördes 1 september 2010 skall leda till tapp i kompetens och personkontinuitet under en övergångstid. Den nya organisationen innebär att avdelningen för privata vårdgivare har upphört som särskild enhet. I stället har två nya enheter bildats, enheten för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri samt enheten för uppdragsstyrning av specialiserad och högspecialiserad vård.

3.11.2 Bedömning

Utvecklingen av avdelningen för privata vårdgivare och arbetet med avtalsstyrning av privata vårdgivare har lett till förbättringar av avdelningens arbete och såväl följsamhet mot avtalsmall som uppföljning och dialog med privata vårdgivare. De genomförda förbättringarna har nu resulterat i fungerande rutiner och arbetssätt. Avdelningen är också rimligt bemannad för att klara sina uppgifter. De risker som bör noteras är främst det tapp av kompetens och personkontinuitet som kan bli följderna av den omorganisationen som genomfördes 1 september 2010.

²³ Se vidare bilaga 3, där redovisas granskningen av avdelningen för externa vårdgivare mer utförligt och där görs även en återkoppling till tidigare rapporter (5 2008 och 22 2009).

Bilaga 1; Revisionsfrågor

Revisionsfråga 1: Hur fortgår arbetet utifrån de identifierade förbättringsområdena som redovisats i förra årets granskning (rapport 22-2009) och som Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden yttrat sig över och som inte ingår i övriga frågor?

Revisionsfråga 2: Hur har primärvårdsförvaltningens centrala roll utvecklats/förändrats i takt med införandet av val av vårdenhet inom Hälsoval Skåne? (Bland annat utifrån de synpunkter som redovisats i granskningsrapport 22-2009 bilaga 4)

Revisionsfråga 3: Hur fungerar de ekonomiska styrprinciperna och hur påverkas vårdenheterna generellt men även t ex avseende kostnadsansvaret för taxevård, läkemedel och gränssnittet gentemot familjeläkarenheterna? Vilka förändringar i de ekonomiska styrprinciperna har gjorts inför 2010 och varför? Vilka resultat har skett eller förväntas ske utifrån dessa förändringar? Hur säkras den övergripande ekonomin i Hälsoval Skåne avseende vårdenheterna? Hur hanteras över/underskott på respektive vårdenhet?

Revisionsfråga 4: Finns upprättad och förankrad riskanalys för Hälsoval Skåne? Vad ryms i så fall i denna analys?

Revisionsfråga 5: Hur har hälsovalskontorets roll utvecklats beträffande bemanning, gentemot övriga intressenter etc?

Revisionsfråga 6: Hur upplevs frihetsgraden på respektive vårdenhet inom Primärvården Skåne efter införandet av Hälsoval Skåne?

Revisionsfråga 7: Hur bedrivs arbetet för att, i takt med ökat uppdrag, styra flödet av resurser från den öppna specialiserade vården till primärvården?

Revisionsfråga 8: Hur har Hälsoval Skåne lyckats med att bidra till att första linjens sjukvård förbättrats utifrån ett medborgar- och patientperspektiv?

Revisionsfråga 9: Hur garanteras tillgängligheten för patienter då vårdenheter med ökande patientunderlag aldrig får neka patienter med motiveringen att de har fullt?

Revisionsfråga 10: Vilket lärande och vilka erfarenheter har gjorts och hur kommer det att påverka genomförandet av det kundval som beslutats för 2011, val av mödravårdsenhet?

Revisionsfråga 11: Uppföljning skall även ske av avtalsstyrningen och arbetet med detta vid de verksamheter inom regionen som ansvarar för arbetet med avtal och uppföljning av externa vårdgivare.

Bilaga 2; Medborgarnas uppfattning – vårdbarometer och patientenkät

Bilaga 2.1 Allmänt

För att spegla hur medborgarna upplever vården efter införande av Hälsoval Skåne har vi utöver intervjuer och interna dokument i Region Skåne använt bl a vårdbarometern och den nationella patientenkäten. Vårdbarometern är en telefonundersökning där ett stort antal medborgare rings upp och får besvara ett antal frågor om hur de upplever vården. Intervjuerna sker kvartalsvis och i Skåne rings på årsbasis ca 5 700 medborgare. Med vårdbarometern som bas kan vi jämföra utvecklingen över tid för jämförbara frågor i Skåne och också jämföra svaren i Skåne med svaren i andra landsting. En svaghet är att antalet landsting som deltar i vårdbarometern minskat 2010 (detta beror på att SKL handlat upp en ny leverantör och ändrat frågorna – de landsting som redovisas i vårdbarometern är de som under 2010 själva valt att fortsätta med den gamla leverantören och genomföra undersökningen).

Den nationella patientenkäten är en postenkät som går ut till 200 personer som varit på besök vid varje vårdenheter. Svarefrekvens var 60 % i riket och i Skåne 58 %. Enkäten kommer att göras vart annat år. Första året för primärvården var 2009. Skåne och några andra landsting har dessutom beställt en extra enkät 2010.

2.2 Slutsatser vårdbarometern

Vi har genom Vårdbarometern analyserat perioden från och med 1:a kvartalet 2006 till 2:a kvartalet 2010. Vi har jämfört Skåne med andra landsting som infört hälsoval/vårdval (Halland tom 2009 då Halland inte deltar i Vårdbarometern 2010, Västmanland tom 2009 då Västmanland inte deltar i Vårdbarometern 2010 och Stockholm, resultatet för det kvartal vårdval/hälsoval införts anges i fet stil). Jämförelse görs också med riket totalt (alla landsting). I några avseenden har vi jämfört Skåne som helhet med olika delar av Skåne (Nordvästra Skåne, Nordöstra Skåne, Mellanskåne, Sydvästra Skåne och Ystad – Österlen).

De frågor vi belyst är:

- Om läkare/sjuksköterska visade respekt för mig som patient/anhörig (fråga 17 a, ställd till alla som besökt primärvården)
Slutsats:
Införande av vårdval har inte påverkat patienternas bedömning av om de behandlades med respekt. Detta gäller för Skåne och även för andra jämförda landsting.
- Om läkare/sjuksköterska gav sig tid att lyssna (fråga 17 b, ställd till alla som besökt primärvården)
Slutsats:
Införande av vårdval har inte påverkat patienternas bedömning av om läkare/sjuksköterska gav sig tid att lyssna.

- Jag fick den hjälp som jag förväntade mig vid besöket (fråga 19, ställd till alla som besökt primärvården)
Slutsats:
Inga tydliga tendenser kan noteras, varken i Skåne eller andra landsting.
- Vilket sammanfattande betyg vill du ge på ditt besök i vården (fråga 20, ställd till alla som besökt primärvården)
Slutsats:
Inga tydliga tendenser kan noteras, varken i Skåne eller andra landsting.
- Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver (fråga 46, ställd till alla invånare)
Slutsats:
Inga tydliga tendenser kan noteras, varken i Skåne eller andra landsting.
- Hur stort eller litet förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar – På vårdcentraler/husläkarmottagningar/hälsocentraler (fråga 80 ställd till alla invånare)
Slutsats:
Inga tydliga tendenser kan noteras, varken i Skåne eller andra landsting.
- Hur stort eller litet förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar – På vårdcentraler/husläkarmottagningar/hälsocentraler (fråga 80 ställd till alla invånare). Resultatet uppdelat på olika delar av Skåne.
Slutsats:
En försiktighet med tolkningar bör tillrådas, men här skulle möjligen kunna ses skillnader mellan olika delar av Skåne. Några säkra förändringar över tid som kan hänföras till hälsovalet är det emellertid svårare att se. En tendens finns dock att förbättringen efter införande av hälsovalet är störst i Mellersta Skåne och att nivån är högst i Nordöstra Skåne.
- Har du en fast läkare på din vårdcentral som du kan vända dig till (dvs en fast läkarkontakt) (fråga 87 ställd till alla invånare)
Slutsats:
Svaren på denna fråga verkar trendmässigt stiga när vårdval/hälsoval införs – detta gäller både i Skåne och i övriga analyserade landsting, men sambandet är svagt i Västmanland, en avtrappning kan vidare skönjas i Halland.
- Region Skåne har vidare från och med vårdbarometern mätning 2009:3 ställt egna frågor om hälsovalet. Några av dessa frågor redovisas här för kvartal 2009:3, 2010:1 och 2010:2
 - Känner du till Hälsoval Skåne?
Svar;
Ja: 2009:3 -54 %, 2010:1 - 47 %, 2010:2 - 45 %
Nej: 2009:3 - 46 %, 2010:1 - 53 %, 2010:2 - 55
 - Har du fått tillräcklig information om möjligheten att välja vårdenhet i Region Skåne?

Svar;

Ja: 2009:3 - 72 %, 2010:1 - 65 %, 2010:2 - 64 %

Nej: 2009:3 - 20 %, 2010:1 - 24 %, 2010:2 - 26

Ingen uppfattning: 2009:3 8 %, 2010:1 – 11 %, 2010:2 – 10 %

Slutsats:

Svaren tyder på att kunskapen hos medborgarna om Hälsoval Skåne planar ut eller minskar något. Det administrativa begreppet Hälsoval Skåne är mindre känt medan däremot rätten att välja vårdenhet är välkänd. Vi bedömer ändå liksom vid granskningen 2009 (nr 22) att medborgarna har en god information om rätten att välja vårdenhet.

- Vad är viktigt för dig att veta när du gör ditt val av vårdenhet?

Svar;

- Läkarens/mottagningens kompetens och erfarenheter:
2009:3 - 40 %, 2010:1 – 37 %, 2010:2 – 37 %
- Närhet dvs lätt att ta sig till mottagningen:
2009:3 - 24 %, 2010:1 – 28 %, 2010:2 – 24 %
- Väntetid för besök:
2009:3 - 21 %, 2010:1 – 18 %, 2010:2 – 20 %
- Vårdenhetens utbud/service
2009:3 – 12 %, 2010:1 – 19 %, 2010:2 – 15 %

Slutsats:

Medborgarna uppger att det främst är kompetens och erfarenhet, närhet och väntetid som avgör valet av vårdenhet.

Bilaga 2.3 Slutsatser nationell patientenkät

När det gäller den nationella patientenkäten bör noteras att den till sin utformning (med fokus på den enskilda vårdenheten) i första hand fungerar som ett stöd vid jämförelse mellan olika vårdenheter – t ex för patienter i valsituationer eller för huvudmannen vid utvärdering av enheterna.

En betydande försiktighet bör gälla vid tolkning av resultaten mot bakgrund av det stora bortfallet. Vid genomförande av den nationella patientenkäten inom primärvården 2009 var bortfallet i riket 40 % och i Skåne 42 %. Det man med någorlunda säkerhet kan säga med utgångspunkt från den nationella patientenkäten är att patienterna är relativt nöjda och den upplevda kvalitén är god.

Detta gäller t ex:

- Delaktighet i beslut om vård och behandling
- Bemötande
- Helhetsintrycket av vård och behandling
- Förtroende för läkaren
- Väntetid
- Information om sitt tillstånd
- Om man vill rekommendera mottagningen till andra
- Om det aktuella vårdbehovet blivit tillgodosett

Man kan eventuellt ana att patienter vid privata vårdenheter varit lite mer nöjda än patienter vid Primärvården Skåne och att skånska primärvårdspatienter är lite mer nöjda än patienter i landet i stort. Med slutsatser bör man dock vara försiktig med tanke på den låga svarsfrekvensen (58 % i Skåne). Att en större andel av de privata hälsovalsenheternas patienter gjort aktiv listning kan också påverka resultatet.

Bilaga 2.4 Vårdbarometern

Tab 1: Läkare/sjuksköterska visade respekt för mig som patient/anhörig

Tabellen visar svaren på fråga 17 a i vårdbarometern "Läkare/sjuksköterska visade respekt för mig som patient/anhörig". "Basen är alla som besökt VC/HC/Husläkarmottagning/husläkarakut/Jourcentral/Näarakut." (VC är vårdcentral och HC är hälsocentral.)

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009 – vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "instämmer helt och hållet" och "instämmer till viss del" minskat med den procentuella andelen som svarat "tar helt avstånd" och "tar avstånd till viss del". (Till exempel om andelen som "instämmer helt och hållet" är 60 % och andelen som "instämmer till viss del" är 25 % medan de som "tar helt avstånd" är 4 % och de som "tar avstånd till viss del" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	88	89			89
2010:1	89	92			89
2009:4	89	82	96	84	88
2009:3	87	86	87	84	87
2009:2	87	86	88	84	88
2009:1	88	87	84	87	88
2008:4	87	89	89	87	89
2008:3	87	89	90	87	86
2008:2	85	86	94	82	85
2008:1	87	85	88	83	85
2007:4	84	84	86	88	83
2007:3	85	84	87	94	86
2007:2	86	84	90	89	84
2007:1	86	89	90	86	85
2006:4	86	85	92	84	86
2006:3	85	84	87	84	84
2006:2	85	87	88	79	83
2006:1	86	84	91	73	85
Med vårdval	89	87	89	85	87
Före vårdval	86	86	90	85	85
Differens	3	1	-1	0	2

Tab 2: Läkare/sjuksköterska gav sig tid att lyssna

Tabellen visar svaren på fråga 17 b i vårdbarometern "Läkare/sjuksköterska gav sig tid att lyssna".

"Basen är alla som besökt VC/HC/Husläkarmottagning/husläkarakut/Jourcentral/Närakut."

(VC är vårdcentral och HC är hälsocentral.)

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009 – vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "instämmer helt och hållet" och "instämmer till viss del" minskat med den procentuella andelen som svarat "tar helt avstånd" och "tar avstånd till viss del". (Till exempel om andelen som "instämmer helt och hållet" är 60 % och andelen som "instämmer till viss del" är 25 % medan de som "tar helt avstånd" är 4 % och de som "tar avstånd till viss del" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	83	89			81
2010:1	85	86			85
2009:4	84	80	86	80	84
2009:3	83	84	87	81	83
2009:2	80	80	85	85	80
2009:1	84	81	85	83	82
2008:4	84	83	84	83	84
2008:3	83	84	88	87	83
2008:2	84	86	93	78	81
2008:1	83	83	88	82	83
2007:4	80	78	84	79	76
2007:3	83	80	89	82	81
2007:2	82	79	90	86	79
2007:1	82	86	91	80	79
2006:4	81	82	87	84	82
2006:3	81	81	81	87	81
2006:2	81	77	80	79	79
2006:1	82	75	89	65	80
Med vårdval	84	84	88	82	83
Före vårdval	82	81	84	80	80
Differens	2	3	4	2	3

Tab 3: Jag fick den hjälp som jag hade förväntat mig vid besöket

Tabellen visar svaren på fråga 19 i vårdbarometern "Jag fick den hjälp som jag hade förväntat mig vid besöket".
"Basen är alla som besökt VC/HC/Husläkarmottagning/husläkarakut/Jourcentral/Närakut."

(VC är vårdcentral och HC är hälsocentral.)

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009– vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "instämmer helt och hållet" och "instämmer till viss del" minskat med den procentuella andelen som svarat "tar helt avstånd" och "tar avstånd till viss del". (Till exempel om andelen som "instämmer helt och hållet" är 60 % och andelen som "instämmer till viss del" är 25 % medan de som "tar helt avstånd" är 4 % och de som "tar avstånd till viss del" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	78	77			80
2010:1	76	80			78
2009:4	76	73	84	74	76
2009:3	77	79	77	79	76
2009:2	78	78	77	70	76
2009:1	76	76	75	68	78
2008:4	76	81	79	75	77
2008:3	75	77	86	68	75
2008:2	77	82	87	80	77
2008:1	75	78	80	76	75
2007:4	74	72	75	76	76
2007:3	75	71	83	78	73
2007:2	74	74	82	77	72
2007:1	74	74	81	74	74
2006:4	74	74	82	78	74
2006:3	73	77	76	71	73
2006:2	73	74	75	71	71
2006:1	74	71	83	64	75
Med vårdval	77	77	81	74	77
Före vårdval	75	74	79	74	74
Differens	2	3	2	0	3

Tab 4: Vilket sammanfattande betyg vill du ge på ditt besök i vården

Tabellen visar svaren på fråga 20 i vårdbarometern "Vilket sammanfattande betyg vill du ge på ditt besök i vården". Basen är alla som besökt VC/HC/Husläkarmottagning/husläkarakut/Jourcentral/Närakut".

(VC är vårdcentral och HC är hälsocentral.)

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009 – vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "högsta betyg 5" och näst högsta betyg "4" minskat med den procentuella andelen som svarat "Lägsta betyg 1" och näst lägsta betyg "2". (Till exempel om andelen som "högsta betyg 5" är 60 % och andelen som näst högsta betyg "4" är 25 % medan de som "lägsta betyg" är 4 % och de som ger näst lägsta betyg "2" är 6 % blir nettotalet $60+25-4-6=75$.)

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	75	82			77
2010:1	77	76			81
2009:4	76	78	83	73	79
2009:3	76	78	82	73	75
2009:2	76	77	77	76	76
2009:1	76	76	80	76	76
2008:4	77	79	84	80	78
2008:3	74	75	81	70	74
2008:2	76	78	88	83	78
2008:1	76	74	84	68	74
2007:4	75	72	81	71	77
2007:3	74	73	80	64	74
2007:2	71	67	81	72	71
2007:1	76	81	81	74	77
2006:4	72	75	87	78	69
2006:3	70	74	73	72	70
2006:2	72	73	78	68	70
2006:1	72	71	77	57	72
Med vårdval	76	78	82	75	77
Före vårdval	74	74	79	70	73
Differens	2	4	3	5	4

Tab 5: Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver

Tabellen visar svaren på fråga 46 i vårdbarometern "Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver".

"Basen är alla som svarat på telefonenkäten respektive mätperiod.

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009 – vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är nettotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "instämmer helt och hållet" och "instämmer till viss del" minskat med den procentuella andelen som svarat "tar helt avstånd" och "tar avstånd till viss del". (Till exempel om andelen som "instämmer helt och hållet" är 60 % och andelen som "instämmer till viss del" är 25 % medan de som "tar helt avstånd" är 4 % och de som "tar avstånd till viss del" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	76	76			79
2010:1	73	76			74
2009:4	74	70	87	69	77
2009:3	74	71	81	74	75
2009:2	73	73	82	73	77
2009:1	71	67	83	75	74
2008:4	73	70	83	81	77
2008:3	71	67	82	75	76
2008:2	71	71	83	72	74
2008:1	70	65	86	68	71
2007:4	67	64	81	70	69
2007:3	68	66	80	66	70
2007:2	68	63	87	70	70
2007:1	70	69	81	64	74
2006:4	67	62	83	62	71
2006:3	66	63	76	68	68
2006:2	66	60	79	67	67
2006:1	67	62	78	63	71
Med vårdval	75	73	83	73	75
Före vårdval	70	65	79	66	70
Differens	5	8	4	7	5

Tab 6: Förtroende för sjukvården

Tabellen visar svaren på fråga 80 i vårdbarometern " Hur stor eller litet förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar - På vårdcentraler/ husläkarmottagningar/hälsocentraler?".

"Basen är alla som svarat på telefonenkäten respektive mätperiod".

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009 – vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "mycket stort" och "ganska stort" minskat med den procentuella andelen som svarat "mycket litet" och "ganska litet". (Till exempel om andelen som "mycket stort" är 60 % och andelen som "ganska stort" är 25 % medan de som "mycket litet" är 4 % och de som "ganska litet" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

	Alla	Skåne	Halland	Västmanl	Stockholmr
mätperiod		maj 09	jan 07	jan 08	jan 08
2010:2	49	51			50
2010:1	49	51			46
2009:4	47	46	60	52	45
2009:3	47	45	56	51	46
2009:2	46	47	59	48	47
2009:1	47	45	61	57	48
2008:4	46	39	65	53	49
2008:3	45	42	57	59	45
2008:2	47	46	66	51	46
2008:1	45	41	64	51	45
2007:4	44	41	63	49	43
2007:3	43	39	59	44	39
2007:2	41	38	64	48	38
2007:1	43	40	62	51	39
2006:4	43	39	55	50	39
2006:3	40	37	61	46	36
2006:2	40	34	62	47	35
2006:1	41	38	52	45	39
Med vårdval	49	48	61	53	47
Före vårdval	44	40	58	48	34
Differens	5	8	3	5	12

Tab 7: Förtroende för sjukvården i Skåne

Tabellen visar svaren på fråga 80 i vårdbarometern " Hur stor eller litet förtroende har du på det hela taget för hur vård och behandling fungerar - På vårdcentraler/ husläkarmottagningar/hälsocentraler?".

"Basen är alla som svarat på telefonenkäten respektive mätperiod".

"Skåne" är hela Skåne, "NV" är Nordvästra Skåne, "NÖ" är Nordöstra Skåne, "ME" är Mellersta Skåne och "Y-Ö" är Ystad – Österlen. Mätningarna redovisas kvartalsvis samt för helår – summan av de kvartalsvisa mätningar som genomförts ett visst år. Redovisade tal är netttotal i procentenheter. Nettotalen utgörs av summan av den procentuella andelen som svarat "mycket stort" och "ganska stort" minskat med den procentuella andelen som svarat "mycket litet" och "ganska litet". (Till exempel om andelen som "mycket stort" är 60 % och andelen som "ganska stort" är 25 % medan de som "mycket litet" är 4 % och de som "ganska litet" är 6 % blir nettotalet 60+25-4-6=75.)

	Skåne	NV	NÖ	ME	SV	Y-Ö
mätperiod						
2010:2	51	53	59	49	45	62
2010:1	51	52	62	52	47	50
2009:4	46	52	57	45	39	47
2009:3	46	52	56	51	41	45
2009:2	47	49	50	48	42	53
2009:1	45	57	58	49	43	50
2008:4	39	50	50	30	30	57
2008:3	42	49	50	35	39	54
2008:2	46	57	43	36	46	49
2008:1	41	49	46	33	39	48
2007:4	41	47	55	33	35	51
2007:3	39	54	52	34	30	46
2007:2	38	53	50	36	31	44
2007:1	40	55	51	38	39	39
2006:4	39	50	50	34	34	45
2006:3	37	50	51	39	30	38
2006:2	34	48	33	29	31	51
2006:1	38	46	41	36	31	47
2009	46	53	55	44	39	48
2008	42	51	54	44	39	49
2007	39	47	54	46	34	45
2006	37	53	49	34	31	45
medvårdval	48	52	57	49	43	51
före vårdval	40	51	48	36	35	48
differens	8	1	9	13	8	3

Tab 8: Fast läkarkontakt

Tabellen visar svaren på fråga 87 i vårdbarometern "Har du en fast läkare på din vårdcentral som du kan vända dig till (dvs en fast läkarkontakt)?" "Basen är alla som svarat på telefonenkäten respektive mätperiod".

"Alla" är alla landsting. Separat redovisade landsting är Skåne – Hälsoval maj 09,

Halland tom 2009 – vårdval jan 07, Västmanland tom 2009– vårdval jan 08 och Stockholm – vårdval jan 08.

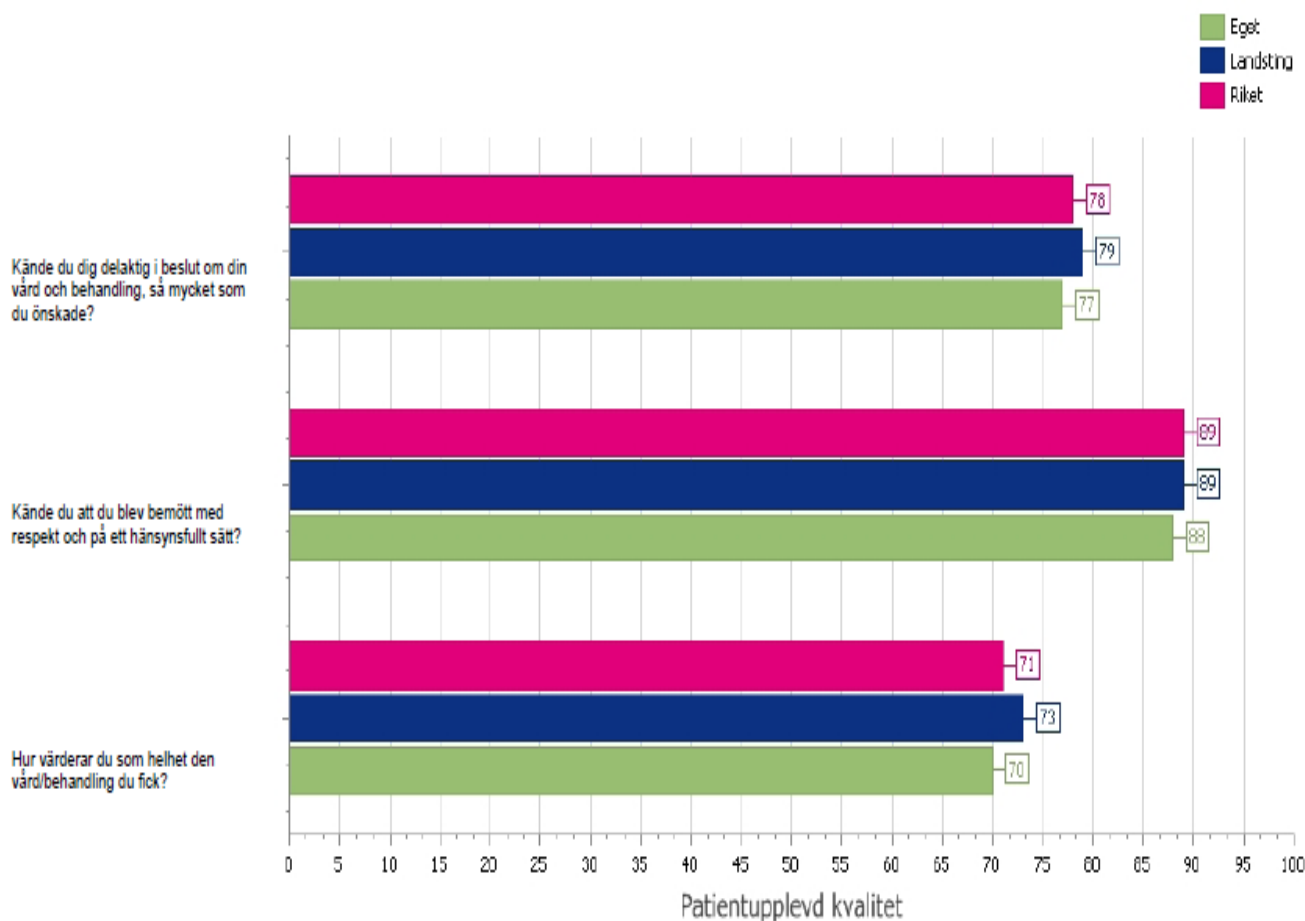
Mätningarna redovisas kvartalsvis. Redovisade tal är den procentuella andel som svarat "Ja" på frågan om de har en fast läkarkontakt att vända sig till på sin vårdcentral.

mätperiod	Alla	Skåne maj 09	Halland jan 07	Västmanl jan 08	Stockholm jan 08
2010:2	62	74			72
2010:1	57	67			66
2009:4	56	69	55	73	66
2009:3	57	70	55	72	68
2009:2	57	71	59	73	67
2009:1	57	68	58	74	66
2008:4	58	70	62	73	69
2008:3	57	66	58	76	67
2008:2	58	69	61	73	64
2008:1	55	66	55	70	63
2007:4	53	66	56	76	59
2007:3	53	64	57	74	60
2007:2	53	68	59	67	61
2007:1	51	63	49	76	58
2006:4	52	62	50	72	58
2006:3	51	61	49	72	57
2006:2	52	63	50	68	58
2006:1	52	61	48	69	60
Med vårdval	60	70	57	73	67
Före vårdval	55	65	49	72	59
Differens	5	5	8	1	8

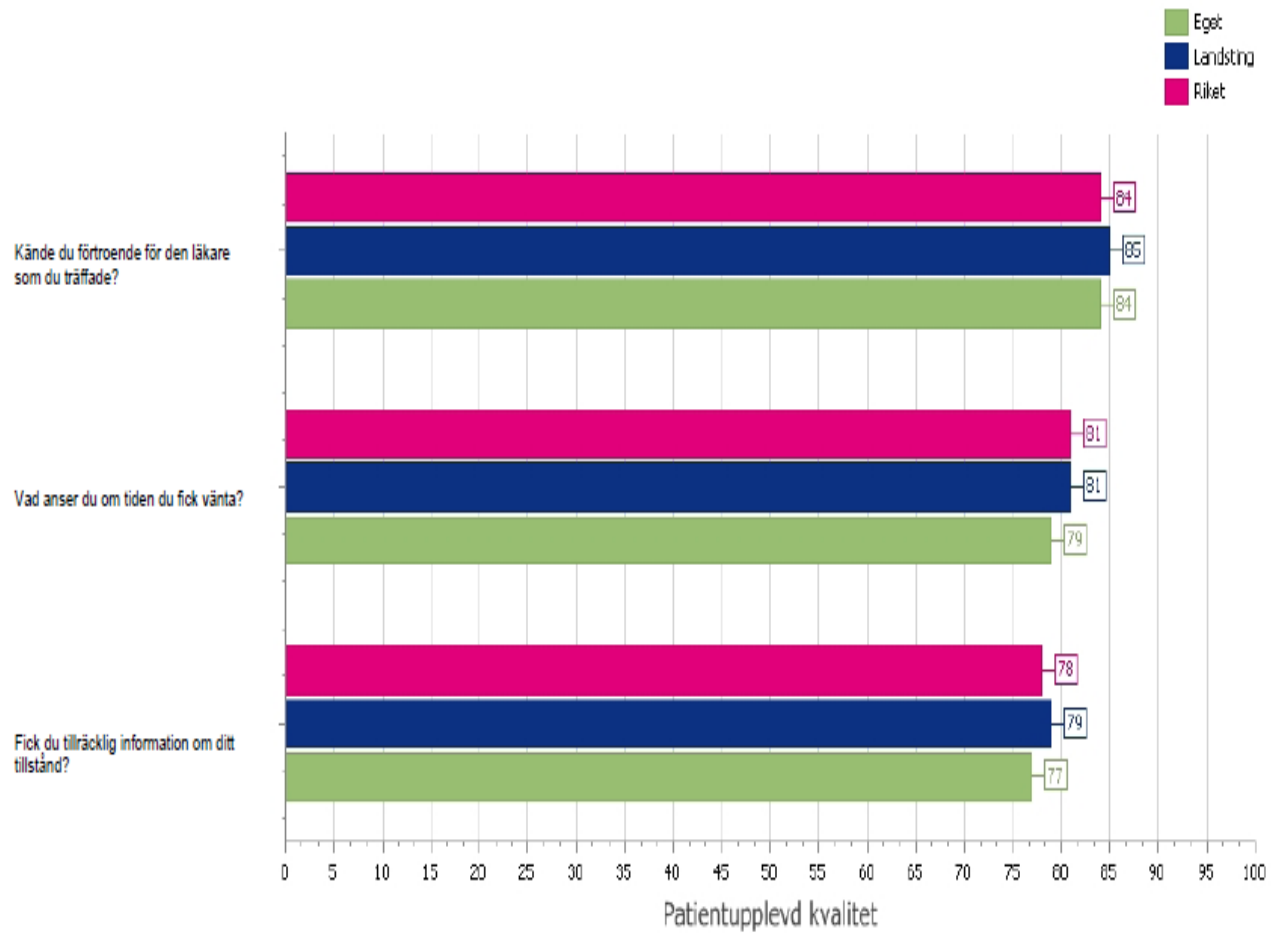
Bilaga 2.5 Nationell patientenkät

Här redovisas några frågor ("indikatorer") ur den nationella patientenkäten. Bilderna visar svaren för primärvården i landet i sin helhet ("riket"), svaren för primärvården totalt i Skåne ("landsting" – både privata enheter och regionens egna enheter) samt svaren för Region Skånes primärvårdsenheter ("eget").

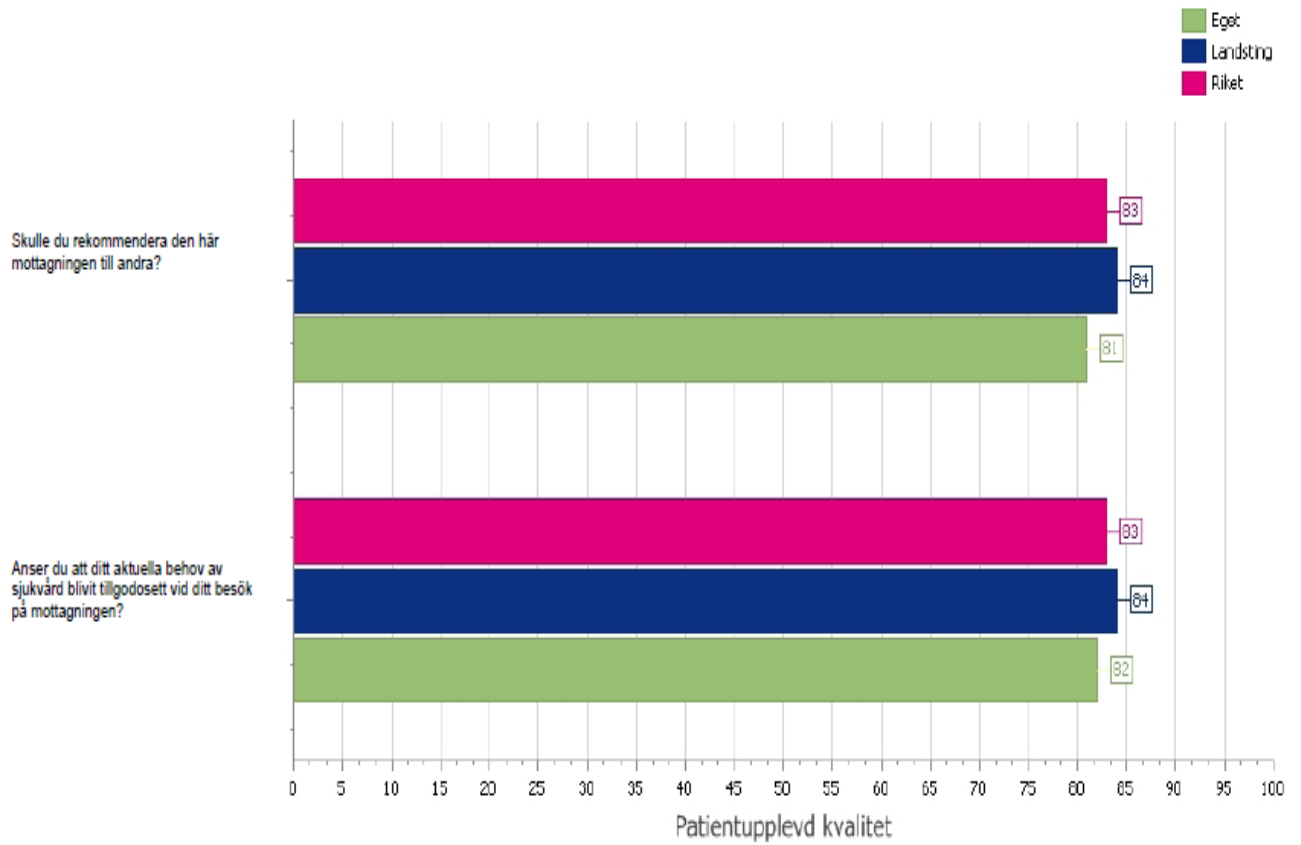
Indikatorer



Indikatorer



Indikatorer



Bilaga 3; Uppföljning av avtalsstyrning vad gäller externa vårdgivare

1. Uppdraget

I revisionens rapport (rapport 5 2008) påtalas ett antal frågor kring avtalsstyrning och arbetet med externa vårdgivare. I vår granskning (rapport 22 2009) följdes denna rapport upp. Uppdraget nu är att göra en förnyad uppföljning.

Vid vår granskning 2009 noterades bl a

- Utskottet och avdelningen har arbetat målmedvetet med att åtgärda de brister revisionen påpekat.
- Arbetet med att vidta åtgärder och förbättringar har också varit framgångsrikt i sin nuvarande fas men är ingalunda avslutat. Avdelningen har tidigare varit underbemannad och personalomsättningen har varit stor. Bland annat har chef bytts flera gånger. Åtgärdsarbetet behöver fortsätta.
- Vi rekommenderade en förnyad uppföljning under 2010.

2. Uppföljning av granskning "Avtal med externa vårdgivare" 2010

2.1 Iakttagelser

Allmänt:

Vid intervjuer framkommer att avdelningen för privata vårdgivare har varit underbemannad och haft för låg kontinuitet bland personalen. Vidare anges att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av verksamheten inte underlättat arbetet. Arbetet led vidare av problem till följd av den tidigare geografiska indelningen av regionens verksamhet.

Redan vid granskningen 2009 noterades att avdelningen förstärkts personellt och att samarbetet med koncerninköp hade stärkts. Avdelningens bemanning anges nu vara tillräcklig för uppgiften. Bemanningen omfattar nu nio handläggare, en chef och en sekreterare (till detta kommer två personer som arbetar med vård utomlands och utomlans).

Avdelningen har igångsatt ett systematiskt arbete för att följa upp de 878 avtal man förvaltar (motsvarande ca 800 verksamheter). En rutin har utarbetats för uppföljning som innebär att man följer upp statistik och redovisad produktion samt har strukturerade avstämningsträffar med leverantörerna – dock hinner man inte träffa alla leverantörer varje år (enligt uppgift hinner man under 2010 med att träffa ca 75 % av leverantörerna för en strukturerad uppföljningsdialog).

Rollerna mellan politiska och administrativa organ uppges ha blivit tydligare efter en ändring i befogenheterna hösten 2009. Denna ändring har inneburit att beslutsprocessen på den politiska nivån strukturerats upp bl a så att regionstyrelsen beslutar om konkurrensutsättning.

Samverkan med koncerninköp uppges ha förbättrats och dialogen har fördjupats. Man anger att man har det stöd man behöver från koncerninköp. Man uppger att följsamheten mot avtalsmallen ökat och nu är tillfredsställande. Koncerninköp har vidare tagit över förvaltandet av avtalsmallen för avtal med privata vårdgivare.

En komplicerande faktor är att de vårdgivare som arbetar på nationell taxa inte har något egentligt avtalsförhållande med regionen utan att relationen strikt följer lagen. Detta har tidigare i sin tur begränsat möjligheten till uppföljning. En lagändring 2009 har förstärkt möjligheten att följa upp denna vård.

Noterbart är vidare att Region Skåne from 2010-09-01 har en ny organisation under hälso- och sjukvårdsdirektören. Den nya organisationen innebär att avdelningen för privata vårdgivare upphör som särskild enhet. I stället bildas två nya enheter dels enheten för uppdragsstyrning av närsjukvård och psykiatri och dels enheten för uppdragsstyrning av specialiserad och högspecialiserad vård. I samband med denna omorganisation kommer personkontinuiteten att försvagas då personer får nya arbetsuppgifter och nya roller.

Nedan anges de frågor som lyftes fram i granskningen 2008, vår bedömning 2009 samt vår bedömning 2010.

1. *Det noteras att det föreligger ”betydande brister i avtalsarbetet.”*
”Det behövs framöver en bättre samlad organisation för upphandling och avtalshantering avseende externa vårdgivare.”

2009: Vid intervjuer anges att samverkan med koncerninköp har förbättrats. Avdelningen anges ha bra stöd av koncerninköp. Avdelningen för externa vårdgivare ”äger” förfrågningsunderlaget men får stöd av koncerninköp. Koncerninköp medverkar vid beredning av ärenden och vid avtalsutskottets sammanträden.

2010: Samverkan med koncerninköp anges fungera bra. Koncerninköp ger det stöd avdelningen för privata vårdgivare efterfrågar. Koncerninköp medverkar vid avtalsutskottet. Koncerninköp har tagit över förvaltningen av mallen för avtal med privata vårdgivare.

2. *”Upphandlingssamarbetet mellan avdelningen för privata vårdgivare och MA-Skåne²⁴ bör utökas, bl a beträffande uppföljning av avtalen.”*

2009: Vid intervjuer anges att koncerninköp medverkar i beredningen av avtal och vid avtalsutskottets sammanträden. Uppföljningen av avtal har förbättrats genom samverkan med koncerninköp och genom att avdelningen för externa vårdgivare förstärkts personellt. Nu finns ca 850 avtal och nio personer inom avdelningen som är ansvariga för att förvalta och följa upp dessa avtal. Tidigare fanns för en avtalsmängd av ungefär samma omfattning i teorin sju tjänster men på grund av hög personalomsättning var den effektiva kapaciteten normalt ca fem tjänster. Bemanningen angavs vid intervjuer som knapp men uppgiften bedömdes som möjlig. Avsikten var att ytterligare skärpa och utveckla uppföljningen.

2010: Antalet personer inom avdelningen är oförändrat och uppges räcka till för uppföljning av avtalen. En rutin för uppföljning av avtalen har utarbetats och börjat

²⁴ Enheter heter numera Koncerninköp.

tillämpas. Den innebär bl a att man stämmer av redovisade uppgifter rörande produktion och ekonomi samt att man har strukturerade träffar med producenterna där resultaten dokumenteras. Bemanningen medger dock inte att man har denna strukturerade dialog med alla producenter varje år.

3. *"I granskningsarbetet har framkommit att den politiska hälso- och sjukvårdsledningen beslutat att direktupphandla ett antal vårdavtal vilket strider mot fastställda riktlinjer och LOU."*

2009: Vid intervjuer anges att arbetet med upphandlingar har skärpts upp. De problem som noteras vid den tidigare granskningen uppges vid intervjuer ha minskat men inte vara helt borta.

2010: De problem som noterats tidigare rörande politiska beslut anges nu inte längre föreligga. Däremot anges vid intervjuer att det kan förekomma en politisk önskan att förlänga avtal eller upphandla ytterligare tjänster genom ett avtal på ett sätt som inte har stöd i den genomförda upphandlingen eller det avtal som finns.

4. *"Granskningen visar att avtalsmallarna inte används och att det förekommer variationer även mellan avtal som tecknas vid ungefär samma tidpunkt"*

2009: Vid intervjuer anges att skillnaderna mellan avtalsmallarna och avtalen till stor del beror på att verksamheten drivits i fem geografiska delar av Skåne med olika önskemål och utformning av avtal och mallar. Avdelningen hade en avtalsmall men distrikten hade egna önskemål om utformning av avtalen. Utformning av nya avtal är mer enhetlig nu. Gamla avtal med olika utformning lever kvar.

2010: Vid intervjuer anges att följsamheten mot avtalsmallar nu är god. De skillnader i avtalsutformning som noterats tidigare lever kvar med slutna avtal så länge dessa gäller.

5. *"Vidare konstateras att insamlad dokumentation inte ligger till grund för analys av vårdgivarnas verksamhet. Det saknas tydliga och ändamålsenliga rutiner för uppföljning."*

2009: Vid intervjuer angavs att brister i uppföljningen av avtal och analys av vårdgivarnas verksamhet till stor del förorsakades av bristande bemanning. Det angavs att förutsättningarna var bättre samt att uppföljning och analys skedde mer systematiskt än tidigare. Uppföljning baserades till stor del på de krav som anges i avtalen. Till denna del kommer olikheter i avtalen att påverka uppföljningen även i fortsättningen. Rutiner för uppföljning av avtal hade utarbetats. Ambitionen angavs vara att ytterligare förstärka uppföljning och utvärdering för att ge avtalsutskottet och hälso- och sjukvårdsnämnden ett bättre underlag. Uppföljning av ekonomiska och juridiska aspekter uppgavs fungera bra. Ökade insatser uppgavs främst behövas vad avser verksamhetsmässig uppföljning.

2010: Vid intervjuer anges att den utarbetade rutinen för uppföljning av avtal och analys av vårdgivarnas verksamhet nu tillämpas. Detta innebär bl a att man följer upp statistik och andra redovisade uppgifter. En strukturerad dialog genomförs vidare med de externa vårdgivarna. Man uppger dock att man inte hinner föra dialog med alla vårdgivare varje år.

6. *”En policy med regler och riktlinjer för avtalsprocessen avseende lokaler för externa vårdgivare bör tas fram”*

2009: Vid intervjuer angavs att en sådan policy har tagits fram. Tidigare fanns inga rutiner för överlåtelse av verksamhet.

2010: Vid intervjuer anges att denna fråga inte längre är något problem. Rutiner finns och tillämpas. Vid intervjuer efterfrågas vidare en konkurrensutsättningsplan som skulle göra det möjligt att mer planmässigt arbeta med konkurrensutsättning t ex under en mandatperiod

2.2 Bedömning

Utskottet och avdelningen har arbetat målmedvetet med att åtgärda de brister revisionen påpekat. Arbetet med att vidta åtgärder och förbättringar har också varit framgångsrikt.

Förutsättningarna har förbättrats genom förstärkt bemanning och bättre samverkan med koncerninköp.

Avdelningen har utarbetat och implementerat rutiner för uppföljning av avtal med externa vårdgivare. Denna uppföljning är strukturerad och systematisk.

Från 1 september 2010 införs en ny organisation, där avdelningen för privata vårdgivare inte finns kvar. I samband med omorganisationen uppstår en större personalomsättning än normalt. Detta kan leda till en oro för att arbetet med att följa upp avtal med externa vårdgivare blir lidande i vart fall under en övergångstid.

Bilaga 4; Enkät till cheferna för hälsovalsenheter

1. Enkät till verksamhetschefer på offentliga och privata vårdenheter

Enkäten vände sig till verksamhetschefer på både offentliga och privata vårdcentraler. Syftet med enkäten var att fokusera på rollen som verksamhetschef och vilka förändringar som införandet av hälsovalet kan ha inneburit för rollen som verksamhetschef. Enkäten skickades till de e-mail adresser som hälsovalskontoret tillhandahållit. Sammanlagt har 101 verksamhetschefer besvarat enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 89 %. Totalt har 74 verksamhetschefer på offentliga vårdcentraler besvarat enkäten och 27 på privata vårdcentraler. Frågorna har utarbetats i samverkan med Region Skånes hälsovalskontor och revisionskontoret. Enkäten genomfördes under tiden 7/9 – 23/9 2010.

2. Sammanställning av svar med fokus på skillnader mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler

- Fler kvinnor är verksamhetschefer på offentliga vårdcentraler än på privata.
- Verksamhetschefen är något oftare läkare på de privata vårdcentralerna än på de offentliga.
- Verksamhetschefer på de offentliga vårdcentralerna har markant fler anställda att leda än vad kollegerna på de privata vårdcentralerna har.
- Verksamhetscheferna på privata vårdcentraler tenderar till att ägna mer tid åt uppdraget som verksamhetschef än vad kollegerna på de offentliga vårdcentralerna gör
- 2 av 3 verksamhetschefer på privata vårdcentraler har hjälp av avdelningschefer eller motsvarande. På de offentliga vårdcentralerna har 1 av 3 verksamhetschefer sådan hjälp.
- Verksamhetschefer på privata vårdcentraler är mer kritiska till hjälpen från hälsovalskontoret än vad kollegerna på de offentliga vårdcentralerna är.
- 22 % av verksamhetscheferna på offentliga vårdcentraler är starkt kritiska till det stöd man har i personaladministrativa frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning i Region Skåne.
- 51 % av verksamhetscheferna på offentliga vårdcentraler är starkt kritiska till det stöd man har i IT- frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning i Region Skåne. Enbart 8 verksamhetschefer av totalt 74 anser att man har ett bra eller ganska bra stöd i IT-frågor.
- Det är påtagligt att verksamhetscheferna på de offentliga vårdcentralerna anser sig ha en mer begränsad frihet i arbetet än vad kollegerna på de privata vårdcentralerna har. 51 % av de offentliga cheferna anser att de är begränsade av rutiner, regelverk och beslut av andra (på privata vårdcentraler är motsvarande andel 15 %).
- De allra flesta verksamhetschefer upplever sitt arbete som roligt och stimulerande. Men samtidigt anser många att det är stressande och krävande.
- Det är uppenbart att införande av hälsovalet har inneburit att arbetet som verksamhetschef har förändrats. Det anser 9 av 10 som svarat på enkäten.

Frågor	Offentliga vårdcentraler	Privata vårdcentraler
1. Kön?	Man 20 % Kvinna 80 %	Man 37 % Kvinna 63 %
2. Hur länge har du haft ditt nuvarande uppdrag som chef för en vårdenhets?	1 år eller kortare tid – 27 % Längre tid än 1 år men kortare än 5 år – 34 % Längre än 5 år – 39 %	1 år eller kortare tid – 26 % Längre tid än 1 år men kortare än 5 år – 41 % Längre än 5 år – 33 %
3. Vad har du för utbildning?	Ekonom – 0 % Läkare – 28 % Sjukgymnast – 3 % Sjuksköterska – 54 % Annan – 15 %	Ekonom – 0 % Läkare – 37 % Sjukgymnast – 4 % Sjuksköterska – 33 % Annan – 26 %
4. Hur många anställda finns det på den vårdenhets som du är chef för?	20 eller färre – 14 % 21-30 – 42 % 31-40 – 23 % 41 eller fler – 22 %	20 eller färre – 70 % 21-30 – 15 % 31-40 – 4 % 41 eller fler – 11 %
5. Är din vårdenhets en del av Primärvården Skåne eller är den privat ägd?	Primärvården Skåne – 74 av 80 verksamhetschefer har besvarat frågorna	Privat ägd - 27 av 40 verksamhetschefer har besvarat frågorna
6. Hur stor del av din arbetstid arbetar du som verksamhetschef och hur mycket med klinisk verksamhet eller annat?	Hela min tid används som verksamhetschef- 15 % Mellan 75 % och 100 % används som verksamhetschef – 7 % Mellan 50 % och 75 % används som verksamhetschef – 26 % Mindre än 50 % används som verksamhetschef – 52 %	Hela min tid används som verksamhetschef – 30 % Mellan 75 % och 100 % används som verksamhetschef – 19 % Mellan 50 % och 75 % används som verksamhetschef – 32 % Mindre än 50 % används som verksamhetschef – 19 %
7. Leder du själv direkt hela verksamheten eller har du till din hjälp avdelningschefer (eller motsvarande) som leder delar av verksamheten?	Jag leder hela verksamheten utan avdelningschefer eller motsvarande – 70 % Jag har hjälp av avdelningschefer eller motsvarande för olika delar av min verksamhet – 30 %	Jag leder hela verksamheten utan avdelningschefer eller motsvarande – 37 % Jag har hjälp av avdelningschefer eller motsvarande för olika delar av min verksamhet – 63 %
8. Hur vill du beskriva den information du får från Region Skånes Hälsovalskontor?	Jag får ingen information – 0 % Bra – den tillgodoser mina behov – 30 % Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 52 % Varken bra eller dåligt – 15 % Dåligt – jag får lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 4 %	Jag får ingen information – 0 % Bra – den tillgodoser mina behov – 12 % Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 47 % Varken bra eller dåligt – 27 % Dåligt – jag får lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 14 %

<p>9. Hur vill du beskriva det stöd du har i personaladministrativa frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning inom Region Skåne?</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 0 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 26 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 32 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 19 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 22 %</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 67 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 7 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 7 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 15 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 4 %</p>
<p>10. Hur vill du beskriva det stöd du har i ekonomiadministrativa frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning inom Region Skåne?</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 0 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 35 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 32 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 21 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 12 %</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 52 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 0 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 26 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 11 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 11 %</p>
<p>11. Hur vill du beskriva det stöd du har i IT- frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning inom Region Skåne?</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 4 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 1 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov 7 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 34 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 51 %</p>	<p>Jag har inget sådant stöd – 19 %</p> <p>Bra – det tillgodoser mina behov – 0 %</p> <p>Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov – 19 %</p> <p>Varken bra eller dåligt – 37 %</p> <p>Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver – 26 %</p>
<p>12. Hur vill du beskriva din handlingsfrihet när det gäller att leda och utveckla din verksamhet?</p>	<p>Jag har mycket stor frihet – 12 %</p> <p>Jag har ganska stor frihet – 37 %</p> <p>Jag är begränsad av rutiner, regelverk och beslut av andra – 51 %</p>	<p>Jag har mycket stor frihet – 44 %</p> <p>Jag har ganska stor frihet – 41 %</p> <p>Jag är begränsad av rutiner, regelverk och beslut av andra – 15 %</p>

<p>13. Hur upplever du din situation som verksamhetschef? Vilka påståenden stämmer med din uppfattning om arbetet som verksamhetschef?</p>	<p>Jag skulle behöva mer kompetensutveckling i att vara chef för en vårdenhet – 14 %</p> <p>Det har blivit för lite patientkontakter för min del. Det kan jag sakna – 8 %</p> <p>Det är för det mesta positivt, roligt och stimulerande att vara verksamhetschef – 82 %</p> <p>Det är krävande och stressande att vara verksamhetschef för en vårdenhet – 53 %</p> <p>Jag får det stöd jag önskar av min chef – 55 %</p> <p>Jag vill absolut rekommendera en kollega som frågar mig att ta jobb som verksamhetschef – 36 %</p>	<p>Jag skulle behöva mer kompetensutveckling i att vara chef för en vårdenhet – 33 %</p> <p>Det har blivit för lite patientkontakter för min del. Det kan jag sakna – 0 %</p> <p>Det är för det mesta positivt, roligt och stimulerande att vara verksamhetschef – 70 %</p> <p>Det är krävande och stressande att vara verksamhetschef för en vårdenhet – 41 %</p> <p>Jag får det stöd jag önskar av min chef – 33 %</p> <p>Jag vill absolut rekommendera en kollega som frågar mig att ta jobb som verksamhetschef – 37 %</p>
<p>14. Har införandet av hälsoval inneburit att ditt arbete som verksamhetschef har förändrats?</p>	<p>Ja – 85 %</p> <p>Nej – 15 %</p>	<p>Ja – 89 %</p> <p>Nej – 11 %</p>
<p>15. På vilket sätt har arbetet förändrats?</p>	<p>Se frisvar i enkäten</p>	<p>Se frisvar i enkäten</p>
<p>16. Har hälsovalet inneburit att samarbetet förändrats med den övriga sjukvården, t ex med sjukhusens specialister eller med akutmottagningar?</p>	<p>Ja -45 %</p> <p>Nej 55 %</p>	<p>Ja – 63 %</p> <p>Nej – 37 %</p>
<p>17. På vilket sätt har samarbetets förändrats?</p>	<p>Se frisvar i enkäten</p>	<p>Se frisvar i enkäten</p>

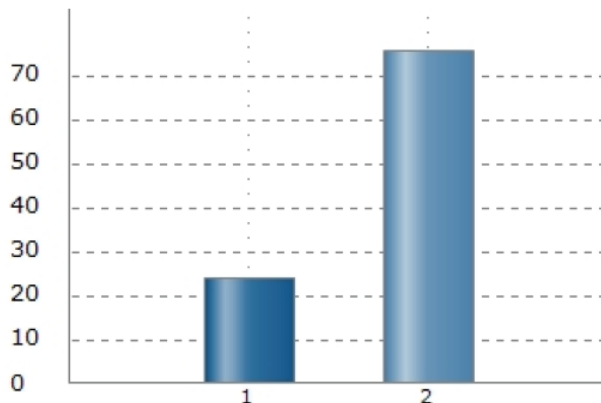
3. Figurer över hur frågorna besvarats.

Anmärkning: Fråga 15 och 17 är öppna frågor kring vilka figurer över svaren inte utarbetats.

1. Är du

Answered by: 103 (100%) Not answered by: 0 (0%)

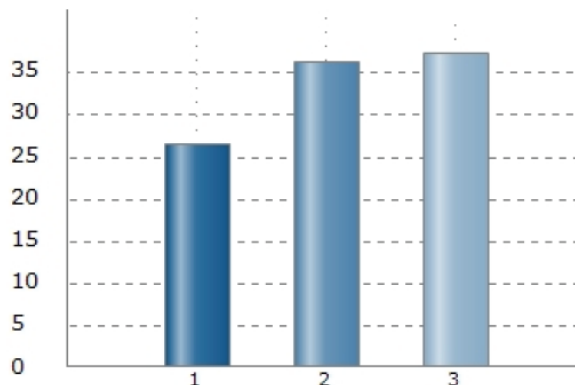
1	Man	25 (24%)
2	Kvinna	78 (76%)



2. Hur länge har du haft ditt nuvarande uppdrag som chef för en vårdenhet?

Answered by: 102 (99%) Not answered by: 1 (1%)

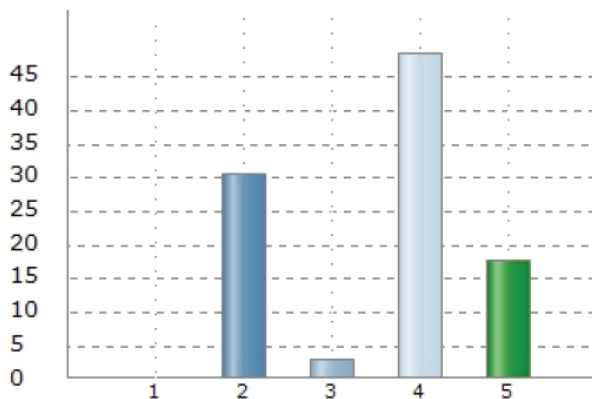
1	1 år eller kortare tid	27 (26%)
2	Längre tid än 1 år men kortare än 5 år	37 (36%)
3	Längre än 5 år	38 (37%)



3. Vad har du för utbildning?

Answered by: 101 (98%) Not answered by: 2 (2%)

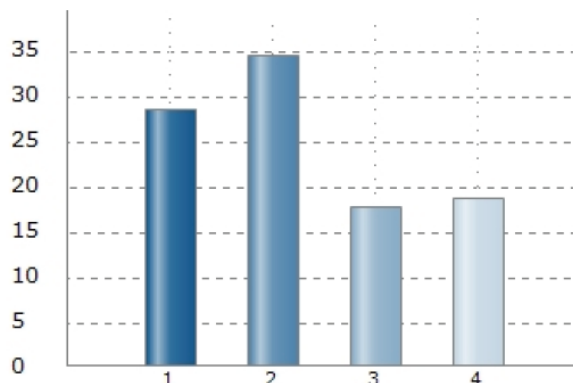
1	Ekonom/administratör	0 (0%)
2	Läkare	31 (31%)
3	Sjukgymnast	3 (3%)
4	Sjuksköterska	49 (49%)
5	Annan:	18 (18%)



4. Hur många anställda finns det på den vårdenhet som du är chef för?

Answered by: 101 (98%) Not answered by: 2 (2%)

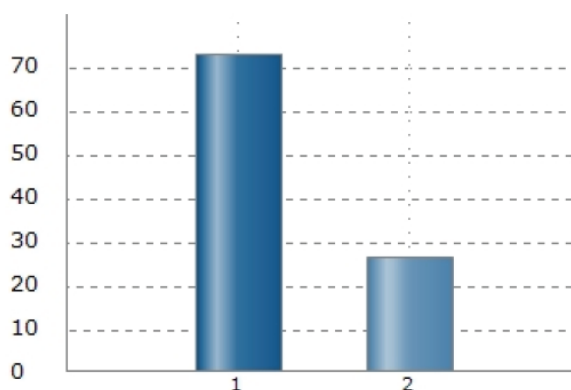
1	20 eller färre	29 (29%)
2	21-30	35 (35%)
3	31-40	18 (18%)
4	41 eller fler	19 (19%)



5. Är din vårdenhet en del av Primärvården Skåne eller är den privat ägd?

Answered by: 101 (98%) Not answered by: 2 (2%)

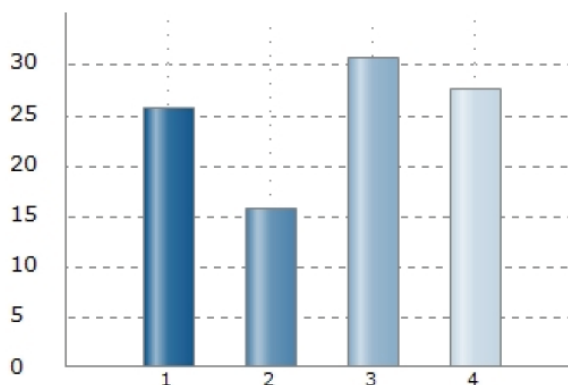
1	Den är en del av Primärvården Skåne	74 (73%)
2	Den är privat ägd	27 (27%)



6. Hur stor del av din arbetstid arbetar du som verksamhetschef och hur mycket med klinisk verksamhet eller annat?

Answered by: 101 (98%) Not answered by: 2 (2%)

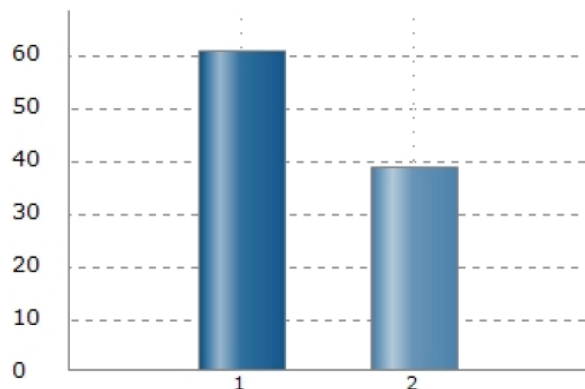
1	Hela min arbetstid används som verksamhetschef	26 (26%)
2	Mellan 75 % och 100 % används som verksamhetschef	16 (16%)
3	Mellan 50 % och 75 % används som verksamhetschef	31 (31%)
4	Mindre än 50 % används som verksamhetschef	28 (28%)



7. Leder du själv direkt hela verksamheten eller har du till din hjälp avdelningschefer (eller motsvarande) som leder delar av verksamheten?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

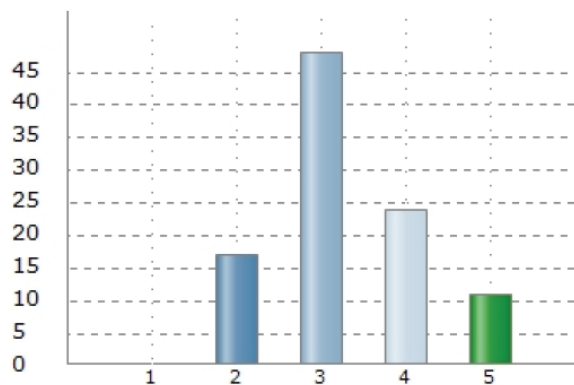
- | | | |
|---|---|----------|
| 1 | Jag leder hela verksamheten utan avdelningschefer eller motsvarande | 61 (61%) |
| 2 | Jag har hjälp av avdelningschefer eller motsvarande för olika delar av min verksamhet | 39 (39%) |



8. Hur vill du beskriva den information du får från Region Skånes Hälsovalskontor?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

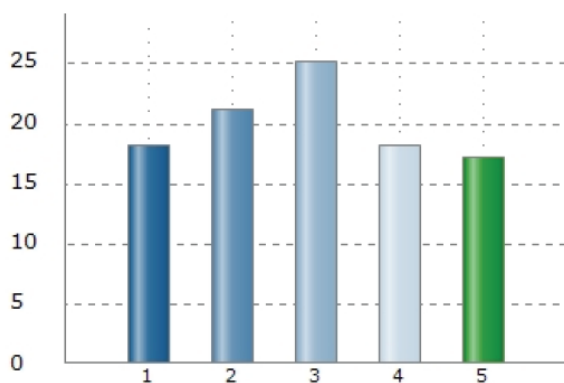
- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | Jag får ingen information från Hälsovalskontoret | 0 (0%) |
| 2 | Bra – det tillgodoser mina behov | 17 (17%) |
| 3 | Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov | 48 (48%) |
| 4 | Varken bra eller dåligt | 24 (24%) |
| 5 | Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver | 11 (11%) |



9. Hur vill du beskriva det stöd du har i personaladministrativa frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning i Region Skåne?

Answered by: 99 (96%) Not answered by: 4 (4%)

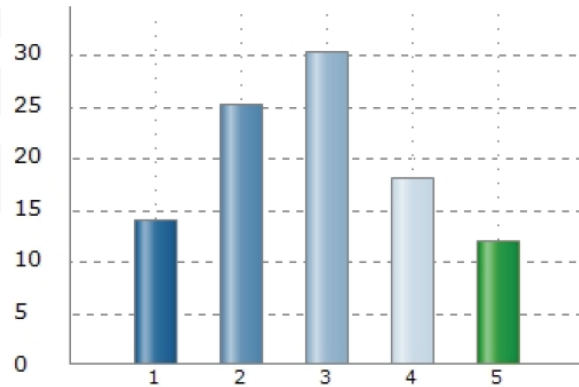
- | | | |
|---|--|----------|
| 1 | Jag har inget sådant stöd | 18 (18%) |
| 2 | Bra – det tillgodoser mina behov | 21 (21%) |
| 3 | Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov | 25 (25%) |
| 4 | Varken bra eller dåligt | 18 (18%) |
| 5 | Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver | 17 (17%) |



10. Hur vill du beskriva det stöd du har i ekonomiadministrativa frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning i Region Skåne?

Answered by: 99 (96%) Not answered by: 4 (4%)

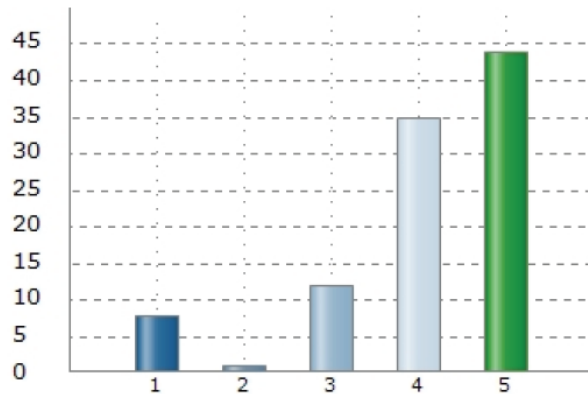
1	Jag har inget sådant stöd	14 (14%)
2	Bra – det tillgodoser mina behov	25 (25%)
3	Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov	30 (30%)
4	Varken bra eller dåligt	18 (18%)
5	Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver	12 (12%)



11. Hur vill du beskriva det stöd du har i it-frågor från primärvårdsförvaltningen eller annan förvaltning i Region Skåne?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

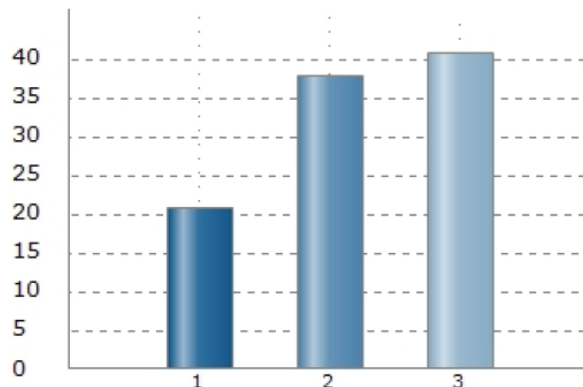
1	Jag har inget sådant stöd	8 (8%)
2	Bra – det tillgodoser mina behov	1 (1%)
3	Ganska bra – det tillgodoser det mesta av mina behov	12 (12%)
4	Varken bra eller dåligt	35 (35%)
5	Dåligt – jag får själv lägga mycket tid på att ta fram den information jag behöver	44 (44%)



12. Hur vill du beskriva din handlingsfrihet när det gäller att leda och utveckla din verksamhet?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

1	Jag har mycket stor frihet	21 (21%)
2	Jag har ganska stor frihet	38 (38%)
3	Jag är begränsad av rutiner, regelverk och beslut av andra	41 (41%)

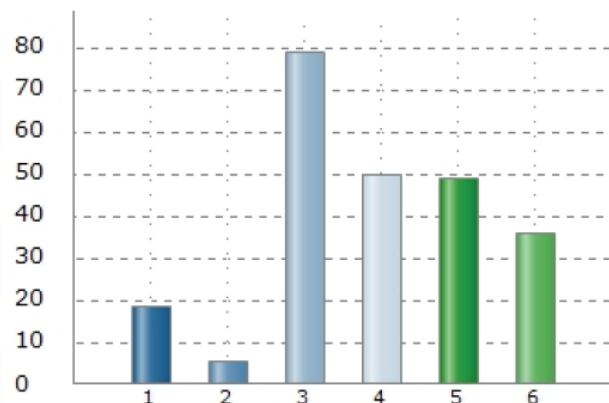


13. Hur upplever du din situation som verksamhetschef? Vilka påståenden stämmer med din uppfattning om arbetet som verksamhetschef?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

Du kan välja flera av alternativen nedan

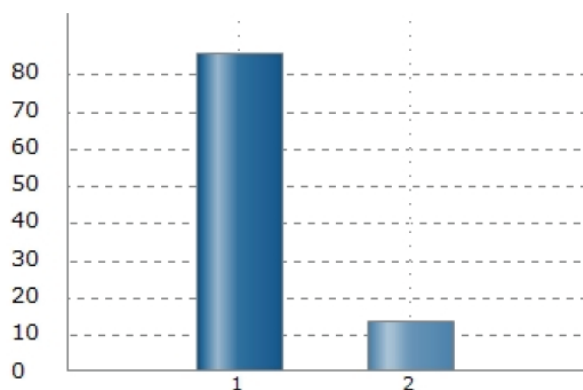
1	Jag skulle behöva mer kompetensutveckling i att vara chef för en vårdenhet.	19 (19%)
2	Det har blivit för lite patientkontakter för min del. Det kan jag sakna.	6 (6%)
3	Det är för det mesta positivt, roligt och stimulerande att vara verksamhetschef.	79 (79%)
4	Det är krävande och stressande att vara verksamhetschef för en vårdenhet.	50 (50%)
5	Jag får det stöd jag önskar av min chef	49 (49%)
6	Jag vill absolut rekommendera en kollega som frågar mig att ta jobb som verksamhetschef	36 (36%)



14. Har införande av hälsoval inneburit att ditt arbete som verksamhetschef har förändrats?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

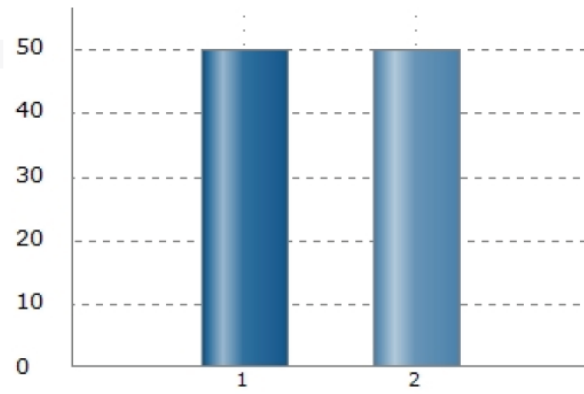
1	Ja	86 (86%)
2	Nej	14 (14%)



16. Har hälsovalet inneburit att samarbetet förändrat med den övriga sjukvården, t ex med sjukhusens specialister eller med akutmottagningar?

Answered by: 100 (97%) Not answered by: 3 (3%)

1	Ja	50 (50%)
2	Nej	50 (50%)



Bilaga 5; Förbättringsområden i rapport 22 – 2009

Vi har vid granskningen 2009 identifierat 7 förbättringsområden. Vi vill här samlat redovisa vår bedömning av dessa ”förbättringsområden” så som vi uppfattar dem efter nu genomförd granskning.

1. Ny filosofi för styrning

Rapporten 2009:

Granskningen visar att hälsoval är ett annat sätt att styra och se på organisationen. Organisationen måste till dels styras mer genom att vårdenheterna får en ökad frihet där förvaltningen blir mer av internkonsult. Styrning av regionens egen produktion bör i större utsträckning ha karaktär av botten up-styrning. Styrning och organisation bör också tydligare skilja på producent- och beställarroll. Detta kan innebära att man inrättar en särskild produktionsnämnd, eller på annat sätt organisatoriskt tydliggör de olika rollerna så att de blir likställda och tydliga i hela organisationen och först hamnar i samma organ i Regionstyrelsen.²⁵

Bedömning 2010:

Primärvården Skåne är mitt emellan en traditionell politisk och förvaltningsmässig anslagsstyrning – med betoning på top-down och en marknadsliknande intäktsstyrd modell med större frihetsgrader inom givna ramar – betoning på botten-up. Det är viktigt att man snarast tar steget fullt ut och i möjligaste mån ger de egna hälsovalsenheterna samma förutsättningar att agera som de privata konkurrenterna. Frihetsgraderna för verksamhetscheferna bör öka samtidigt som målen tydliggörs och stödet till verksamhetscheferna förstärks.

2. Följ upp och utveckla de ekonomiska incitamenten

Rapporten 2009:

De ekonomiska incitamenten kommer att få mycket stor betydelse för vårdenheternas beteende och också för vilka vårdenheter som överlever på sikt. Det är därför viktigt att noga följa upp de ekonomiska incitamentens utformning och justera dem så att de avsedda effekterna uppstår. Vi avser då såväl utformningen av intäkterna som vilka kostnader som belastar vårdenheten. Det är också viktigt att kostnader som vårdenheterna inte kan påverka, utan som påverkar vårdenhetens resultat mer slumpmässigt, t ex kostnader för sjukgymnaster, inte läggs ut på vårdenheterna. För regionens egna vårdenheter är det på samma sätt viktigt hur kostnaderna för primärvårdsförvaltningen centralt fördelas ut och enligt vilka regler de får behålla delar av sitt resultat och hur det får användas, vidare är det viktigt hur underskott hanteras.

Bedömning 2010:

Regionen har utvecklat och förbättrat de ekonomiska incitamenten, bl a genom ökad betydelse för täckningsgraden och ”högkostnadsskydd” för kostnader för sjukgymnast. Denna

²⁵ Vi har i bilaga 4 till rapport 22 2009 utvecklat ett tentativt resonemang kring styrning av regionens egen regi – Primärvården Skåne.

utveckling behöver dock fortsätta enligt de principer vi angav i granskningen 2009. Principen bör vara att bara påverkbara kostnader belastar hälsovalsenheterna.

3. Undanröj tekniska problem

Rapporten 2009:

Från ansvariga på vårdenheter – både regionens egna och privata – påtalas allvarliga administrativa och tekniska brister. De privata vårdenheterna påtalar att de IT-tjänster som regionen enligt ackrediteringsunderlag och avtal skall leverera och som leverantörerna till vissa delar är skyldiga att använda och till andra delar har avtal som ger dem rätt att använda inte fungerar enligt avtalet. Regionens egna vårdenheter påtalar brister i det administrativa ekonomistödet som gör att man inte på ett bra sätt kan följa den egna enhetens ekonomi.

Bedömning 2010:

Bristerna vad gäller IT-stödet är fortfarande mycket stora och endast marginellt mindre än vid granskningen 2009. Nu tillkommer dessutom det faktum att man inte längre på samma sätt litar på löften att problemen kommer att lösas. Hanteringen av IT-stödet bör prioriteras för hälsovalsenheterna och inför den kommande reformen val av mödravårdsenhet.

4. Dialog, hälsovalsnätverk och kontaktpersoner

Rapporten 2009:

För att stärka kontakten och dialogen bör hälsovalskontoret tillhandahålla en kontaktperson för varje vårdenhet, som ger den information hälsovalskontoret kan tillhandahålla men även fungerar som lots gentemot regionens organisation i övrigt. För att likställa privata vårdenheter med regionens egna bör sådan kontaktperson finnas för alla vårdenheter. En möjlighet är att också inrätta ett hälsovalsnätverk med cheferna för vårdenheter som ingår i hälsovalet. Vid träffar med hälsovalsnätverket skulle gemensamma frågor som rör vårdenheternas verksamhet och relationen till regionen avhandlas. I ett sådant nätverk borde chefer för såväl privata som regionens egna vårdenheter ingå.

Bedömning 2010:

Hälsovalskontoret har stärkt dialogen med hälsovalsenheterna och infört medicinska revisorer som också bidrar till att dialog och kontakt förstärks. Idén med hälsovalsnätverk kan fortfarande vara lämplig att införa för att öka möjligheten till dialog mellan hälsovalsenheterna inbördes och med regionen.

5. Primärvårdsförvaltningens roll

Rapporten 2009:

Primärvårdsförvaltningens styrning av och stöd till de egna vårdenheterna bör utvecklas. Om regionens egna vårdenheter skall utvecklas med ett starkare och mer entreprenöriellt lokalt ledarskap bör förvaltningens styrning av vårdenheterna ske med få men tydliga regler i ett hållbart ramverk. Förvaltningens funktion av internkonsult åt de egna vårdenheterna bör förstärkas bl a när det gäller ekonomi- och personaladministration.²⁶

Bedömning 2010:

Den kritik som riktades i rapporten 2009 kring toppstyrning från förvaltningen och för dåligt stöd från förvaltningen kvarstår. Vi uppfattar att Primärvården Skåne står mitt emellan en traditionell anslagsstyrd förvaltningsstyrning och en mer marknadsorienterad intäktsstyrd modell. Verksamhetscheferna för Primärvården Skånes hälsovalsenheter upplever sig ha ett

²⁶ För ett utförligare resonemang om den egna organisationens styrning se även bilaga 4 i rapport 22 2009.

mycket mindre handlingsutrymme än sina privata kollegor. Även om det administrativa stödet till Primärvården Skånes hälsovalsenheter förbättrats kvarstår behov av fortsatt utveckling inom detta område.

6. Planering och incitament för att styra över resurser till primärvården

Rapporten 2009:

För att styra över resurser från sjukhusen och deras öppenvård till primärvården krävs en långsiktig planering och tydliga incitament. Vill regionen styra över resurser till primärvården räcker det inte med att ange politiska intentioner. Regiondirektören har (september 2009) givit ett uppdrag till Centrum för verksamhetsplanering och analys (CVPA) att utforma en handlingsplan för att styra över resurser till primärvården.

Bedömning 2010:

En utredning har genomförts och rapporten presenterats i juni 2010²⁷. Rapporten har fastställts av koncernledningen. Det fortsatta arbetet leds av en styrgrupp under ledning av regiondirektören. I utredningen övergavs idén att försöka analysera fram vad som skulle lyftas över till primärvården. Istället valde man att i dialog med verksamheten göra analysen med syftet att ”ta fram en strategi för att arbeta med öppenvård i rätt vårdform”.

7. Beredskap att hantera egna vårdenheter som inte klarar sin ekonomi

Rapporten 2009:

Regionen bör ha en större beredskap och tydlig strategi för hur man skall hantera egna vårdenheter som går med ”förlust”. Detta är en viktig del av styrningen av de egna vårdenheterna. En sådan strategi bör också vara transparent och öppet redovisad, för att skapa trovärdighet för att regionen kommer att agera så att konkurrensneutralitet upprätthålls gentemot privata vårdenheter.

Bedömning 2010:

Beredskapen att hantera egna vårdenheter som inte klarar sin ekonomi är fortfarande i behov av utveckling. Detta område rymmer flera viktiga utvecklingsbehov. Bland områden som kan behöva utvecklas märks den politiska beredskapen att besluta om strukturförändringar av egen produktion som ägare. Ett annat viktigt fält är hur man ser på enskilda enheters resultat för enskilda år.

En modell för ägande som liknar privata koncerner skulle kunna innefatta en policy med ett avkastningskrav (som enheterna levererar till ägaren varje år) samt att enheter som går med förlust kan få koncernbidrag under en viss tid. En sådan policy bör också innefatta tydliga krav på omstrukturering av enheter som går med förlust och hur lång tid det skall få ta att vända en enhet som går med förlust. Vidare är det viktigt med en tydlighet hur enheter som inte kan vändas till vinst skall hanteras. Ett sådant regelverk bör samlas i en ägarpolicy²⁸ och antas av regionfullmäktige.

²⁷ ”Strategi för en öppenvård i rätt vårdform - Slutrapport”, 2010-06-01.

²⁸ Begreppet ägarpolicy är något oegentligt eftersom Primärvården Skåne är en del av den juridiska personen Region Skåne och regionens hälsovalsenheter en del av förvaltningen. Vi föreslår ändå detta begrepp för att visa på jämförbarheten med regler i koncernstrukturer. En sådan ägarpolicy skulle bidra till tydligare regler för de egna hälsovalsenheterna och den egna förvaltningen och ge större transparens i relation till privata konkurrenter.