

## REVISIONSRAPPORT

### PROJEKTRAPPORT

### BESTÄLLARSTYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN

- \* Övergripande revisionella granskningar av beställarstyrningen har gjorts sedan 1999. Revisionskontoret har inte kunnat finna någon systematik för utveckling av beställarstyrningen av primärvården. Utvecklingsbehoven från 1999 kvarstår i stort
- \* Beställarstyrningen behöver förbättras så att avtal blir tydliga när det gäller beställarnas önskemål och utförarens åtaganden. Förutsättningar för jämförelser i uppföljningen av vårdcentraler behöver skapas
- \* Beställarna behöver skapa en bättre överblick över nuläge och utveckling för primärvården. Beställarnas nuvarande förutsättningar för uppföljning/utvärdering/resultatanalys avseende primärvården är begränsade
- \* Det finns goda lokala exempel som bör kunna användas i den vidare utvecklingen av beställarstyrningen.

2004-03-16

Landstingsstyrelsen

**Revisionsrapport "Beställarstyrning av primärvården" (Rapport 2/04)**

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade vid sammanträde 2004-03-16

- att godkänna rapporten,
- att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för kännedom och yttrande senast 2004-05-19, samt
- att omedelbart justera paragrafen.

Revisorerna gjorde därtill följande uttalande:

"Som framgår av denna och tidigare revisionsrapporter finns sedan länge skäl att efterlysa en effektivare hantering av beställaruppgifterna i landstingets vårdorganisation. Vi motser landstingsstyrelsens synpunkter på detta."



Georg Jönsson  
ordförande



Björn Sörenstam  
sekreterare

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>		<b>Sid</b>
<b>1.</b>	<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>NÅGRA FAKTA OM PRIMÄRVÅRDEN</b>	<b>1</b>
<b>3.</b>	<b>PROJEKTETS SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR</b>	<b>1</b>
<b>4.</b>	<b>PROJEKTETS GENOMFÖRANDE</b>	<b>2</b>
<b>5.</b>	<b>IAKTTAGELSER I GRANSKNINGEN</b>	<b>3</b>
<b>5.1</b>	<b>Styrning genom avtal</b>	<b>3</b>
<b>5.2</b>	<b>Annan styrning</b>	<b>6</b>
<b>5.3</b>	<b>Uppföljning/återföring gentemot den enskilda vårdcentralen</b>	<b>7</b>
<b>5.4</b>	<b>Övergripande uppföljning/återföring gällande primärvården</b>	<b>9</b>
<b>6.</b>	<b>SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER KRING IAKTTAGELSENA</b>	<b>10</b>
<b>7.</b>	<b>FORTSATT GRANSKNING</b>	<b>11</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>Intervjuade personer Granskade vårdavtal/överenskommelser för 2003</b>	

## GRANSKNING AV BESTÄLLARSTYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN

### 1. BAKGRUND

Primärvården är prioriterad i planeringen av hälso- och sjukvården inom vårt landsting. Primärvården har byggts upp för att finnas nära och vara lättillgänglig för länets medborgare. Satsningen på primärvården är också av kostnadsskäl enligt principen om "lägsta effektiva omhändertagandenivå". En utbyggd primärvård skulle kunna sänka det relativa kostnadsläget genom att den dyrare akutsjukvården avlastades och minskade.

Under många år har det varit politisk enighet om att prioritera primärvården. Några korta citat kan belysa det.

Ur Budget 2004: *"En ny sjukvårdsstruktur kräver en omfördelning av resurser från sjukhusbunden vård till närsjukvård". "Primärvårdsteamet ska vara navet i närsjukvården"*.

Ur Budget 2002, (med borgerlig majoritet): *"Befolkningens behov av primärvård ska tillgodoses genom fler husläkarteam med hög tillgänglighet"*.

### 2. NÅGRA FAKTA OM PRIMÄRVÅRDEN

Primärvårdens andel av kostnaderna för köpt vård har endast marginellt ökat för år 2003 jämfört med 1999. Ökningen är 0,3 % från 19,4 till 19,7 %. Primärvården har inte förmått avlasta akutsjukvården. Under samma period ökade däremot akutsjukvårdens andel från 50 till 53 %. År 2003 var kostnaden för primärvården i vårt landsting ca 5,4 miljarder kr.

Andelen privatproducerad vård av den totalt köpta vården är 27,5 % i vårt landsting. För vårdgrenen primärvård är den privatproducerade delen drygt 51 %.

Revisionskontoret har från BKV inte kunnat få någon uppgift om hur många vårdcentraler som finns i vårt landsting. Enligt de blå sidorna i 2004 års telefonkatalog finns det 174 vårdcentraler som vardera har ett antal team för husläkar/distriktssköterskeverksamheten.

### 3. PROJEKTETS SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR

Projektets syfte är att granska beställarstyrningen av primärvården p g a primärvårdens nyckelroll inom hälso- och sjukvården. Granskningen ska göras inom ramen för ansvarsprövningen för 2003. Budget 2004 har ytterligare förstärkt primärvårdens betydelse genom de förstärkta remisskraven som läggs på primärvården, samtidigt som en budget i balans betonas. Exempel på frågor som bör besvaras utifrån projektets syfte:

- Är uppdraget till vårdcentralen tydligt definierat? Vad ska primärvården åstadkomma? Är det mätbart?

- Skiljer sig uppdraget åt utifrån behov, ohälsotal m m för respektive vårdcentral? Innehåller vårdavtal/överenskommelser prioriteringar?
- Vad ger beställarnas styrning och uppföljning för underlag för ev korrigeringar gentemot vårdcentralen? Krävs någon strategi för hur vårdcentralen ska kunna uppfylla uppdraget? Finns tydliga regler om avvikelshantering och sanktioner?
- Kräver beställarna via vårdavtalen in underlag som säkerställer att beställaren får en överblick över primärvården ang effektivitet, kvalitet, jämförelser, remissflöden, diagnosregistreringar m m?

Projektet har förstudiekaraktär vilket bl a innebär att det ska ge underlag till om fördjupade granskningar bör göras på primärvårdsområdet.

Projektet har några *avgränsningar*. Granskningen avser endast kärnverksamheten inom primärvården, d v s husläkar- och distriktssköterskeverksamheten (och alltså inte t ex mödra- och barnhälsovård eller hemsjukvård).

Insamlade styr- och uppföljningsdokument avser genomgående år 2003.

Ersättningssystemen är en viktig del av beställarnas styrning men behandlas endast marginellt i projektet eftersom ersättningssystemen granskats i annat revisionellt projekt.

#### **4. PROJEKTETS GENOMFÖRANDE**

Innehållet i beställarnas vårdavtal/överenskommelser är den grundläggande beställarstyrningen. I projektet har vi från beställarna fått två vårdavtal från vart och ett av de sex sjukvårdsområdena i den gamla beställarorganisationen, tillsammans 12 stycken. Enligt våra önskemål var ca hälften privata och hälften landstingsdrivna vårdcentraler. Vad gäller den formella styrningen/uppföljningen har vi också efterfrågat dokumentation från de formella uppföljningsmötena att hållas enligt vårdavtalet.

Beställarstyrning/uppföljning sker inte bara på beskrivet ”formellt” sätt utan även på en mängd andra sätt och tillfällen som inte säkert finns dokumenterade. Vi har bett om och också fått sådan dokumentation, (men inser naturligtvis samtidigt att det bara är en del av den totala ”icke-formella” styrningen/uppföljningen).

Vi har i projektet också haft kontakter med representanter för de båda parterna för de granskade avtalen. På beställarsidan har vi framför allt intervjuat de tre geografiska beställarcheferna. På vårdgivarsidan har vi intervjuat chefen för en vårdcentral vid vart och ett av de sex ”gamla” sjukvårdsområdena. Hälften av de sex har varit vid landstingsdrivna och hälften vid privata vårdcentraler. Vid de olika intervjutillfällena har chefen ofta haft med sig andra personer.

I bilaga 1 redovisas de vårdavtal/överenskommelser som har granskats, liksom de personer som har intervjuats.

Slutligen, en terminologifråga. Beställarnas avtal med en privat vårdgivare kallas vanligen vårdavtal, och med en landstingsdriven vårdgivare vårdöverenskommelse. För enkelhetens skull kallar vi i rapporten alla avtalen/överenskommelserna för vårdavtal.

## **5. IAKTTAGELSER I GRANSKNINGEN**

Vi har gått igenom insamlat material från intervjuer och dokument. I detta avsnitt 5 redovisas de iakttagelser där det finns tydliga tendenser i materialet. Vid avvikelser från dessa tendenser har vi särskilt försökt att beskriva de goda exemplen.

Iakttagelserna är strukturerade efter den naturliga beställarprocessen. Först kommer styrningen genom avtal, där några komponenter behandlas som tillsammans ger väsentliga förutsättningar för kvaliteten i uppföljningen/utvärderingen: är uppdragsbeskrivningen tydlig, är behovsbeskrivningen med prioriteringar tydlig, är avtalen skrivna med tillräcklig tydlighet för att ge stringens för uppföljningen och som ger möjligheter till jämförelser?

Avsnitten 5.2 och 5.3 behandlar iakttagelser vad gäller uppföljning/utvärdering, dels mot den enskilda vårdcentralen, dels övergripande avseende hela primärvården, t ex återföringen till den politiska ledningen.

All styrning och uppföljning följer inte den naturliga beställarprocessen. Under rubriken Övrig styrning och uppföljning behandlas i avsnitt 5.4 kunskapsstyrning, löpande kontakter m m.

### **5.1 Styrning genom avtal**

#### ***Styrning genom uppdragsbeskrivning***

Hypotesen var att det centrala primärvårdsuppdraget finns beskrivet på exakt samma sätt i de 12 vårdavtal som vi granskade. Skälet är att det borde vara väsentligt med en gemensam distinkt, heltäckande uppdragsbeskrivning i beställarnas styrning.

Uppdragsbeskrivningarna är emellertid inte enhetliga och gemensamma. Det är visserligen sant att avtalen har en gemensam kärna, men uppdraget är beskrivet med 6 olika varianter, ett för varje "gammalt sjukvårdsområde". Däremot har de två avtalen från samma sjukvårdsområde genomgående samma uppdragsbeskrivning.

Även i ett annat avseende förväntades att det skulle finnas en enhetlighet mellan de 12 vårdavtalen, och det gällde den juridiska utformningen av själva vårdavtalet. T ex hur ska förfaras vid en ev tvist, vilka begränsningar gäller för vårdcentralens marknadsföring, hur definieras force majeure, när kan betalning innehållas av beställaren, vilka regler gäller för att avtalet ska kunna hävas o s v.

De nämnda exemplen är vart och ett en väsentlig del i ett juridiskt avtal. Det finns dock ingen enhetlighet med ett gemensamt agerande hos beställarna. De nämnda beståndsdelarna finns inte i samtliga granskade avtal, och där de finns är det inte säkert att de har samma innehåll.

*Revisionskontoret anser att uppdragsbeskrivningen såväl som innehållet i den juridiska utformningen bör vara enhetlig mellan vårdavtalen, vilket också ökar förutsättningarna för konkurrensneutralitet.*

### **Styrning utifrån behov**

Beställarstyrning innebär att de viktigaste medicinska behoven hos befolkningen ska tillgodoses, vilket har en tydlig markering i ”beställarcykeln”. I resp vårdavtal avseende en vårdcentral är det avgränsat vilken befolkning som vårdcentralen ska betjäna, med ett tydligt områdesansvar. Vårdavtalen skulle därför kunna innehålla bilagor med ohälsotal, diagnosgrupp och övrig eventuell information om medicinska behov hos den berörda befolkningen som skulle betjänas av vårdcentralen. Utifrån sådana bilagor skulle resp vårdavtal kunna innehålla tydliga prioriteringar utifrån den specifika behovsbilden.

Vårdavtalen innehöll emellertid inte information om behov m m hos den berörda befolkningen. Vårdavtalen innehöll inte heller prioriteringar från beställaren till ledning för resp vårdcentral. Det som framför allt skiljer vårdavtalen åt är utformningen av ersättningssystemet med en koppling till medicinska behov.

Ett av de granskade vårdavtalen var ett "specialfall" på det sättet att vårdavtalet upprättades som ett resultat av en upphandling (Skogås vårdcentral). Vid upphandlingen gjorde beställaren en ambitiös områdesbeskrivning med vårdkonsumtion, ohälsotal mm, som sedan blev en bilaga till vårdavtalet. Själva vårdavtalet har emellertid inte preciserat några prioriteringar. I vårdavtalets uppföljningsplan står allmänt under Behovstäckning: "Vården ska organiseras med kunskap om befolkningens vårdbehov".

*Beställarnas styrning utifrån befolkningens behov behöver utvecklas och förstärkas.*

### **Styrning genom tydlighet**

Ju tydligare beställarna uttrycker sina beställarkrav, desto säkrare blir resultatet vad beställaren hade avsett och desto enklare är det för beställaren att få korrigeringar verkställda vid ev avvikelser.

En tydlig sådan beställarstyrning skulle kunna innehålla preciserade behandlingsmål som ska uppnås liksom enhetliga kvalitetskrav. Vårdavtalen kan också uttryckas på ett sätt som gör att det i efterhand tydligt framgår om vårdcentralen har verkställt åtagandet eller inte, t ex genom att det är mätbart. En tydlighet uppnås också genom att begrepp som nämns i vårdavtalet definieras o s v.

I stort består emellertid vårdavtalen av allmänt formulerade beställarkrav som inte enkelt är uppföljningsbara. Kraven är mycket sällan mätbara och lämnar i allmänhet en gråzon där det är svårt att avgöra om kravet har uppfyllts eller inte. Tolkningarna försvåras också av att begrepp i allmänhet inte har definierats.

T ex kräver beställarna att resp vårdcentral använder patientenkät för att få fram en bild av patienternas upplevelser av vården. Men utan precisering från beställarna av hur patientenkäten ska utformas, vilka frågor som ska ställas, hur de ska ställas o s v blir möjligheterna till analys och slutsatser mycket begränsade. Det finns t ex då inte möjligheter till jämförelser mellan vårdcentraler, och beställarna kan inte ens vara säkra på att jämförelser kan göras vid den enskilda vårdcentralen över tiden. (Beställarna har breda erfarenheter av patientenkäter vid det här laget, och borde ha goda möjligheter att konstruera en enhetlig patientenkät).

På samma sätt är det positivt att beställarna årligen kräver in en verksamhetsberättelse från resp vårdcentral. Men beställarna har inte preciserat vad denna ska innehålla. Verksamhetsberättelserna utnyttjas därför inte tillräckligt för att säkerställa uppföljningsinformation.

Undantagen från de allmänt hållna beställarkraven är de inskrivna incitamenten av olika slag för att stimulera till en positiv vårdverksamhet. De flesta av vårdavtalen har sådana incitament, kallade stimulansersättning, måluppfyllelseersättning eller ersättning för främjande och förebyggande insatser.

Sådana incitament har klart tydligare formulerade beställarkraven än vad gäller vårdavtalet i övrigt. Det vanligaste mätbara beställarkravet är tillgänglighet i olika former, men i övrigt är villkoren för incitamentsersättningen varierande. Den mest omfattande (Handens vårdcentral) innehöll 20 olika variabler, och måluppfyllelseersättningen gällde 5 % av kapiteringsersättningen, i det fallet nära 1 Mkr. Den tyngsta delen av beställarkraven avsåg medicinsk redovisning.

*Beställarstyrningen behöver förbättras i olika avseenden vad gäller tydligheten i vårdavtalen. Förutsättningar för jämförelser behöver skapas.*

*Det är positivt med incitament som ett led i beställarens styrning mot god hälso- och sjukvård, också för att det bidrar till ökad tydlighet i vårdavtalen.*

### **Styrning genom jämförelser**

Jämförelser mellan vårdcentraler eller grupper av vårdcentraler borde kunna vara ett väsentligt inslag i beställarnas styrning. Vad är vårdresultaten och kvaliteten? Hur har akutsjukvården avlastats? Hur är tillgängligheten? Hur är kontinuiteten? Hur ser remissflödena ut? Hur effektiva är vårdcentralerna utifrån ett antal valda, definierade indikatorer o s v?



Relevanta jämförelser kräver bl a mycket tydliga definitioner. Övergripande förutsättningar för jämförelser i primärvården saknas i stor utsträckning. Därmed saknas kraften för att systematiskt kunna ge väsentlig uppföljningsinformation för styrningen av resp vårdcentral liksom övergripande för primärvården.

Det finns goda, lokala exempel på jämförelser som är gjorda "vid sidan av" kraven i vårdavtalen, t ex jämförelser mellan vårdcentralerna i västerort eller mellan vårdcentralerna i Botkyrka och Huddinge. Men varför ska sådana vara undantag?

*Det behövs en övergripande systematik för informationsinsamlingen avseende primärvården i landstinget. Som ett led i en sådan systematik bör förutsättningarna för och utnyttjandet av jämförelser betydligt utökas.*

*Det finns positiva lokala exempel på gjorda jämförelser inom primärvården.*

## **5.2 Uppföljning/återföring gentemot den enskilda vårdcentralen**

Beställarnas formella möjlighet till återföring av information, diskussion om utveckling, ev korrigeringar m m är vid de personliga uppföljningsmöten som är inskrivna i avtalen, i allmänhet två stycken under året. Det är vanligt att avtalen innehåller en uppföljningsplan som anger rubriker för vad som ska behandlas vid resp möte. Det finns inte någon enhetlighet vad gäller uppföljningsplanens disposition och uppläggning.

Vid hälften av de vårdcentraler, där vi intervjuade chefen, (tre av de sex) hade det emellertid inte varit något uppföljningsmöte under 2003.

Avgörande för vilka effekter ett uppföljningsmöte kan ge är till stor del avhängigt av hur tydliga beställarkraven är i resp vårdavtal. Det finns olika begränsningar f n.

Den lilla andelen mätbara beställarkrav i vårdavtalen och den lilla andelen väldefinierad uppföljningsinformation som samlas in, begränsar avsevärt beställarnas möjligheter till återföring och korrigeringar.

En annan begränsande faktor är att vårdavtalen i liten utsträckning tydligt anger konsekvenserna, sanktionerna, om det blir avvikelser i förhållande till avtalet.

Undantag är t ex i ett vårdavtal där "beställaren äger rätten att innehålla del av betalning för felaktig/ utebliven utförd tjänst av icke fullgod kvalitet".

Den yttersta konsekvensen vid avvikelser är rätten att häva hela avtalet, och den rätten har beställarna skrivit in i flertalet vårdavtal.

En viktig rättighet som beställarna har skrivit in i vårdavtalen är deras rätt till medicinsk revision där en erfaren utomstående läkare bedömer hur vården utförs. Denna rätt har utnyttjats av beställaravdelningen Stockholm vid bl a Rinkeby vårdcentral.

Både beställaren och chefen vid vårdcentralen är positiva till revisionen och anser att den givit konstruktiva erfarenheter för verksamheten framåt. I stort har emellertid inte denna rätt till medicinsk revision utnyttjats av beställarna, trots positiva erfarenheter.

*Förutsättningarna för uppföljning/utvärdering/ resultatanalys behöver förbättras, bl a för det viktiga uppföljningsmötet. Medicinska revisioner bör kunna genomföras i ökad utsträckning.*

### **5.3 Övergripande uppföljning/återföring gällande primärvården**

I oktober 2002 redovisade Allmänmedicinska enheten inom landstinget en utvärdering av ”turboprojekten”<sup>1</sup>. Av utvärderingen framgick bl a:

”Den sammantagna bilden av försöksverksamhetens resultat var splittrad. Det skedde inte några mer betydande förändringar över tiden som skiljde ut turbomottagningarna från övriga delar av primärvården”.

”Sammantaget indikerar denna studie att resurser och regelverk måste samordnas om en ökad satsning på husläkare skall kunna lyckas. För att denna satsning skall leda till önskat resultat, bättre hälsa och tryggare vård, måste de inledda satsningarna kopplas till en mer medveten styrning av vården utifrån en bättre balans mellan efterfrågan och behov av hälso- och sjukvård”.

Hur långt har en sådan ”mer medveten styrning av vården” kommit? BKVs årsredovisning för 2003 ger följande bild av primärvården.

- Befolkningen har ett mycket mindre förtroende för husläkarna (49 %) än för andra vårdgivare. Stockholmarna har även ett mindre förtroende för sina husläkare än invånarna i flertalet landsting.
- Antalet ärenden hos Patientnämnden från primärvården har sedan 2002 ökat från 23 till 26 % av det totala antalet ärenden.
- Missnöjet med telefontillgängligheten till husläkarna är fortfarande stort.
- Antalet besök hos hus-/distriktsläkare har minskat sedan 2002, trots att inriktningen i budgeten för 2003 innebar en ökning av antalet besök. Samtidigt har antalet hus-/distriktsläkare ökat under året.
- Trots prioriteringen av primärvården har dess relativa andel av den totala vårdkostnaden minskat marginellt under 2003.

Någon samlad analys av primärvården finns inte i årsredovisningen.

---

<sup>1</sup> För att stimulera primärvårdens utveckling och utbyggnad fattades beslut i landstinget 1999 om medel till tio husläkarmottagningar för tvååriga utvecklingsprojekt med en allmänläkare per 1500 invånare, de s k turboprojekten. Syftet var att ”visa på positiva effekter av en kraftig satsning på primärvården”.

Enligt revisionskontoret hade det varit önskvärt med ytterligare övergripande uppgifter om primärvården i årsredovisningen, dels för att primärvården har en så central roll inom hälso- och sjukvården, dels för att kunna bedöma effekterna av att primärvården successivt byggs ut. Här är exempel på sådana uppgifter. F n innehåller vårdavtalen inte någon systematik för att kunna ge underlag för bedömningar och analyser av sådana uppgifter.

- Ett av huvudsyftena med utbyggnaden av primärvården är att avlasta akutmottagningarna vid akutsjukhusen. Har det blivit så? Enligt uppgift har antalet besök vid akutmottagningarna minskat med ca 14 000. Men minskningen av antalet besök hos husläkarna för samma period, 2003, var mer än 10 gånger större, drygt 152 000, enligt årsredovisningen 2003. Uttryckt på det sättet har vårdcentralerna inte avlastat akutmottagningarna.

Uppgiften om avlastning av akutmottagningarna är högst intressant även för den enskilda vårdcentralen för dess specifika befolkning, och metodiken finns redan inom BKV, enl deras årsredovisning: ”I Västerort har antalet besök på vårdcentralen satts i relation till antal besök på akutmottagning på sjukhus. Det finns en spridning mellan 1,4-4,6. Här finns troligen ett betydande förbättringsutrymme”.

- En viktig uppgift för husläkaren är dennes ”lotsfunktion”, att ev vid behov lotsa patienten vidare inom sjukvården. Lotsfunktionen håller på att utökas genom ökade remisskrav. Vilken omfattning har lotsfunktionen och hur fungerar den?

Årsredovisningen ger inte någon sådan överblick. Vårdavtalen innehåller inte beställarkrav som ger ett underlag ang ”lotsfunktionen” för att t ex bedöma andelen av läkarbesöken som resulterar i en remiss vidare.

- Utvärderingen av ”turboprojekten” visade att det är otillräckligt att bara skjuta till ytterligare resurser, utan det krävdes en mer medveten styrning av vården. Hur är det med effektiviteten i primärvården, och utvecklas den åt rätt håll?

Revisionskontoret har inte funnit något dokument där beställaren har försökt definiera effektivitet inom primärvården. Någon teoretisk definition efterfrågas inte av revisionen, utan istället vilken samling indikatorer inkl kvalitetsindikatorer som ger bidrag till att kunna bedöma en ”effektivitet”. Utan denna grund innehåller vårdavtalen f n inte någon systematik för att fordra in uppgifter som gör sådana bedömningar möjliga, vare sig för den enskilda vårdcentralen eller övergripande för hela primärvården.

Vid en av intervjuerna kom också en idé i sammanhanget, nämligen att beställaren i dialogen med chefen för vårdcentralen mer formaliserat efterfrågar chefens strategi för hur denne försöker uppfylla uppdraget på ett effektivt sätt.

*Beställarna behöver skapa en bättre överblick och analys över nuläge och utveckling för primärvården*

#### **5.4 Övrig styrning och uppföljning**

Beställarnas styrning genom avtalen är viktig. Vårdavtalens formuleringar avgör beställarnas möjlighet till styrning och uppföljning men också beställarnas juridiska handlingsutrymme, t ex vid en tvist.

Beställarna styr emellertid inte bara genom avtalen. Det finns också en annan viktig, mer "informell" styrning som kan ta sig olika uttryck och som skiljer sig åt mellan de olika geografiska ansvarsområdena i länet.

En del är de mer eller mindre löpande kontakterna, dialogen, mellan beställaren och i första hand chefen för resp vårdcentral, i olika omfattning. En VC-chef uttryckte t ex att en vanlig vecka innehåller någon mailkontakt med beställaren. En annan VC-chef hade inte haft individuellt uppföljningsmöte de senaste 10 åren.

En annan del är något som en beställarchef kallar kunskapsstyrning. Det är t ex när en beställare samlar representanter för vårdcentralerna till gemensamma möten för utbildning och information. Det kan vara när något nytt introduceras och behöver diskuteras. Vid beställaravdelning Norr hålls t ex "husläkarmöten" regelbundet.

Beställaravdelningarna Stockholm och Söder har gjort uppföljningar under 2003 vid sidan av kraven i vårdavtalen. Avdelning Stockholm har gjort en uppföljning av de 17 husläkarmottagningarna i Västerort. Avdelning Söder har följt upp de 14 landstingsdrivna vårdcentralerna i Botkyrka och Huddinge. De båda uppföljningarna har likheter i uppläggningsen med frågor kring t ex diagnoser, patienter per läkare, hur arbetet utförs samt uppnådda vårdresultat.

Uppföljningarna visar på delvis mycket stora variationer mellan vårdcentralerna. I en hel del fall har dock vårdcentraler inte besvarat frågor. De båda exemplen på enkäter ger givande jämförelser, och de olika svaren och även "icke-svaren" ger beställaren värdefull information för den vidare styrningen av resp vårdcentral.

Sammanfattningsvis har det knappast varit möjligt att få en överblick över beställarnas olika aktiviteter som ryms under "Övrig styrning och uppföljning". Det är stora variationer mellan de olika geografiska ansvarsområdena. Revisionen har fått del av ett antal goda exempel på aktiviteter från de olika ansvarsområdena.

*Det finns goda lokala exempel som bör kunna användas för den övergripande utvecklingen av beställarstyrningen.*

## 6. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER KRING IAKTTAGELSERNA

Granskningen har främst inriktats på den formella beställarstyrningen som utgår från styrningen i det tecknade vårdavtalet. Iakttagelserna är att revisionskontoret inte har kunnat finna någon systematik för utvecklingen av beställarstyrningen av primärvården.

Tydligheten, enhetligheten, styrningen utifrån behov samt uppföljningen/-utvärdering behöver klart förbättras, och jämförelser i olika avseenden utökas. Samtidigt är iakttagelserna att det finns en hel del goda lokala exempel som bör kunna användas i den vidare utvecklingen.

Revisionen har gjort övergripande granskningar av beställarstyrningen sedan 1999. En reflektion är att förvånande lite tycks ha hänt sedan 1999 vad gäller utvecklingen av beställarstyrningen. Det föranleder några reflektioner.

- Vad är en rimlig beställarstyrning av varje vårdcentral utifrån beställarnas resurser? Är ett mer systematiskt vårdavtal med mer genomarbetad informationsinsamling och längre avtalsperiod ett sätt att kunna "flytta över" beställaresurser till uppföljningsdialogen?
- Vad är en rimlig avvägning mellan beställarens behov av information för styrning/kontroll och den administrativa belastning som "drabbar" vårdcentralen? Revisionskontoret uppfattar att beställarnas informationsbehov inte ger vårdcentralerna administrativa bekymmer idag.

Beställarnas totala informationsinsamling är summan av vad som krävs enligt vårdavtalet och vad som krävs in i separata tillfälliga uppföljningar. En ev utökad systematisk informationsinsamling av väsentligheter enl vårdavtalet minskar rimligtvis behovet av tillfälliga uppföljningar.

Vårdcentralen har också krav från sin överordnade produktionsledning på information. Är det möjligt med någon form av samordning mellan beställarnas och produktionsledningens krav för att försöka minimera den administrativa belastningen för vårdcentralerna?

- Beställarna har i vårdavtalen inte några tydliga krav på vårdcentralernas journalsystem med möjligheter till vårduppföljning. Revisionskontoret har funnit vid lokala beställaruppföljningar att vårdcentraler har saknat datorstöd för att besvara beställarens frågor. Att använda manuell sökning är naturligtvis administrativt betungande, och resultatet blev i många fall att beställarens frågor inte besvarades!

Beställarna behöver skapa en bättre överblick över nuläge och utveckling för primärvården. Hur tänker beställaren säkerställa att det finns ett datorstöd vid vårdcentralerna som utnyttjas så att beställarens informationsbehov tillgodoses?

- Olika förbättringsmöjligheter i den formella beställarstyrningen genom avtal och uppföljning har beskrivits ovan. Vilken styrka har den övriga ”informella” styrningen? Kan denna i något avseende ersätta den formella styrningen?
- Den gamla beställarorganisationen med HSNstaben och sjukvårdsområdena lyckades inte få enhetlighet i rutiner, mallar osv där det borde vara enhetlighet. Det finns i den nuvarande organisationen ingen under beställardirektören som har ett övergripande ansvar för beställarstyrningen för primärvården. Riskerna finns att det gamla mönstret upprepas. Vad görs för att undvika det?

## **7. FORTSATT GRANSKNING**

I projektrapporten har redovisats de iakttagelser som vi har gjort vid granskningen. Eftersom projektet har förstudiekaraktär har det också haft syftet att ge underlag till om ytterligare granskningar bör göras på primärvårdsområdet.

Det är angeläget att fortsätta granskningen av primärvårdens styrning. Detta avser utvecklingen av avtalsstyrningen generellt, men även mer specifikt när det gäller t ex jämförelser, lotsfunktionen och kraven på datorstöd vid vårdcentralerna. Iakttagelserna från detta projekt visar också att fortsatt granskning av beställarstyrningen generellt är angelägen.

Bo Ericson  
projektledare

**Intervjuade personer**

Christina Torstensson, chef beställaravdelning Norr

Eva Frunk Lind, chef beställaravd Stockholm

Aina Daléus, chef beställaravd Söder

Gunnar Rosenhamer, medicinsk sakkunnig, beställaravd Stockholm (medicinsk revision)

Nils-Axel Bennedich, chef vårdcentralen Bennedich & Björk AB, Vallentuna

Annica Larsson, chef vårdcentralen Råsunda, SLL-driven inom NLPO

Marjan Ring, chef vårdcentralen Stureby, Praktikertjänst AB

Lena Bohman, chef vårdcentralen Rinkeby, SLL-driven inom SPO

Peter Nerman, chef vårdcentralen Handen, SLL-driven inom SLPO

Gunilla Shelley, chef vårdcentralen Skogås, inom Carema primärvård AB.

**Granskade vårdavtal/överenskommelser med vårdcentraler avseende 2003**

VallentunaDoktorn, SLL-driven inom NLPO

Bennedich & Björk AB, Vallentuna

Råsunda, SLL-driven inom NLPO

Törnbackens vårdcentral, Solna, SLL-driven inom NLPO

Åsö 1, Starta Eget Boxen 2485 AB

Stureby, Praktikertjänst AB

Rinkeby, SLL-driven inom SPO

Kvartersakuten Vasastan, Praktikertjänst AB

Handens vårdcentral, SLL-driven inom SLPO

Älta Primärvård AB

Tullinge, SLL-driven inom SLPO

Skogås, inom Carema primärvård AB.