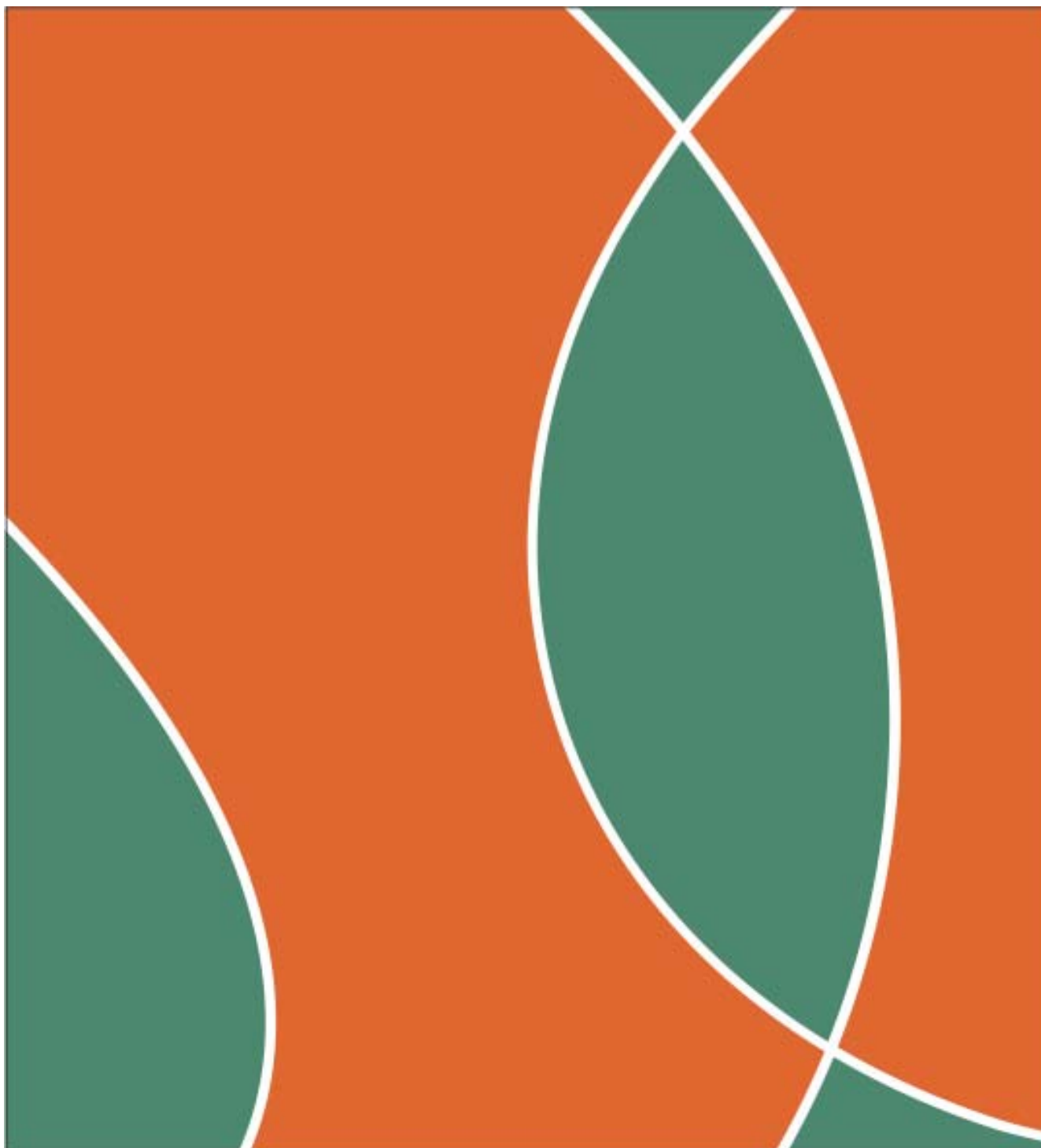


# Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval

Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet och Rådet för Kommunalekonomisk  
Forskning och Utbildning



**Sveriges Kommuner och Landsting**

118 82 Stockholm • *Besök* Hornsgatan 20

*Tfn* 08-452 70 00 • *Fax* 08-452 70 50 • [info@skl.se](mailto:info@skl.se) • [www.skl.se](http://www.skl.se)

*Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:* Staffan Lindvall

Författare: Gert Paulsson

*Förbundets trycksaker beställs på*

[www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer) • *tfn* 020-31 32 30 • *fax* 020-31 32 40

Beställningsnummer: 5179

© Sveriges Kommuner och Landsting 2009

# Innehåll

---

Innehåll .....	3
Förord .....	4
1. Bakgrund.....	5
2. Uppföljning och utvärdering .....	8
3. Befintliga modeller för uppföljning och utvärdering av vårdval.....	12
4. Förslag till modell för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller .....	24
5. Uppsummering.....	30

# Förord

---

Införande av vårdval är en av de största pågående reformerna i den svenska hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bidrar på olika sätt till att arbetet med vårdvalsreformen ska fungera så bra som möjligt i landsting och regioner. En del i det arbetet omfattar kunskapsspridning så att landsting och regioner kan lära av varandra. SKL har flera projekt på gång med en sådan inriktning. Det vårdvalsnätverk som träffas och utbyter erfarenheter är ett viktigt inslag i kunskapsspridningen. Därutöver har SKL initierat ett antal projekt som syftar till att kunskap om vårdval ska spridas.

Denna rapport är ett led i det långsiktiga kunskapsuppbyggandet kring vårdval. I rapporten presenteras ett förslag till områden och mått som är centrala i uppföljningen och utvärderingen av vårdvalsmodeller. Syftet med rapporten är att landsting och regioner med delvis olika vårdvalsmodeller ska kunna lära av varandra när det gäller effekterna av olikheterna i utformningen av modellerna. Rapporten är en del av det nationella projektet, ”Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård”.

Det är uppenbart att det är svårt att ta fram en modell för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller som verkligen skapar förutsättningar för jämförelser. För det första finns det delvis olika politiska motiv och målsättningar bakom införandet av vårdval i olika landsting. För det andra skiljer sig vårdvalsmodellerna åt i olika avseenden, vilket bl.a. påverkar förutsättningarna för datainsamling. För det tredje är förutsättningarna för vårdval olika, beroende på bl.a. primärvårdens utformning i utgångsläget, geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar. För det fjärde finns det olika principer i olika landsting och regioner när det gäller kraven på privata vårdenheter att lämna in data för uppföljning och utvärdering.

Trots dessa olikheter i förutsättningar finns det skäl att ta fram en modell för uppföljning och utvärdering som de landsting och regioner som vill göra jämförelser med andra landsting och regioner kan använda. Även om mål, mått och tillgång till data skiljer sig åt kan initierade bedömare lära något av andra, och det är den målsättningen som ligger bakom rapporten.

Staffan Lindvall

Projektledare

Sveriges Kommuner och Landsting

# 1. Bakgrund

---

Reformeringen av den svenska hälso- och sjukvården har under många år huvudsakligen handlat om sjukhusen. Under de senaste åren har detta förändrats och införande av s.k. vårdval i primärvården har istället blivit en stor och viktig reform i många landsting. Riksdagen fattade dessutom nyligen beslut om att samtliga landsting och regioner ska införa vårdval fr o m den 1 januari 2010. Samtidigt är det uppenbart att de vårdvalsmodeller som införts till viss del skiljer sig och, och att riksdagsbeslutet också ger utrymme för delvis olika utformning av vårdvalet.

Den här rapporten handlar om hur landsting och regioner kan följa upp och utvärdera vårdvalsmodellerna i syfte att skapa förutsättningar för lärande kring vilka modeller som fungera bra och mindre bra i olika avseenden.

I den allmänna debatten används begreppet 'primärvård' omväxlande med begreppet 'närsjukvård'. Den tydligaste skillnaden är i allmänhet att 'närsjukvård' kan omfatta mer än den basala vård som normalt sätt ingår i 'primärvården'. För den här studien har jag valt att konsekvent använda begreppet 'primärvård', och följa definitionen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763):

”För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. *Primärvården* (min kursivering) ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller särskild kompetens.” (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, § 5)

Primärvården har historiskt sett organiserats på olika sätt. Den internationella utvecklingen och pågående trender i primärvården runt om i världen beskrivs på ett samlat och bra sätt i World Health Organizations (WHO) World Health Report 2008 – Primary Health care – Now more than ever (World Health Organization, 2008). Vad gäller Sverige har det skett en fortlöpande utveckling av organisationen över tiden. Anell (2005) beskriver de centrala stegen i denna utveckling, t.ex. fokuseringen på geografiskt ansvar under 1970- och 1980-talen och det nationella husläkarsystemet i början på 1990-talet, på ett kortfattat och bra sätt.

Anell (2005) beskriver också de förändringar i förutsättningarna som skedde i mitten av det första decenniet på 2000-talet. Det handlar om bl.a. ökad medicinsk specialisering, krav på förbättrade arbetsvillkor bland allmänläkare samt förbättrade möjligheter att göra tidigare dödliga sjukdomar kroniska. Samtliga dessa förändringar medför nya och högre krav på primärvården.

Mot bakgrund av de nya förutsättningarna, och en tydlig politisk vilja att öppna upp primärvården för privata aktörer, har vi under de senaste åren sett en trend mot s.k. vårdvalsmodeller<sup>1</sup>. Halland var det första landstinget som införde vårdval, i januari 2007. Stockholm och Västmanland följde efter 2008, och från och med 2009 har även bl.a. Kronoberg, Region Skåne, Västra Götaland och Östergötland beslutat införa vårdvalsmodeller.

De vårdvalsmodeller som införts, eller håller på att införas, är har delvis olika utgångspunkter och politiska mål, och är därför utformade på delvis olika sätt. Exempelvis är reglerna för listning och godkännande olika, liksom utformningen av ersättningssystemen. Anell (2008 och 2009) och Regeringens proposition om vårdval (Regeringen, 2008) ger en god översikt över utformningen av införda och planerade vårdvalsmodeller. Det finns därför ingen anledning att beskriva dessa skillnader i detalj i denna rapport.

Mot bakgrund av att samtliga landsting och regioner kommer att arbeta med vårdvalsmodeller framöver, finns det skäl att skapa förutsättningar för ett systematiskt lärande inom och över länsgränserna<sup>2</sup>. Ett sätt att underlätta ett lärande i det här sammanhanget är att landsting och regioner som är intresserade av att lära av varandra följer upp och utvärderar sina vårdvalsmodeller på ett liknande sätt. Rapporten syftar till att skapa förutsättningar för ett sådant lärande genom att rekommendera ett antal områden som kan följas upp och utvärderas, och ett antal mått för varje område.

I arbetet med framtagande av områden och mått har lärdomar dragits från de uppföljningar och utvärderingar som gjorts av befintliga vårdvalsmodeller i olika landsting. Det är dock viktigt att notera att denna uppföljning och utvärdering i allmänhet är utvecklad för att studera utfallet för enskilda vårdvalsenheter. Denna rapport har en annan fokus eftersom den behandlar uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller. I vissa delar behövs samma data för uppföljning och utvärdering av enheter och modeller, men i andra delar skiljer sig behoven av data åt. Exempelvis är det vid uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller intressant att titta på utvecklingen av landstingens totala ekonomi för primärvården, medan det är mindre relevant vid uppföljning och utvärdering av enskilda vårdenheter. Icke desto mindre är uppföljning och utvärdering av vårdenheter en viktig utgångspunkt också för studier av vårdvalsmodeller, inte minst eftersom de i hög grad påverkar vilken data landsting och regioner har tillgänglig. Jag kommer därför i största möjliga utsträckning att lämna förslag som är förenliga med de modeller som redan används eller kommer att användas i olika landsting.

---

<sup>1</sup> De nya primärvårdsmodellerna kallas i allmänhet för vårdvalsmodeller. Det finns dock alternativa benämningar på samma fenomen. Exempelvis talar man i Region Skåne om *hälsoval* istället för *vårdval*. I den här rapporten kallar vi trots det dessa modeller för 'vårdvalsmodeller'.

<sup>2</sup> Liknande ansatser till lärande används på andra håll i landstingssverige, exempelvis Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) utvecklingsprogram Mäta för att leda.

I kapitel 3 kommer vi att se att de landsting och regioner som följer upp och utvärderar sina vårdvalsmodeller gör det på delvis olika sätt. Det är viktigt att betona att varje landsting och region naturligtvis har full frihet att följa upp och utvärdera sina vårdvalsmodeller på det sätt man finner lämpligt. Ett starkt argument för detta är att de mål som ställs upp för reformerna delvis skiljer sig åt. Det finns således ingen ambition att påtvinga landsting och regioner en viss uppföljnings- och utvärderingsmodell. Ambitionen är istället att ringa in ett antal områden som skulle kunna utgöra en grund för jämförelser och därmed lärande kring vårdvalsmodeller, och identifiera ett antal mått som kan vara relevanta inom respektive område.

Rapporten är en delrapport från ett större projekt som SKL finansierar, och som Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning (KEFU) vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet har i uppdrag att genomföra. Det större projektet består av tre delar – ”Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval”, ”Uppföljning av effekter – Vårdval”, samt ”Jämförande beskrivning av vårdvalsmodeller”. Denna rapport är ett resultat av det första av dessa delprojekt (Sveriges Kommuner och landsting, 2008). Den har författats av ekonomie doktor Gert Paulsson.

### Rapportens upplägg

Efter den inledande bakgrundbeskrivningen i kapitel 1, följer i kapitel 2 en kortfattad bestämning av begreppen uppföljning och utvärdering. I samma kapitel presenteras också några generella modeller för uppföljning och utvärdering. I kapitel 3 presenteras ett antal befintliga modeller för uppföljning och utvärdering. Det handlar om dels modeller som intresseorganisationer har tagit fram, dels modeller som används i landsting och regioner som infört eller planerar att införa vårdval. Avslutningsvis presenteras i kapitel 4 ett förslag till modell för uppföljning och utvärdering.

## 2. Uppföljning och utvärdering

---

### Begreppen uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering handlar både om vilken information man har tillgång till och hur man använder informationen i sitt beslutsfattande. I denna rapport är det fokus på *informationsinnehållet*. Den faktiska användningen av informationen behandlas således inte.

Begreppen uppföljning och utvärdering används ofta slarvigt, och utan en tydlig bestämning. Inte heller i den här rapporten presenteras någon mer omfattande och precis begreppsbestämning. Jag nöjer mig istället med en översiktlig definition från den statsvetenskapliga utvärderingstraditionen.

Enligt Sandahl (1991) är graden av analys den viktiga skiljelinjen. En *uppföljning* omfattar således datainsamling och sammanställning av data utan någon djupare analys, medan en *utvärdering* ”innehåller mer analys och ställer andra typer av frågor” (s. 10). Sandahl (1991) exemplifierar med att man aldrig söker kausalitetsförhållanden, d.v.s. orsakssamband mellan olika variabler i en uppföljning, vilket man mycket väl kan göra i en utvärdering. Av ovanstående begreppsbestämningar följer också att uppföljningar i normalfallet görs mera frekvent än utvärderingar.

### Informationens indelning

När det gäller information för uppföljning och utvärdering finns det ett antal etablerade, generella, indelningar av vilka två vanligt förekommande kortfattat berörs nedan.

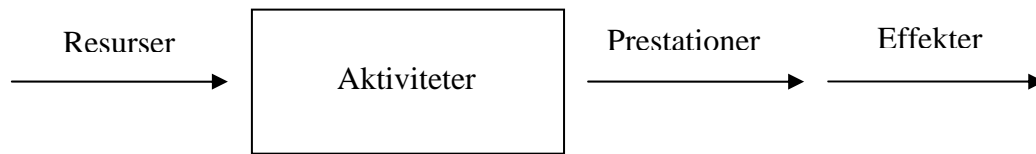
Den första indelningen bygger på *input-output-modellen*<sup>3</sup> och fokuserar på användningen av resurser i olika typer av aktivitet som leder fram till leverans av prestationer som i sin tur får någon form av effekter (se t.ex. Ramberg, 1997).

---

<sup>3</sup> Input-output-modellen kallas ibland för produktionsmodellen. Också andra benämningar förekommer i litteraturen.



Figur 1. Input-output-modellen



Om man utgår ifrån input-outputmodellen i uppföljning och utvärdering tar man fram mått som beskriver resursförbrukning, aktiviteter, prestationer och effekter, och/eller relationen mellan dessa. Ett exempel på det senare är att man ibland ställer prestationerna i relation till insatta resurser i någon form av produktivetsmått, eller effekterna i relation till resurserna i någon form av effektivitetsmått. Det är uppenbart att det finns många alternativa mått att välja mellan i var och en av input-output-modellens delar, och det är välkänt att det finns många olika produktivets- och effektivitetsmått. Det är vidare uppenbart att det i många offentliga verksamheter är svårt att hitta relevanta mått i modellens alla delar, och att det inte minst gäller mått på effekter och effektivitet. I effektbegreppets mer strikta mening handlar det om att identifiera det som inträffat som en direkt följd av en viss åtgärd, och som inte skulle inträffat utan åtgärden.

Om man exempelvis vill bedöma effekterna av införandet av vårdval på befolkningens hälsa, ska man idealt sett ta reda på hur stor del av den faktiska förändringen av befolkningens hälsa som inte hade kommit tillstånd om inte vårdvalet hade införts. Det är naturligtvis i praktiken väldigt svårt att göra en sådan bedömning eftersom befolkningens hälsotillstånd påverkas av många olika faktorer som inte har någonting att göra med införandet av vårdval, och eftersom det ofta är långa tidseftersläpningar mellan en reform och effekterna av reformen.

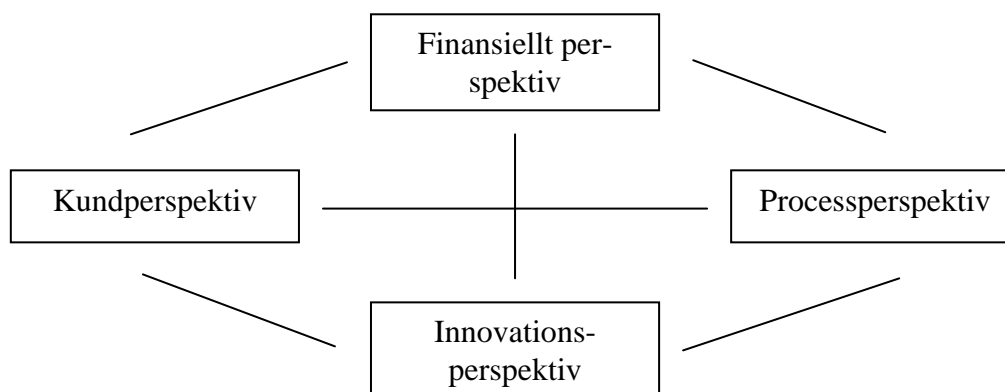
En diskussion om effekterna av offentlig verksamhet kan göras lång, och det finns också tankar och idéer om hur man kan komma runt problematiken med effektmätningar. Exempelvis diskuterar Sandahl (1991) m.fl. möjligheterna att arbeta med effektkedjor där mera prestationsnära effekter kan användas i uppföljning och utvärdering istället för de svårfångade yttersta effekterna i samhället. I den här rapporten nöjer vi oss dock med att presentera input-output-modellens övergripande indelning som en tänkbar struktur för informationen vid uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller

En annan indelning av information för uppföljningar och utvärdering presenteras i det s.k. *balanserade styrkortet*. Utgångspunkten för utvecklingen och användningen av det balanserade styrkortet är att det är viktigt att knyta resultatmått till de övergripande strategierna för organisationen, och att det i sin tur förutsätter att

man har flerdimensionella mått som inte enbart fokuserar på det finansiella resultatet.

De balanserade styrkort som används i praktiken ser lite olika ut, men har ofta en bas i den modell som utvecklades av Kaplan och Norton i USA i början av 1990-talet<sup>4</sup>. I den modellen har det balanserade styrkortet fyra perspektiv.

Figur 2. Det balanserade styrkortets perspektiv



Om man utgår ifrån det balanserade styrkortet i uppföljning och utvärdering tar man fram mått som belyser de fyra perspektiven, dvs. mått som visar det finansiella resultatet, hur duktiga vi varit på innovationer och nytänkande, hur våra 'kunder' ser på våra oss samt hur väl våra processer fungerar. En logik bakom det balanserade styrkortet är att vi måste blicka bakåt (det finansiella perspektivet), framåt (innovationsperspektivet), utåt (kundperspektivet) och inåt (processperspektivet).

Det balanserade styrkortet har, som nämnts ovan, ursprungligen utvecklats för privata företag. Under de senaste drygt tio åren har emellertid många offentliga organisationer i Sverige och andra länder börjat använda styrkortet i den interna styrningen, och i en del fall även i kommunikationen med medborgarna<sup>5</sup>. Man har då i många fall funnit att grundstrukturen på det balanserade styrkortet väl lämpar sig för offentliga organisationer, men att det naturligtvis krävs anpassningar av styrkortet till den aktuella organisationens verksamhet och styrförutsättningar i övrigt.

---

<sup>4</sup> Den ursprungliga modellen presenterades i Harvard Business Review 1992 (Kaplan och Norton, 1992)

<sup>5</sup> För en presentation av det balanserade styrkortet med kopplingar till offentlig sektor i Sverige se t.ex. Ericsson & Gripne (2004), samt Sveriges Kommuner och Landsting (2006) och (2008)

Det balanserade styrkortet har presenterats i många olika sammanhang och det finns inte skäl att göra någon mera utförlig genomgång av modellen i det här sammanhanget. Syftet med det här korta avsnittet är enbart att lyfta fram det balanserade styrkortets indelning av informationen som en möjlig utgångspunkt för indelning av information för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller.

### Information för uppföljning respektive utvärdering

Det finns inte något direkt samband mellan måtten i de olika delarna av input-outputmodellen respektive det balanserade styrkortet, och användningen i uppföljnings- respektive utvärderingssammanhang. Det är således fullt möjligt att arbeta med mått för samtliga delar i input-output-modellen och det balanserade styrkortet i såväl uppföljning som utvärdering. Det finns dock en del typer av mått som är lättare och mer relevanta att använda frekvent i uppföljningar, och andra mått som är mer relevanta att följa på längre sikt och använda som underlag för utvärderingar.

Exempel på det förstnämnda är mått på resursförbrukningen i input-output-modellen och mått i det finansiella perspektivet i det balanserade styrkortet. Sådana mått kan man i många fall relativt enkelt ta fram månadsvis och använda som utgångspunkt för bl.a. prognoser på den totala resursförbrukningen. Exempel på mått som det är mer relevanta att studera på lång sikt är mått på avnämarnas uppfattning om kvaliteten på verksamheten. Sådana mått kan finnas med i input-output-modellens effektdel, och i det balanserade styrkortets kundperspektiv. De kräver ofta någon form av enkät till avnämarna, vilket kan vara kostsamt, och det är dessutom tveksamt om det är relevant att följa upp inom det området oftare än hel- eller möjligen halvårsvis.

### Uppsummering

I detta avsnitt presenteras olika indelningar av information med hjälp av input-output-modellen och det balanserade styrkortet. Det är viktigt att understryka att avsnittet endast innehåller två exempel på generella modeller vad gäller indelning av resultatinformation. För det första finns det fler generella indelningar av information. För det andra är det alltid klokt att utgå ifrån vad det är man vill åstadkomma när man väljer indelning av information för uppföljning och utvärdering. Input-output-modellen och det balanserade styrkortet är således att betrakta som i första hand en källa till inspiration vid indelning av informationen som ska ligga till grund för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller.

### 3. Befintliga modeller för uppföljning och utvärdering av vårdval

---

I detta kapitel presenteras några befintliga modeller för uppföljning och utvärdering. Inledningsvis presenteras några modeller som tagits fram av främst centrala organisationer med intresse för primärvårdens utveckling. Därefter presenteras uppföljnings- och utvärderingsmodeller som används i några landsting och regioner som utarbetat planer för uppföljning och utvärdering av sina vårdval. Det handlar om Landstinget Halland, Landstinget Kronoberg, Landstinget Västmanland, Landstinget Östergötland, Region Skåne, Stockholm läns landsting, och Västra Götalandsregionen.

Genomgången i kapitel 3 gör inte anspråk på att vara heltäckande, och i vissa landsting och regioner kan utvecklingen ha gått framåt inom området under den senaste tiden så att en del av indelningarna har uppdaterats på ett sätt som inte återspeglas fullt ut i rapporten. Syftet är istället att identifiera de viktigaste befintliga indelningarna av information för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller.

De vårdvalsmodeller som införts i olika landsting och regioner skiljer sig åt, framför allt vad gäller utformningen av ersättningssystemen. Dessa skillnader bedöms dock inte ha någon avgörande betydelse för diskussionen om uppföljningar och utvärderingar. Däremot är det naturligtvis intressant att använda dessa skillnader som tänkbara förklaringsgrunder när man gör uppföljningar och utvärderingar.

Om man ska förstå skillnader i utformningen av vårdvalsmodeller i olika landsting, och de effekter vårdvalsmodeller får, kan det vidare vara viktigt att vara medveten om skillnader i kontexten. Exempel på kontextfaktorer att beakta kan vara geografi och befolkningstäthet samt ekonomiska förutsättningar för vårdenheter, men också tydligt uttalade politiska målsättningar med införande av vårdval.

#### Nationella föreskrifter m.m.

##### *Regeringens proposition 2008/09:74*

Regeringens proposition 2008/09:74 om vårdval i primärvården (Regeringen, 2008) framhåller att syftet med reformen är att öka patientens valfrihet och att underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

I rapporten finns ett antal budord som kan uppfattas som mål för primärvården i allmänhet och vårdvalsmodeller i synnerhet. Det handlar om bl.a.:

- Valfrihet
- Patientinflytande
- Kontinuitet
- Tillgänglighet
- Helhetssyn
- Mångfald
- Kvalitet

Samma budord används i samband med utveckling och införande av vårdvalsmodeller i många landsting och regioner. Det är uppenbart att Riksdagens och regeringens bevekelsegrunder bakom beslutet om en vårdvalsreform ska vara en viktigt utgångspunkt när modeller för uppföljning och utvärdering ska utvecklas.

*Socialstyrelsens Föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS 2005:12*

Socialstyrelsen har utformat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) (Socialstyrelsen, 2005) där bl.a. ett antal områden diskuteras som kan vara intressanta att inkludera i uppföljningar och utvärderingar av vårdvalsmodeller:

- Bemötande av patienter
- Metoder för diagnostik, vård och behandling
- Kompetens
- Samverkan och samarbete
- Riskhantering<sup>6</sup>
- Avvikelsehantering<sup>7</sup>
- Rutiner för försörjning av tjänster, produkter och teknik
- Spårbarhet<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> *Riskhantering* innebär rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheter. (Socialstyrelsen, 2005, 5§)

<sup>7</sup> *Avvikelsehantering* innebär rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheter. (Socialstyrelsen, 2005, 6§)

<sup>8</sup> *Spårbarhet* handlar om att säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för att alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna spåras i dokumentation. (Socialstyrelsen, 2005, 8§)

### *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för god vård*

Socialstyrelsen har även gett ut Nationella riktlinjer för god vård som innehåller indikatorer inom sex områden:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- Säker
- Patientfokuserad
- Effektiv
- Jämlik
- Ges i rimlig tid

Också dessa områden kan fungera som en inspirationskälla när man funderar på inom vilka områden uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller bör göras.

### Internationell studie

#### *Canadian Health Services Research (CHSR) studie av primärvårdsmodeller*

Canadian Health Services Research (2003) har gjort en internationell studie av primärvårdsmodeller - Choices for change: The path for restructuring primary health care services in Canada. En del i studien handlar om att identifiera frågeområden som skiljer olika modeller åt, och som därmed kan vara viktiga för primärvårdens framgång. Den delen av studien baseras på dels data från olika dokument, dels experters uppfattningar. Anledningen till att jag har valt ut denna studie är att jag bedömer att den på ett bra sätt sammanfattar den internationella diskussionen inom området.

I den kanadensiska studien (Canadian Health Services Research, 2003) har man identifierat sex intressanta områden där valet av primärvårdsmodell kan ha betydelse:

- Effektivitet (*effectiveness*)
- Produktivitet (*productivity*)
- Kvalitet (*quality*)
- Tillgänglighet (*accessibility*)
- Kontinuitet (*continuity*)
- Deltagande, engagemang (*responsiveness*)

Detta är också områden som kan vara en utgångspunkt för uppföljning och utvärdering av hur olika primärvårdsmodeller fungerar.

## Landstinget Halland

### *Bakgrund och mål med reformen*

Landstinget Halland införde Vårdval Halland den 1 januari 2007. Sedan starten görs det internt i landstinget uppföljningar löpande under verksamhetsåren. Därutöver har en extern oberoende aktör i uppdrag att göra fördjupade utvärderingar av vårdvalsmodellen<sup>9</sup>. Avsikten med det senare är att såväl Landstinget Halland som övriga landsting och regioner ska få möjlighet att dra lärdomar av de erfarenheter som vinnas i Halland.

Landstingets interna uppföljningar görs tre gånger per år, dock med något mer omfattande datainsamlingen vid den årliga uppföljningen än vid de två tertialuppföljningarna. Den fördjupande utvärderingen skulle enligt de inledande planerna genomföras vid två tillfällen per år. På grund av utvärderingens karaktär och resursmässiga begränsningar, har utvärderingen begränsats till en gång per år. Utvärderingar har således gjorts avseende verksamhetsåren 2007 och 2008.

Det yttersta målet med Vårdval Halland är att skapa förutsättningar för närsjukvården<sup>10</sup> att i ännu större utsträckning än vad som är fallet idag bidra till de landstingsövergripande målen som är god hälsa, nöjda och engagerade invånare, god vård, stark ekonomi, samt stolta och engagerade medarbetare (se t.ex. Landstinget Halland, 2007);

Införandet av Vårdval Halland bygger därutöver på ett antal grundläggande utgångspunkter för närsjukvården (se bl.a. Landstinget Halland, 2007):

- Hallänningarna ska ha frihet att välja vårdvalsenhet och ingen får nekas sitt val
- Vården ska präglas av god kontinuitet
- Vården ska ha hög kvalitet
- Ersättningssystemet ska vara rättvist, oavsett driftsform
- Vårdval Halland ska vara det naturliga förstahandsvalet
- Invånarnas behov av vård ska mötas tidigt, genom att fler specialister ska vara verksamma i den nära vården
- Samverkan mellan olika vårdgivare ska öka, med utgångspunkt i invånarnas behov
- Vårdvalsenheterna ska ges utökade frihetsgrader att utforma sin verksamhet, utifrån invånarnas behov

---

<sup>9</sup> Uppdraget att utvärdera Vårdval Halland har gått till Gert Paulsson vid Rådet för Kommunalekonomisk forskning och Utbildning, KEFU, vid Ekonomihögskolan vid Lunds universitet.

<sup>10</sup> I Halland använder man medvetet det vidare begreppet *närsjukvård*. Orsaken till det är att man strävar efter att valda delar av specialistsjukvården ska erbjudas inom ramen för den vård som produceras nära patienten.

- Ersättningsmodellen ska vara enkel att förstå
- Vårdvalsenheterna ska ta ett helhetsansvar och ska fungera som invånarnas "lots" i hälso- och sjukvården
- Tillgängligheten till vårdvalsenheterna ska styras av invånarnas behov

För var och en av dessa utgångspunkter finns det mer preciserade mål och kriterier som kommer att utgöra en grund för utvärderingen.

### *Uppföljning och utvärdering*

Den uppföljning av Vårdval Halland som görs tertialvis i Landstinget Halland omfattar följande områden (avsnittet bygger på två uppföljningsrapporter, Landstinget Halland, 2008a och Landstinget Halland, 2008b):

#### Tillgänglighet

Inom detta område används data från vårdbarometern för att studera hur tillgängliga vårdvalsenheterna är för hallänningarna. Det handlar om tillgänglighet såväl via telefon som besök.

#### Täckningsgrad

Täckningsgraden är ett mått på i vilken utsträckning hallänningarnas besök i den öppna hälso- och sjukvården sker i närsjukvården d.v.s. hos de valda vårdvalsenheterna, hos enheter som de valda vårdvalsenheterna samverkar med samt hos andra vårdvalsenheter. Noterbart är att bristande måluppfyllelse vad gäller täckningsgraden leder till en reduktion i ersättningen till enheten

#### Samverkan

Måtten inom det här området behandlar vårdvalsenheternas samverkan med varandra, med andra aktörer i närsjukvården, samt med mer högspecialiserade enheter i vårdkedjan, t.ex. medicinsk service eller specialistkliniker på sjukhusen.

#### Säker vård

Detta område handlar om bl.a. system och rutiner för att öka patientsäkerheten i olika avseende, och att upptäcka brister som kan åtgärdas. Graden av diagnosättning vid besöken är en annan faktor som studeras inom området.

#### Medicinsk kvalitet

Den medicinska kvaliteten handlar i det här sammanhanget mycket om vilken typ av behandling vårdvalsenheterna erbjuder sina patienter. Därutöver är rapportering till det nationella diabetesregistret ett inslag i informationen inom det här området.

#### Läkemedelsförskrivning

Inom detta område är kostnadseffektiv och medicinsk kvalitet två budord. I praktiken tittar man mycket på följsamheten till Läkemedelskommittén i Hallands rekommenderade terapeutiska kvoter.



## Hälsofrämjande arbete<sup>2</sup>

Detta område handlar om preventivt arbete i form av t.ex. samtal med patienterna om deras levnadsvanor och kopplingen mellan levnadsvanor och hälsa.

## Särskilt uppdrag<sup>2</sup>

Vårdvalsenheterna har ett särskilt uppdrag att bistå kommunerna i deras särskilda boenden för äldre. Inom det området finns det en rad aspekter som följs upp. Det gäller t.ex. besök av läkare samt i vilken utsträckning personalen på de särskilda boendena utbildas i relevanta medicinska frågor.

Inom samtliga områden ovan finns det såväl mål som mått. Merparten av måtten är kvantitativa och redovisas i många fall även i olika typer av diagram för att öka överskådligheten.

I den årliga uppföljningen har man valt att gruppera dessa områden på ett sätt som till stor del överensstämmer med det balanserade styrkort som presenterats i avsnitt 2 ovan, dvs. i kundperspektiv, verksamhetsperspektiv, ekonomiperspektiv och framtidsperspektiv.

Utvärderingen av Vårdval Halland 2007 byggde delvis på de uppföljningar som gjordes under 2007. Därutöver gjordes en kompletterande datainsamling i bl.a. Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) Vårdbarometer och Öppna jämförelser samt i diverse interna databaser i Landstinget Halland. Utgångspunkten för utvärderingen var Landstinget Hallands övergripande mål för sjukvården samt de mer specifika mål som formulerats för Vårdval Halland. Det fanns även en strävan att titta på områden som varit föremål för kritiska röster i samband med det utvecklingsarbete som föregick införandet av Vårdval Halland (se ovan).

Med detta som utgångspunkt identifierades ett antal mål och mått som skulle ligga till grund för utvärderingen. Dessa grupperades sedan i fyra huvudområden:

- Invånare/patient
- Organisation och verksamhet
- Ekonomi
- Personal

Dessa områden är inte helt synkroniserade med den indelning av informationen som valdes i uppföljningen för 2008, men det är uppenbart att också den indelning som valdes för utvärderingen 2007 är inspirerad av det balanserade styrkortets perspektiv.

Inom vart och ett av de fyra huvudområdena redovisades i utvärderingen mål och mått, samt gjordes vissa fördjupade analyser av det slag som skiljer en utvärdering från en uppföljning. Avsikten är dock att de fördjupade analyserna ska bli fler och mer omfattande från och med utvärderingen av 2008. Rapporterna från utvärderingarna 2007 och 2008 finns tillgänglig på Rådet för Kommunalekonomisk Forskning och Utbildnings (KEFUs) hemsida ([www.kefu.se](http://www.kefu.se)).

## Landstinget Kronoberg

### *Bakgrund och mål med reformen*

Landstinget Kronoberg införde Vårdval Kronoberg den 1 mars 2009. Den valda vårdvalsmodellen beskrivs kortfattat i broschyren 'Fakta om Vårdval Kronoberg' (Landstinget Kronoberg, 2008a).

I broschyren uttrycks på första sidan att 'Syftet med Vårdval Kronoberg är att utveckla primärvården samt stärka medborgarnas ställning och möjlighet till påverkan' (Landstinget Kronoberg, 2008a, sid. 1). I projektbeskrivningen som ligger bakom utredningen som föregick införandet av Vårdval Kronoberg (Landstinget Kronoberg, 2008b) utvecklas målresonemanget samt presenteras 12 mål som är grupperade i tre huvudområden:

- *För medborgaren*
  - Medborgaren ska ha frihet att välja vårdenhet och ersättningen till vårdgivaren följer medborgarens val
  - Vårdval Kronoberg ska säkra att närsjukvården arbetar förebyggande och hälsoinriktat.
  - Tillgängligheten till vårdenheterna ska vara god och enheten ska upplevas som det naturliga förstahandsvalet.
  - Den vård patienterna behöver ofta, och under lång tid, ska finnas nära och ha en helhetssyn utifrån den enskildes behov.

### *För verksamheten*

- Ersättningarna till vårdenheterna ska vara likvärdiga.
- En etablering av vårdenhet kräver godkännande av landstinget efter det att auktorisation för verksamheten erhållits.
- Systemet för vårdval ska utgöra basen för hälso- och sjukvården
- Enheter som erhållit godkännande kan utöver åtagandet ha särskilda uppdrag

- *För ekonomin*
  - Ersättningen ska vara lika för alla godkända aktörer oavsett organisationsform
  - Systemet ska innebära att kostnadskontroll uppnås
  - Ersättningen ska utformas så att den stödjer önskvärt beteende och resultat.

Det är uppenbart av ovanstående punktlista att man i Landstinget Kronoberg är intresserad av uppföljning och utvärdering inte bara av enskilda vårdenheter, utan också av den vårdvalsmodell man valt. (Se exempelvis de två sista punkterna i huvudområde ekonomi.)

### *Uppföljning och utvärdering*

När det gäller uppföljningen anges i broschyren (Landstinget Kronoberg, 2008a) att vårdcentralerna ska följas upp tre gånger per år i en 'förtroendefull dialog mellan landstinget och vårdcentralen' (sid. 3). Det anges vidare att uppföljningen ska ske utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om 'god vård', dvs. kunskapsbaserad och

ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid, effektiv hälso- och sjukvård.

## Landstinget Västmanland

### *Bakgrund och mål med reformen*

Vårdval Västmanland infördes den 1 januari 2008. I den broschyr som presenterar vårdvalet översiktligt anges bl.a. att ”Fokus har varit vad du som patient behöver och önskar för sjukvård. Vårdval Västmanland stärker din ställning som patient, genom ökad valfrihet och fokus på vårdens kvalitet och service.” (Landstinget Västmanland, 2007a, sid 2). I samma broschyr anges också ett antal budord; ökad valfrihet, enklare att få kontakt, lättare att byta, tillgänglighet och service.

### *Uppföljning och utvärdering*

I anslutning till införandet av Vårdval Västmanland fastställdes ett antal kvalitetsmål som skall utgöra grunden för uppföljning av vårdvalsreformen (Landstinget Västmanland, 2007b) vad gäller mödrahälsovård, barnhälsovård, förebyggande arbete, sjukvård, rehabilitering och hemsjukvård. Kvalitetsmålen är grupperade i ett antal områden enligt följande:

*Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*, vilket innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att den ska anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål.

*Kompetenskraven* innebär att en viss formell kompetens ska finnas på vårdvalsenheterna.

Kravet på *samverkan* handlar dels om samverkan inom vårdenheten, dels om samverkan med andra vårdgivare som medverkar i samma vårdkedja.

*Kvalitetskraven* i Vårdval Västmanland utgår ifrån bl.a. kraven i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- sjukvården (SOSF 2005:12).

*Tillgänglighet* handlar om den tid som får förflyta från det att kontakt tas med vårdenheten till dess att patienten får komma på besök. Inom detta område finns det olika regler för olika typer av besök och olika situationer.

Avslutningsvis ställer man i Vårdval Västmanland även krav på att vårdenheter med viss verksamhet ska ha en viss kvalitet på *lokaler och utrustning*.

## Landstinget Östergötland

### *Bakgrund och mål med reformen*

Landstinget i Östergötland har beslutat att införa vårdval från och med den 1 september 2009. I rapporten Vårdval Östergötland – Regelbok för auktorisation version 3.0 (Landstinget i Östergötland, 2009) presenterar man bl.a. ett uppdrag till samtliga vårdgivare. Uppdraget utgår i sin tur ifrån ett antal grundläggande principer som man önskar att prioritera:

- Patientfokuserad vård
- Tillgänglighet
- Likvärdig vård
- Hälsöfrämjande förhållningssätt
- Sjukdomsförebyggande insatser

Dessa principer kan sägas utgöra den politiska viljeinriktningen bakom införandet av vårdval i Östergötland.

### *Uppföljning och utvärdering*

I samma dokument (Landstinget i Östergötland, 2009) presenteras även en uppföljningsplan som ”fokuserar på några områden som ges särskild vikt och betydelse för primärvården...” (sid 27);

- Patienterfarenheter
- Tillgänglighet
- Medicinska resultat
- Vårdprocesser/patientflöden
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
- Kompetens
- Ekonomisk stabilitet

Inom vart och ett av dessa områden har man formulerat uppföljningskriterier, uppföljningsmetod, mätetal och periodicitet (hur ofta uppföljningen ska ske på respektive mätetal).

## **Region Skåne**

### *Bakgrund och mål med reformen*

Region Skåne införde sitt, s.k. Hälsoval i full skala den 1 maj 2009. Hälsoval för barnavårdscentraler infördes redan den 1 januari 2009. Den hälsovalsmodell som valts för Regions Skåne beskrivs översiktligt bl.a. Förutsättningar för godkännande och avtal för vårdenheter i Hälsoval Skåne gällande 2009 (Region Skåne, 2009) samt på regionens hemsida [www.skane.se](http://www.skane.se).

### *Uppföljning och utvärdering*

I Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande 2009 (Region Skåne, 2009) behandlas även regionledningens ambitioner när det gäller uppföljning och utvärdering av Hälsovalet (främst avsnitt 8.9). Av det dokumentet framgår bl.a. att det ställs krav på att samtliga vårdenheter inom Hälsoval Skåne ska leverera en viss data till regionen som underlag för uppföljning och utvärdering. Det gäller exempelvis patientuppgifter som regionen kommer att kräva in från och med hösten 2009 med hjälp av en nationell patientenkät. Också i övrigt talar Region Skåne om kraven på vårdgivarna när det gäller data för uppföljning och utvärdering. Man framhåller bl.a. att ”Uppföljning av uppsatta mål

och kvalitetsmått ska ske i enlighet med Uppdragsgivarens anvisningar eller på Uppdragsgivarens begäran” (Region Skåne 2009, sid 23).

I diskussionerna kring informationsinnehållet i uppföljning och utvärdering tar Region Skåne sin utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) och Nationella riktlinjer för god vård som presenterats ovan. Man konstaterar även att vårdgivarna ska ha system för avvikelshantering i enlighet med Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete. Utöver de områden som omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer har Region Skåne beslutat att under 2009 följa upp inom ett område som man benämner Hälsoinriktad hälso- och sjukvård och som innebär att ”det vårdande och behandlande synsättet integreras med det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsättet, och blir en självklar del i all vård och behandling och i alla möten med patienten.” (Region Skåne, 2009, sid 23). De mått Region Skåne presenterar inom området Hälsoinriktad hälso- och sjukvård handlar bl.a. om i vilken utsträckning vårdenheterna för samtal med patienterna om rökning och fysisk aktivitet. Därutöver ansluter Region Skåne, som tidigare nämnts till Socialstyrelsens riktlinjer för god vård och planerar således att följa upp inom områdena kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård i rimlig tid.

För vart och ett av de sju områden som Region Skåne avser följa upp inom har man också formulerat ett antal mått som ska användas under 2009. I ett längre perspektiv, och med början 2010, planerar man att komplettera mätningarna med ytterligare mått inom några områden. Dessa mått ska i flertalet fall gå att hämta direkt ur patientjournalerna.

## Stockholms läns landsting

### *Bakgrund och mål med reformen*

Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 och omfattar husläkarverksamhet, mödrahälsovård, barnhälsovård, fotsjukvård och logopedi. Den valda vårdvalsmodellen beskrivs på ett utförligt sätt på Stockholms läns landstings hemsida samt i Anell (2008).

På Stockholms läns landstings hemsida anges att syftet med Vårdval Stockholm är att ”göra det enklare för invånarna att aktivt välja vårdgivare eller mottagning. Tanken är att tillgängligheten ska förbättras genom fri etablering och en större mångfald av vårdgivare och därmed kortare väntetider” (<http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?c=3878>). I lägesrapporten från utvärderingen av Vårdval Stockholm (Rehnberg, 2008) nämns även målet att förbättra kontinuiteten.

### *Uppföljning och utvärdering*

Uppföljningen av hälso- och sjukvården i Stockholm följer i allt väsentligt indelningen i Socialstyrelsens riktlinjer för god vård, dvs., hälsoläget i befolkningen, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, patientfokuserad hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård, jämlik

hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid samt effekter på hälsan (Stockholms läns landsting, 2008).

En första kartläggning av Vårdval Stockholm som gjordes efter det första halvåret 2008 (Stockholms läns landsting, 2008) fokuserade på bl.a. hur vårdutbudet utvecklats, listningsfrekvens, besöksfrekvens, läkemedelsförskrivning, samt utfallet för socioekonomiskt tunga områden.

I samband med införandet av Vårdval Stockholm bestämdes att löpande uppföljning av reformen skulle kompletteras med en oberoende utvärdering av effekterna. Utvärderingen genomförs av Medical Management Centre vid Karolinska Institutet och Centrum för folkhälsa vid Stockholms läns landsting. Arbetet sker på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting. Utvärderarna svarar dock ensamma för innehållet i rapporterna. Avsikten är att de under en längre tidsperiod ska följa Vårdval Stockholm.

Den första rapporten (Rehnberg e. al., 2008) från utvärderingen avser det första halvåret 2008, dvs. det första halvåret för Vårdval Stockholm, med prognos för helår och jämförelser med 2006 och 2007. Utvärderarna betonar att den korta tid som gått sedan Vårdval Stockholm infördes innebär att rapporten ska ses som en lägesrapport snarare än en utvärdering i traditionell mening. Rapporten omfattar tre huvudområden; kostnadsutveckling, fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden, samt produktivitetsskillnader och produktivitetsutveckling.

*Kostnadsutvecklingen* mäts som den procentuella förändringen i de totala kostnaderna för "husläkarverksamhet" i Stockholms läns landsting.

*Fördelning av vårdutnyttjande mellan geografiska områden* mäts i termer av antal läkarbesök, övriga besök, telefonkontakter och hembesök. Kopplingar görs också till medelinkomsten i respektive område, och visar om vårdkonsumtionen varierar med inkomsten.

*Produktivitetsskillnader och produktivitetsutveckling* visar "hur väl produktionsmålen för verksamheten uppnås i relation till nyttjade resurser." (Rehnberg, et. al. 2008, sid 10). Produktionsmåten som använts i beräkningarna är ny- och återbesök hos läkare, distriktssköterskor och sjuk- och undersköterskor, hembesök av olika kategorier av vårdpersonal samt recept och telefonkontakt. Resursanvändningen mäts i kostnadstermer. I utvärderingen har också en jämförelse gjorts mellan privat och offentlig vård

## Västra Götalandsregionen

### *Bakgrund och mål med reformen*

Den 1 oktober 2009 inför Västra Götalandsregionen sin vårdvalsmodell 'VG Primärvård'. Reformen presenteras mera utförligt i en idéskiss från 2009 (Västra Götalandsregionen, 2009). Inför införandet av VG Primärvård har Västra Götalandsregionen arbetat fram en 'Krav- och kvalitetsbok' (Västra Götalandsregionen, 2008) i vilken man presenterar förutsättningarna för de enheter som vill verka inom VG Primärvård. I den rapporten presenteras inledningsvis syftet med reformen i fyra punkter (sid. 4):

- Stärka medborgarnas ställning och inflytande över vården
- Öka medborgarnas förtroende för primärvården
- Möta framtidens utveckling
- Styra på kvalitet såväl i de medicinska insatserna som i tillgänglighet, service och bemötande

### *Uppföljning och utvärdering*

I 'Krav- och kvalitetsboken' presenteras en 'uppföljningsplan' som fokuserar på om vårdenheten följer regionens krav i olika avseenden. Planen tar sin utgångspunkt i befolkningens behov och innehåller fyra perspektiv inom vilka det finns ett antal nyckeltal eller indikatorer på måloppfyllelsen:

- Prestation (t.ex. antal sammanvägda prestationer/listad, täckningsgrad, andel besök/listad)
- Kvalitet (t.ex. andel samma dag besvarade samtal, andel akuta patienter som får läkarbesök inom 7 dagar, deltagande i hälsorådets arbete eller motsvarande, antal läkemedelsavstämningar för patienter >75 år, antal avvikelserapporter)
- Kostnader (t.ex. total ersättning för basåtagandet per listad, total kostnad)
- Effekt (t.ex. andel patienter som anser att vården har god tillgänglighet, andel patienter som känner delaktighet, patientens upplevda kontinuitet i vården)

Avsikten är att den uppföljningsinformation som tas fram ska ligga till grund för uppföljningsmöten mellan regionledningen och vårdenheterna. Sådana möten ska hållas minst en gång per år.

### **Övriga landsting och regioner**

Landstingen i norra regionen – Västerbotten, Västernorrland och Norrbotten – planerar att införa vårdval den 1 januari 2010. I samband med detta har man författat ett diskussionsunderlag (Skoglund, 2009) i vilket det bl.a. förs ett generellt resonemang om behovet av ett gemensamt system för uppföljning. Man talar bl.a. om att varje vårdenhet ska lämna en årsberättelse som ska utgöra ett underlag för en årsanalys som "beskriver utvecklingen av primärvården under det gångna året." (s. 49) I det sammanhanget lyfter man också fram problem som är förknippade med indikationer på den medicinska kvaliteten i verksamheten, och hur dessa problem påverkar möjligheterna att använda kvalitetskopplade ersättningssystem.

## 4. Förslag till modell för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller

---

### Några utgångspunkter

Nedan presenteras en övergripande referensram för uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller samt några tänkbara mått för vart och ett av modellens perspektiv. Avsikten är att referensramen ska kunna användas som utgångspunkt när olika landsting och regioner följer upp och utvärderar sina egna vårdvalsmodeller och jämför dem med motsvarande modeller i andra landsting och regioner.

Det ska återigen strykas under att det handlar om uppföljning och utvärdering av hur *vårdvalsmodellerna* fungerar, inte uppföljning och utvärdering av hur enskilda *vårdvalsenheter* fungerar i ett visst landsting.

En viktig utgångspunkt vid uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller är de visioner, mål, politiska viljeyttringar m.m. som legat till grund för utveckling och implementering av dem. Det är utifrån dessa modellernas faktiska funktionssätt ska bedömas.

En genomgång av dokument från olika landsting och regioner visar att det finns såväl likheter som olikheter i dessa visioner, mål, politiska viljeyttringar m.m. Ett exempel på det sistnämnda är att vissa landsting har ambitionen att titta på produktiviteten i modellen, medan andra landsting inte har aviserat någon sådan ambition. Ett exempel på likheter är att samtliga landsting tar medborgarens/patientens behov och önskemål som den främsta utgångspunkten för införandet av en vårdvalsmodell.

### Modellens perspektiv och mått

Den föreslagna modellen innehåller flera perspektiv på vårdvalsmodellernas funktionsätt. Dessa perspektiv berör flertalet av Socialstyrelsens riktlinjer för god vård, och har dessutom i vissa delar en tydlig koppling till det s.k. balanserade styrkorsett som presenterades i kapitel 2 och som används eller planeras att användas i styrningen i ett stort antal landsting.

Som nämnts tidigare i rapporten är utgångspunkten för Regeringens proposition Vårdval i primärvården (Regeringen, 2008) och de landsting som infört vårdval att medborgarens/patientens behov och önskemål ska genomsyra vårdvalet. Det är därför angeläget att en modell för uppföljning och utvärdering ta fasta på det. Flertalet av de perspektiv och mått som ingår i modellen har därför ett mer eller mindre direkt medborgar-/patientfokus. Jag har därför valt att inte ta med ett särskilt perspektiv med den inriktningen.



För vart och ett av perspektiven förs inledningsvis ett kortfattat resonemang om motiveringen till att perspektivet är med i modellen. Därefter presenteras de olika områden inom perspektivet som bör behandlas i uppföljningen och utvärderingen. Avslutningsvis presenteras förslag till mått för varje område. Följande är viktigt att notera när det gäller måtten:

- Vissa mått kan passa in i flera perspektiv. Trots det presenteras varje mått endast under ett perspektiv, även om de kan användas för analyser med fokus på flera olika perspektiv.
- Flera av de föreslagna måtten måste definieras på ett tydligare sätt om de ska kunna användas för jämförelser av vårdvalsmodeller i olika landsting och regioner. Föreliggande rapport måste därför kompletteras med att sådant utvecklingsarbete. Utgångspunkten för framtagande av mer konkreta mått kan vara befintliga och vedertagna definitioner från t.ex. Socialstyrelsen.

### *Bransch- och produktionsperspektiv*

En viktig utgångspunkt bakom införandet av vårdvalsmodeller är att patienterna ska få större möjligheter att påverka sin primärvård. En förutsättning för att det ska ske är att det finns ett *varierande tjänsteutbud*. Det kan i sin tur åstadkommas på olika sätt. Fler privata och/eller offentliga aktörer leder till ett ökat utbud och därmed till större valfrihet. Sammanslagningar eller uppdelningar av befintliga enheter kan få samma effekt eftersom det kan påverka utbudet av tjänster. Avslutningsvis är det möjligt att valfriheten för patienterna ökar om enskilda vårdvalsenheter väljer att förändra sitt tjänsteutbud. Det kan ske genom förändringar i det egna tjänsteutbudet, men också genom ökad samverkan med andra enheter. Tankbara mått inom detta område kan vara:

- Antal nya enheter som har tillkommit (privata – offentliga)
- Fördelningen av marknadsandelar, t.ex. i termer av andel patienter eller andel av kostnader för primärvården, mellan olika enheter
- Fördelningen av vårdtyngd på olika vårdenheter kan vara intressant att studera i de landsting där vårdtyngdmätningar används
- Antal enheter som har lagts ned (privata – offentliga)
- Antal enheter som har slagits samman (privata – offentliga)

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i framtiden. Varje reform inom området måste därför bidra till en *god hushållning med knappa resurser* i hela sektorn. En viktig utgångspunkt för införande av vårdvalsmodeller är därför att branschen ska utvecklas på ett för hela sektorn positivt sätt. Det finns därför några områden som det kan vara intressant att belysa som berör branschens sätt att fungera. Det handlar om produktions- och produktivitetsutvecklingen i primärvården,

men också om primärvårdens samverkan med andra aktörer i hälso- och sjukvården. Tänkbara mått inom detta område är

- Produktivitet<sup>11</sup>
- Produktion i antal besök (eventuellt uppdelad på olika personalkategorier)
- Antalet remisser till olika specialister i förhållande till totala antalet besök<sup>12</sup>
- Antalet besök i akutsjukvården

Patienternas påverkan på vården bestäms inte enbart av vårdutbudet, utan också av *patienternas eget agerande*. En intressant fråga i det sammanhanget är i vilken utsträckning patienterna gör aktiva val eller passivt går till den föreslagna vårdenheten. Detta kan studeras med hjälp av mått på dels aktiva val i ett listningsförfarande, dels aktiva val i samband med enskilda besök i primärvården. Tänkbara mått inom området är:

- Antal aktiva val och omval av dels invånare som tidigare blivit passivt listade, dels invånare som tidigare gjort ett aktivt val. Också bakgrundsvariabler som ålder, kön, utbildningsbakgrund m.m. på kan vara intressanta att studera för invånare som väljer ny vårdenhet eller doktor.
- Täckningsgrad<sup>13</sup>
- Andel patienter som väljer att gå till vårdvalsenheter som de inte är listade hos
- Antal avtal och beskrivna skriftliga rutiner för samverkan med andra vårdenheter

Det är viktigt att notera att Antal aktiva val och omval inte ger någon perfekt bild av invånarnas/patienternas aktiva val. Exempelvis kan också ett accepterande av den föreslagna vårdenheten vara aktivt, även om det inte syns i statistiken över val.

### *Kvalitetsperspektiv*

Kvaliteten i primärvården är av naturliga skäl viktig att studera när vårdvalsmo-  
deller ska följas upp och utvärderas. Ur patientens perspektiv finns det två typer av kvalitet. Den ena är den rent *medicinska kvaliteten*, dvs. i vilken utsträckning behandlingen av patienten leder till bättre hälsa, ökat välbefinnande etc. Eftersom förbättringar i dessa avseenden är svåra att mäta i en löpande uppföljning och ut-

---

<sup>11</sup> För tänkbara produktivetsmått se t.ex. utvärderingen av Vårdval Stockholm (Rehnberg, m.fl. 2008)

<sup>12</sup> Skillnader i reglerna vad gäller remisser kan dock försvåra jämförelserna.

<sup>13</sup> *Täckningsgrad* är ett mått på i vilken utsträckning besök i den öppna hälso- och sjukvården sker i primärvården d.v.s. hos de valda vårdvalsenheterna, hos enheter som de valda vårdvalsenheterna samverkar med samt hos andra vårdvalsenheter.

värdering, kommer bedömningen av den medicinska kvaliteten i stor utsträckning att baseras indikatorer som visar i vilken utsträckning vårdenheterna har agerat erfarenhetsbaserat<sup>14</sup>. Tänkbara mått inom området är:

- Andel av invånarna med diabetes, astma, KOL m.m. som är registrerade i t.ex. nationella register
- Andel besök vid vårdvalsenheter som leder till diagnosättning
- Andel avvikelserapporter per 1000 besök vid vårdvalsenheterna
- Följsamhet till läkemedelskommitteernas rekommendationer
- Läkemedelsförskrivningar<sup>15</sup>
- Förekomst av rutiner för att dokumentera och följa upp medicinsk kvalitet
- Antal samtal om levnadsvanor m.m./1000 besök på vårdenheten

Den andra typen av kvalitet som är viktig ur patientens perspektiv är den s.k. *servicekvaliteten* som kan mätas dels i objektiva termer, dels utifrån patienternas subjektiva upplevelser av mötet med vården. Tänkbara mått inom området är:

- Telefonsamtal besvarade inom 3 minuter (nationell väntetidsmätning)
- Läkarbesök inom samma dag, inom 3 dagar, inom 7 dagar etc (enligt nationell väntetidsmätning)
- Patientens upplevelse av bemötandet
- Patientens upplevelse av informationen
- Patientens upplevelse av kontinuiteten
- Andelen patienter med stort förtroende för primärvården

Flertalet av dessa mått kan hämtas ur Vårdbarometern eller andra studier av hur invånarna/patienterna ser på primärvården.

Det är även möjligt att koppla kvalitetsmått till mått inom andra områden. Exempelvis är det intressant att studera om det finns något samband mellan servicekvaliteten på vården och vårdenheternas ekonomiska resultat.

### *Ekonomiperspektiv*

Inte i något av de landsting som infört eller planerar att införa vårdvalsmodeller har reformen lanserats som ett besparingsprojekt. Trots det kommer ekonomin naturligtvis att utgöra en restriktion i samtliga landsting. Det är därför viktigt att studera hur införandet av vårdvalsmodeller påverkar landstingens ekonomi. Det

---

<sup>14</sup> Det finns mått på utvecklingen av befolkningens hälsa, t.ex. det s.k. ohälsotalet. Det är dock ett mått som kan förväntas förändras i ett relativt långt perspektiv, och det är dessutom mycket svårt att koppla till utformningen av vårdvalsmodeller.

<sup>15</sup> Uppdelade på olika läkemedel.

handlar inte i första hand om ekonomin för enskilda vårdenheter utan för primärvården som helhet<sup>16</sup>. Tänkbara mått inom området är:

- Totalkostnad/invånare för primärvård
- Kostnad/invånare för hälso- och sjukvård
- Kostnad/invånare för läkemedelsförskrivning i vårdvalsenheter

Det andra måttet i listan är inte direkt relaterat hur vårdvalsmodellerna fungerar, men kan ändå vara intressant eftersom det kan ge en indikation på i vilken utsträckning olika typer av vårdvalsmodeller bidrar till ökade kostnader i andra delar av hälso- och sjukvården än primärvården. Måttet måste dock naturligtvis användas med försiktighet i en sådan analys.

### *Medarbetarperspektiv*

Primärvårdens förmåga att tillgodose invånarnas behov och efterfrågan kommer att påverkas av i vilken utsträckning vårdvalsenheterna lyckas rekrytera medarbetare med rätt kompetens för den profil vårdenheten vill ha, och att behålla medarbetarna. Deras kompetens, motivation m.m. kommer därför att vara av stor betydelse ur ett invånarperspektiv, i ett långsiktigt perspektiv, och kan därför vara viktigt att följa upp och utvärdera utvecklingen inom det området om man vill lära sig något om hur olika vårdvalsmodeller fungerar. I det här sammanhanget är det viktigt att betona att det är angeläget att det går att följa upp utvecklingen i både landstingsdrivna och privata vårdenheter. Förutsättningarna för detta torde variera mellan olika landsting. Intressanta mått är bl.a.:

- Andel läkare som är specialister i allmänmedicin
- Andel läkare med annan specialistutbildning (Särskilt intressant om man har ett 'närvårdsperspektiv'. Se avsnitt 1)
- Andel personal inom övriga specialiteter, t.ex. sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter
- Personalomsättning – antal chefer
- Personalomsättning – antal övrig personal
- Medarbetarnas sjukfrånvaro i %
- Medarbetarnöjdhet (enligt medarbetarstudier)

### *Övrigt*

Det är uppenbart att det finns områden som är relevanta att beakta vid uppföljning och utvärdering av vårdvalsmodeller som inte omfattas av perspektiven ovan. I en

---

<sup>16</sup> Det är dock viktigt att beakta att vårdvalet har delvis olika omfattning i olika landsting.

del fall är dessa områden svåra att mäta. Nedan presenteras några sådana områden:

- Val av politisk och administrativ ledning och styrning av primärvården i en vårdvalsituation
- Konkurrens och konkurrensneutralitet är uppenbarligen en viktig fråga i anslutning till vårdval. Konkurrensverket har fått i uppdrag att följa
- Utvecklingen av tjänsteinnehållet, d.v.s. vilken bredd av tjänster privata och offentliga vårdvalsenheter erbjuder.
- Utveckling av vårdprocesser i en vidare mening, d.v.s. hur primärvården, kommunerna och den specialiserade vården hanterar vårdprocesser som omfattar flera typer av vårdgivare.
- Medicinsk kvalitet hanteras inte på ett bra sätt med de mått som nämns i avsnittet om kvalitet ovan. Inom det området finns det således en utvecklingspotential.
- Vårdenheter som har profilerat sig på något speciellt sätt. Det handlar m.a.o. om att titta på mångfald inte bara i termer av antalet nya enheter utan också i termer av interna förändringar i vårdenheterna.

## 5. Uppsummering

---

Utgångspunkten för rapporten är att det finns anledning att följa upp och utvärdera de delvis olika vårdvalsmodeller som är införda eller kommer att införas under de närmaste åren på ett sätt som möjliggör jämförelser mellan dem och därmed ett lärande kring hur olika modeller fungerar.

I denna rapport presenteras ett förslag på områden (perspektiv) som bör täckas in vid en sådan uppföljning. Inom respektive område presenteras några mått som kan utgöra kärnan i uppföljningen och utvärderingen. Därutöver kan naturligtvis enskilda landsting och regioner komplettera med andra mått som man tillfälligt eller permanent finner anledning att följa upp mot.

## Referenslista

- Anell, A. (2005) *Primärvård i förändring*. Lund:Studentlitteratur.
- Anell, A. (2008) *Vårdval i primärvård – Modeller och utvecklingsbehov*. KEFUs Skriftserie 2008:1. Lund: Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.
- Canadian Health Services Research Foundation (2003) *Choices for change: The path for restructuring primary health care services in Canada*. Canadian Health Services Research Foundation.
- Ericsson, B. och Grippe, A. (2004) *Att införa balanced score card i kommunal verksamhet*. Kommentus.
- Kaplan, R.S. och Norton, D.P. (1992) The balanced score card – Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, Jan-Feb.
- Landstinget Halland (2007) *Vårdval Halland – sätter hallänningen i centrum*. Landstinget Halland
- Landstinget Halland (2008a) *Vårdval Halland – Uppföljning av landstingsfullmäktiges mål perioden januari – augusti 2008 Landstings- och kommunnivå*. Landstinget Halland.
- Landstinget Halland (2008b) *Uppföljning av 2008 års mål för Vårdval Halland*. Landstinget Halland, dnr Ls080174.
- Landstinget Kronoberg (2008a) *Fakta om Vårdval Kronoberg*. Landstinget Kronoberg.
- Landstinget Kronoberg (2008b) *Vårdval Kronoberg – Projektbeskrivning*. Landstinget Kronoberg.
- Landstinget Västmanland (2007a) *Vårdval Västmanland – Förbättrade valmöjligheter inom närsjukvården i Västmanlands län*. Landstinget Västmanland.
- Landstinget Västmanland (2007b) *Vårdval Västmanland – Kvalitetsmål*. Landstinget Västmanland.
- Ramberg, U. (1997) *Utformning och användning av kommunala verksamhetsmått*. Lund:Lund Studies in Economics and Management
- Regeringen (2008) *Vårdval i primärvården*. Proposition 2008/09:74
- Region Skåne (2009) *Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdenhet i Hälsöval Skåne*. Region Skåne

Rehnberg, C., Janlöv, N. och Kahn, J. (2008) *Lägesrapport – Vårdval Stockholm: Utvecklingen av kostnader, vårdutnyttjande och produktivitet under första halvåret 2008*. Rapport 2008:2. Stockholm: Centrum för folkhälsa

Sandahl, R. (1991) *Resultatanalys*. Stockholm: Riksrevisionsverket.

Skoglund, K. (2009) *Vårdval i norra regionen – Diskussionsunderlag*.

Socialstyrelsen (2005) *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Föreskrift 2005:12 SOSFS. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006) *God vård – Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i häls och sjukvården*. Socialstyrelsen.

*Vårdval Stockholm 2008 – Första kartläggningen*. Stockholm: Stockholms läns landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (2006) *Mycket mer än bara pengar – Det balanserade styrkortet som dynamiskt ledningsverktyg*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (2008) *Balanserad styrning – Senaste nytt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Västra Götalandsregionen (2008) *Krav och kvalitetsbok – Förutsättningar för bedrivande av vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Västra Götalandsregionen.

Västra Götalandsregionen (2009) *Vägen till medborgarnas primärvård – En idéskiss för VG Primärvård*. Västra Götalandsregionen.

World Health Organizations (2008) *World Health Report 2008: Primary Health care – Now more than ever*. Geneva: World Health Organization.

Västra Götalandsregionen (2008) *Krav och kvalitetsbok – Förutsättningar för bedrivande av vårdverksamhet inom VG Primärvård*. Västra Götalandsregionen: Förfrågningsunderlag VG Primärvård



# Modell för uppföljning och utvärdering av vårdavtal

*Ekonomihögskolan vid Lunds Universitet och Rådet för  
Kommunalekonomisk Forskning och Utbildning*

Denna rapport är ett led i det långsiktiga kunskapsuppbyggandet kring vårdval i primärvården. I rapporten presenteras ett förslag till områden och mått som är centrala i uppföljningen och utvärderingen av vårdvalsmodeller. Syftet med rapporten är att landsting och regioner med delvis olika vårdvalsmodeller ska kunna lära av varandra när det gäller effekterna av olikheterna i utformningen av modellerna. Rapporten är en del av det nationella projektet, "Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård".

Utgångspunkten för rapporten är att det finns anledning att följa upp och utvärdera de delvis olika vårdvalsmodeller som är införda eller kommer att införas under de närmaste åren på ett sätt som möjliggör jämförelser mellan dem och därmed ett lärande kring hur olika modeller fungerar. I denna rapport presenteras ett förslag på områden (perspektiv) som bör täckas in vid en sådan uppföljning. Inom respektive område presenteras några mått som kan utgöra kärnan i uppföljning och utvärdering.

Förbundets skrifter beställs på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer)  
eller på tfn 020-31 32 30, fax 020-31 32 40

Beställningsnr: 5179

