

PM 2017:5

Primärvården i belysning

Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015

 **vårdanalys**



Vårdanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vårdanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vårdanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
ISBN: 978-91-87213-79-3
www.vardanalys.se

Primärvården i belysning

Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015



Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektör Fredrik Lennartsson.
Projektdirektör Nils Janlöv har varit föredragande.

Stockholm 2017-12-13
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Nils Janlöv
Föredragande

Förord

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. I uppdraget har vi genomfört flera delstudier med utgångspunkt i befintlig kunskap och befintliga data. Baserat på dessa studier sammanfattar vi kunskapen och identifierar lärdomar för den fortsatta utvecklingen av primärvården.

Vi identifierar tre utvecklingsområden för att primärvården ska bli den tydliga bas i hälso- och sjukvården som den är tänkt att vara: primärvårdens uppdrag och funktion behöver tydliggöras, den behöver få en ändamålsenlig kompetens och tillräckliga resurser samtidigt som dess utvecklingskraft och förutsättningar för lärande behöver stärkas. Resultaten presenteras i rapporten *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (2017:3)*.

Den här studien ingår som en delmängd i Vårdanalys svar på regeringsuppdraget och beskriver utvecklingen inom viktiga dimensioner av primärvårdens verksamhet utifrån befintliga data. Beskrivningen ser huvudsakligen till den generella utvecklingen i riket och primärvårdens likvärdighet över landet – det senare genom jämförelser mellan landsting och regioner. Till viss del studeras även skillnader utifrån ålder, kön och socioekonomi. Bristfälliga data gör det dock svårt att analysera skillnader mellan befolkningsgrupper, därför får dessa analyser mindre utrymme än jämförelserna mellan landsting. Delar av analysen har tidigare presenteras i huvudrapporten, men redovisas här i sin helhet.

Just nu pågår intensiva diskussioner om hur svensk primärvård kan stärkas. Det är vår förhoppning att denna studie kan tjäna som ett kunskapsunderlag för dessa diskussioner. Studien har tagits fram av en projektgrupp bestående av Nils Janlöv, Johannes Lissdaniels, Åsa Ljungvall och Emma Spånberg. Vi vill tacka Clas Rehnberg, professor vid Karolinska Institutet som har bistått med synpunkter under arbetets gång. Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till medlemmarna i SKL:s värdevärdnätverk som tagit sig tid att besvara en enkät som genomfördes i projektet.

Stockholm i december 2017

Fredrik Lennartsson
Generaldirektör

Sammanfattning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag av regeringen att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Förutsättningarna handlar bland annat om primärvårdens uppdrag, dimensionering, bemannings- och kompetensförsörjning, ersättningssystem med mera.

Den här studien ingår som en delmängd i Vårdanalys svar på regeringsuppdraget och beskriver utvecklingen inom viktiga dimensioner av primärvårdens verksamhet utifrån befintliga data. Studien ska därtill ge lärdomar om huruvida landstingens utformning och styrning av primärvården har samband med övergripande kvalitetsmått – exempelvis vårdens tillgänglighet – och vissa utfall av systemkaraktär, såsom produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården. Vår beskrivning av primärvården tar fasta på följande dimensioner:

- *Utformning och inriktning* – här ingår mått som speglar primärvårdens organisation och styrning.
- *Behovsbild* – här ingår bland annat övergripande mått på befolknings-sammansättning och självskattad hälsa.
- *Struktur* – här inkluderas exempelvis mått på resursanvändning och bemanning.
- *Processer* – dimensionen ser bland annat till besöks- och kontaktmönster samt genomförda behandlingar.
- *Resultat* – här ryms såväl patienternas egna upplevelser av vården som mått på medicinska resultat.

Beskrivningen av förhållanden och utfall inom de olika dimensionerna ser huvudsakligen till den generella utvecklingen i riket och primärvårdens likvärdighet över landet – det senare genom jämförelser mellan landsting och regioner. Geografiska jämförelser är viktiga ur ett jämlikhetsperspektiv, eftersom landstingen är ytterst ansvariga för att tillhandahålla vård gentemot sin befolkning. De är även viktiga ur ett lärandeperspektiv, då de kan visa på en utvecklingspotential för hälso- och sjukvården.

I de analyser som handlar om vårdkonsumtion, tillgänglighet och resultat kvalitet studerar vi även eventuella skillnader utifrån ålder, kön och socioekonomi. Bristfälliga data gör det dock svårt att analysera skillnader mellan olika befolkningsgrupper, därför får dessa analyser mindre utrymme än jämförelserna mellan landsting.

SÅ HÄR HAR VI GENOMFÖRT ANALYSEN

Studien fokuserar huvudsakligen på landstingens utformning av primärvården 2011–2015. Vi utgår främst från befintlig nationell statistik, men vi har även genomfört en enkät till samtliga landsting om primärvårdens övergripande organisation. För att ge en ökad

överblick över primärvårdens verksamhet väger vi i vissa delar samman enskilda indikatorer över primärvårdens förutsättningar och måluppfyllelse till index som speglar mer övergripande dimensioner.

Beskrivningen äger vidare rum på landstingsnivå, det vill säga vi jämför inte olika enheter inom primärvården, till exempel vårdcentraler, och fångar därför inte variationer inom landstingen. Genom jämförelserna mellan landsting kan vi huvudsakligen identifiera geografiska skillnader. Dessa kan i sin tur bero på en rad bakomliggande faktorer, exempelvis skillnader i befolkningens behov och strukturella förutsättningar, men de kan även avspegla skillnader i effektivitet eller hur mycket resurser som läggs på primärvården.

För att vi ska kunna uttala oss om huruvida en skillnad ska ses som ojämlig vård eller som ett uttryck för effektivitetsskillnader behöver vi kontrollera för de faktorer som är utanför landstingets kontroll, till exempel skillnader i patientmix. Mer specifikt är vården ojämlig när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader. Eftersom vi endast har begränsad möjlighet att korrigera för dessa faktorer är det viktigt att tolka våra jämförelser med försiktighet, och att skilja mellan olikheter å ena sidan och ojämlig vård å andra sidan.

RESULTAT

Svårt att ge en samlad bild av primärvårdens utformning och inriktning

Det är svårt att få en samlad bild av hur primärvårdens utformning och inriktning ser ut. Vår genomgång av landstingens organisation och styrning visar att det finns stora geografiska skillnader beträffande hur primärvårdens uppdrag formulerats, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går. Sammantaget finns det en uppsjö av kontrakts- och styrformer i primärvården. Detta gör det svårt att på ett enhetligt sätt jämföra innehåll och omfång i landstingens primärvårdsutbud.

Det finns också stor variation vad gäller primärvårdsmottagningarnas ersättnings-system. Generellt sett ökar den fasta andelen av ersättningen – baserad på listning – men några landsting har i stället ökat den rörliga del som är kopplad till genomförda aktiviteter. Även andelen privata primärvårdsmottagningar varierar stort och vi ser också tydliga regionala skillnader i nyetablering.

Skillnader finns dessutom när det gäller patientavgifternas storlek, vilka remisskrav som gäller för att besöka specialistvård samt tillgången till primärvård på kvällar och helger. Vid remisskrav finns det också tecken på att det i praktiken är andra förutsättningar som gäller än de som beslutats centralt.

Inga markanta skillnader i levnadsvanor och självskattad hälsa i olika landsting

Tillgänglig statistik ger långt ifrån en uttömmande bild av sjukvårdsbehoven på befolkningsnivå i olika landsting. I relation till organisations- och utfallsdimensioner är dock de regionala skillnaderna i självskattad hälsa och förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor av mindre omfång. Därtill har dessa indikatorer varit stabila under 2010-talet. Exempelvis har förekomsten av de fyra ohälsosamma levnadsvanorna (rökning, riskkonsumtion av

alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet) legat runt 28 procent – på riksnivå – under hela perioden.

Vad gäller strukturella förutsättningar är de mest betydande skillnaderna av geografisk karaktär, såsom gles bebyggelse. Utjämningsystemet ska dock kompensera för de kostnadsskillnader som är förknippade med skilda förutsättningar i geografi och befolkningssammansättning.

Primärvårdens resurser minskar jämfört med annan hälso- och sjukvård, dessutom ses skillnader i resursandel och bemanning mellan landsting

Mellan 2011 och 2015 har primärvårdens nettokostnader per invånare ökat med drygt 3 procent, men vi kan ändå inte tala om någon ambitionsökning. Tvärtom har primärvårdens kostnadsandel minskat med knappt en halv procentenhet i förhållande till övrig hälso- och sjukvård. Inte heller kan vi tala om någon ambitionshöjning för de två största personalkategorierna inom primärvården: läkare respektive sjuksköterskor. Antalet läkare per invånare i primärvården har ökat något de senaste fem åren, men i förhållande till övriga specialläkare ses en minskning av andelen allmänläkare. Samtidigt minskar antalet sjuksköterskor per invånare i primärvården.

Påtaglig är också den stora variationen mellan landsting; när det gäller primärvårdens resursandel av den samlade hälso- och sjukvården varierar den mellan 15 och 22 procent. Betydande skillnader ses i tillgång till bemanning, där tillgängliga nyckeltal pekar på att exempelvis läkartätheten varierar med 31 procent och att skillnaderna mellan landsting ökat över tid. Bristen på fast personal har dessutom resulterat i ett beroende av hyrläkare, framför allt i glesbygdslandstingen. Även när det gäller läkemedelskostnader ser vi en nedgång nationellt samt stora skillnader mellan landstingen. Minskade läkemedelskostnader kan till viss del förklaras av lägre priser över tid men utvecklingen kan också tyda på en nedgång i läkemedelsförskrivningarna per invånare i primärvården.

Blandad bild av primärvårdens processkvalitet

Befintlig statistik över primärvårdens processer eller prestationer fångar generellt endast en liten del av primärvårdens verksamhet, varför sammanställningen är långt ifrån heltäckande. Vår analys visar dock att antalet fysiska besök per invånare i primärvården minskat med i genomsnitt knappt 9 procent på nationell nivå sedan 2011. Samtidigt varierar besöksvolymen i primärvården mellan cirka tre och ett halvt besök per invånare i Stockholm till cirka två besök i Värmland under 2015.

Det är svårt att få en tydlig bild av primärvårdens tillgänglighet eftersom olika källor och mätmetoder ger delvis olika resultat. Den sammantagna bilden är dock att tillgängligheten har försämrats över tid och att skillnaderna mellan landsting är stora. Andelen som får läkarbesök inom sju dagar varierar i olika landsting mellan 80 och 93 procent 2016. De regionala variationerna är ännu större när det gäller andelen som kommit i kontakt med vården via telefon samma dag: mellan 75 och 100 procent. Dessutom finns vårdcentraler där endast 50–60 procent får sitt besök inom sju dagar. Patienter som är hänvisade till dessa vårdcentraler möts alltså av en ganska dålig tillgänglighet.

Sammantaget talar vår analys för att primärvårdens tillgänglighet behöver stärkas väsentligt. Däremot tyder en minskning av andelen undvikbar slutenvård samt en positiv

utveckling för befintliga sjukdomsspecifika processmått – som rör diabetesvård, läkemedelsanvändning, förekomst av förebyggande arbete, palliativ vård samt vaccinationer – på att allt fler patientgrupper får rekommenderade behandlingar eller insatser.

Det saknas till stor del mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet och de patientrapporterade resultaten brister

Jämförelser av patientrapporterade utfall och medicinska resultat präglas generellt av stor osäkerhet eftersom de bland annat påverkas av en rad individspecifika förhållanden som är svåra att kontrollera för. Därtill försvåras analysen av bristande möjligheter att analysera den patientrapporterade kvaliteten över tid och av att det i stor uträkning saknas uppgifter om den medicinska kvaliteten i primärvården. Tillgängliga patientrapporterade utfall tyder dock på att kontinuitet och samordning är centrala svagheter i primärvården och att dessa resultat skiljer sig väsentligt mellan landstingen. Vi ser även en förbättringspotential för övriga dimensioner som följs upp: patienters delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande samt emotionellt stöd.

Det är svårt att analysera utvecklingen över tid på grund av att Nationell Patientenkät ändrades under 2015. Men utifrån de jämförelser som går att göra verkar vissa förbättringar skett när det gäller att ge patienter förståelig information och att ta hänsyn till patientens egna erfarenheter. Däremot upplever färre att de är tillräckligt delaktiga i beslut. Andelen som anger god läkarkontinuitet ser också väsentligt sämre ut över tid.

De medicinska resultatmått som vi har funnit – och som kan användas för att på nationell nivå följa upp primärvårdens medicinska resultat – handlar uteslutande om diabetesvård. Positivt är dock att dessa mått tyder på kvalitetsförbättringar sedan 2011 och på variationen mellan landsting minskar.

Förtroendet för primärvården är svagt och produktiviteten sjunker

Eftersom vi har begränsade data för flertalet kvalitetsdimensioner i primärvården – särskilt medicinsk kvalitet – är det generellt svårt att bedöma vårdens samlade effektivitet. Men om vi i stället ser till tillgängliga produktivetsmått har kostnaden per besök i primärvården i genomsnitt ökat med 8 procent i fasta priser mellan 2011 och 2015, justerat för besökstyp, befolkningssammansättning och geografiska förutsättningar. Det innebär att produktiviteten i primärvården minskat. Samtidigt är skillnaderna mellan landsting så pass stora att primärvårdens samlade nettokostnad för 2015 skulle minska med cirka 11 procent eller cirka 4,3 miljarder kronor om samtliga landsting hade motsvarande kostnad per besök som landstinget med lägst kostnad.

Vi ser också att förtroendet för den primärvården är svagt bland befolkningen och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. Mellan 2012 och 2015 ser vi dessutom en svag nedgång, vilket bryter den positiva trend som observerades 2005–2012.

SLUTSATSER

Betydande geografiska och åldersmässiga skillnader i primärvården

Sammantaget visar vår analys att det finns betydande geografiska skillnader både i tillgänglighet och patientrapporterad kvalitet i primärvården. De patientrapporterade upplevelserna är generellt sett bättre i de landsting där befolkningen skattar sin hälsa som god. En förklaring kan vara att skillnader i ohälsa ger upphov till skilda regionala behovsstrukturer och därmed också skilda förutsättningar att ge vård. Det kan även vara så att relativt friska patienter som sällan har kontakt med vården har en bättre upplevelse av vården jämfört med sjukare patienter med en mer regelbunden vårdkontakt.

Det tycks även finnas skillnader mellan åldersgrupper när det gäller nöjdheten med vårdens kontinuitet, bemötande och delaktighet. Däremot ser vi inte några tydliga skillnader mellan olika utbildningsgrupper eller mellan män och kvinnor. Personer med lägre utbildning respektive kvinnor tycks inte heller ha sämre tillgång till primärvården. Det är dock svårt att dra säkra slutsatser om eventuella ojämlikheter mellan grupper eftersom tillgängligt dataunderlag inte gör det möjligt att justera för vårdbehov, födelseland eller inkomstförhållanden. Tidigare analyser av Nationell Patientenkät, där vi har kunnat ta hänsyn till dessa faktorer, tyder dock på att personer med svenska som modersmål, hög utbildning eller god hälsa är mer nöjda med primärvårdsmottagningarnas kvalitet.

Begränsade möjligheter att analysera primärvårdens förutsättningar och målpuppfyllelse samt sambandet dem emellan

Vårt mål har varit att analysera primärvårdens situation i dag och även uttala oss om huruvida landstingens utformning och styrning av primärvården har samband med övergripande kvalitetsmått och vissa utfall av systemkaraktär, såsom produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården. Befintliga data ger dock begränsade möjligheter att koppla primärvårdens organisation och styrning till dess utfall. Bland annat saknar vi heltäckande och samlad statistik över bemanningssituationen, hur primärvården är organiserad i varje landsting samt objektiva resultatmått för primärvårdens verksamhet – med undantag för vissa kvalitetsmått för diabetesvården. Tillgången till patientrapporterade kvalitetsmått är betydligt bättre men måtten går inte att följa över tid. De går heller inte att justera efter vårdbehov från och med 2015.

Vi ser också att tillgänglighetsuppföljningen behöver utvecklas för att bättre spegla patienternas perspektiv. Mätningarna i väntetidsdatabasen visar att en större andel patienter får läkarbesök inom sju dagar än vad patienterna rapporterar. Medborgarna anser i ganska liten utsträckning att väntetiderna är rimliga medan patienterna är något mer positiva. Dessa spretande resultat talar för att uppföljningen behöver utvecklas för att ge en tydligare bild av tillgängligheten. Som ett led i detta behöver också frågan om vad som är en rimlig väntetid och god tillgänglighet diskuteras, så att patienternas förväntningar och kraven på hälso- och sjukvården överensstämmer, genom exempelvis vårdgarantin.

Ingen enskild framgångsmodell men hög kontinuitet och tillgänglighet framstår som viktigt för att stärka primärvårdens produktivitet och befolkningens förtroende

Utifrån de sambandsanalyser som ändå har varit möjliga att genomföra har vi inte kunnat identifiera någon enskild primärvårdsmodell som överlag är förknippad med bättre resultat. Generellt sett är inte en viss förutsättning, organisationsform eller struktur entydigt kopplad till en positiv eller negativ avvikelse från rikssnittet när det gäller primärvårdens tillgänglighet, produktivitet eller förtroende bland befolkningen. Exempelvis uppvisar en högre andel resurser i primärvården å ena sidan ett positivt – men inte signifikant – samband med högre förtroende och bättre tillgänglighet, men å andra sidan ett signifikant negativt samband med god produktivitet.

Trots att det finns få entydiga mönster, tyder våra resultat på att god produktivitet samvarierar med en hög personkontinuitet till läkare. Vi kan även se en samvariation mellan hög personkontinuitet och kortare besök. Våra analyser tyder dock inte på att hög produktivitet sker på bekostnad av den patientrapporterade eller medicinska kvaliteten. En möjlig förklaring är snarare att hög kontinuitet innebär att läkaren känner till patientens sjukdomshistoria, vilket gör besöken kortare. Våra analyser visar även att en låg andel hyrläkare samvarierar med såväl högre tillgänglighet och förtroende som lägre kostnader per besök.

Vi har inte kunnat isolera någon enskild faktor bakom befolkningens låga förtroende för primärvården. I stället samvarierar förtroendet med samtliga patientrapporterade kvalitetsdimensioner. Vi ser särskilt ett samband mellan högre förtroende och god tillgänglighet, och detta förhållande gäller även när vi korrigerar för skillnader i självskattad hälsa mellan landstingen.

Innehåll

1 Inledning	13
1.1 Primärvårdens breda uppdrag kräver mångdimensionell uppföljning	14
1.2 Upplägg, källor och kort om metod	17
1.3 Beskrivningen baseras på indikatorer och sammanvägda index	18
1.4 Rapportens disposition.....	19
2 Utformning och inriktning	20
2.1 Svårt att få en tydlig bild av primärvårdens uppdrag och hur det är organiserat... 20	
2.2 Utbudsförändringar i samband med valfrihetsreformer	22
2.3 Landstingens vårdvalsmodeller är långt ifrån enhetliga	26
3 Behovsbild och geografiska olikheter	33
3.1 Befolkningens medelålder skiljer sig mellan landsting	33
3.2 Små regionala skillnader i självskattad hälsa.....	37
3.3 Relativt likartad förekomst av ohälsosamma levnadsvanor	38
3.4 Geografiska olikheter	40
4 Primärvårdens strukturkvalitet.....	42
4.1 Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser minskar.....	42
4.2 Stor osäkerhet om kompetensförsörjningen, men bemanningen är med säkerhet en viktig utmaning	50
4.3 Läkemedelskostnader	55
5 Primärvårdens processkvalitet.....	59
5.1 Vårdkonsumtionen minskar.....	59
5.2 Svårt att få en tydlig bild av primärvårdens tillgänglighet	62
5.3 Sjukdomsspecifika processmått kompletterar bilden och visar på en positiv utveckling	69
5.4 Viss minskning i slutenvård som kan undvikas	71
6 Primärvårdens resultatkvalitet	74
6.1 Bristfälliga förutsättningar att följa upp medicinsk kvalitet, men det finns tecken på en positiv utveckling	74
6.2 Patientrapporterade upplevelser tyder på att kontinuitet och koordinering är viktiga utmaningar	76
7 Övergripande systemmått och sambandsanalyser.....	88
7.1 Förbättrad kontinuitet ett sätt att öka vårdens produktivitet	88

7.2 Ingen motsättning mellan god produktivitet och patientupplevd eller medicinsk kvalitet.....	94
7.3 Förtroendet för svensk primärvård är lågt och skillnaderna mellan landsting ökar	95
7.4 Få tydliga samband mellan måluppfyllelse och primärvårdsmodell – men beroende av inhyrd personal är entydigt negativt	99
Bilagor	106
Bilaga 1 – Sammanställning av vilka uppdrag som ingår i landstingens grunduppdrag kapitel 2.....	106
Bilaga 2 – Herfindahl-Hirschman Index kapitel 2	108
Bilaga 3 – Multivariat analys i avsnitt 5.2.4 och 6.2.2	108
Bilaga 4 – indikatorer i index för diabetsvård och sjukdomsspecifika processmått kapitel 5 och 6	112
Bilaga 5 – Frågor och svarsalternativ i Nationell Patientenkät olika år	113
Bilaga 6 – Kvantitativ analys avsnitt 7.3.3 och 7.4	115
Bilaga 7 – Landstingens styrning av primärvården	117

1 Inledning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Förutsättningarna handlar bland annat om primärvårdens uppdrag, dimensionering, bemannings- och kompetensförsörjning, ersättningsystem, styrsystemets samlade kontinuitet med mera. Den här studien ingår som en delmängd i Vårdanalys svar på regeringsuppdraget och syftar till att beskriva utvecklingen inom viktiga dimensioner av primärvårdens verksamhet utifrån befintlig data.

Studien syftar därtill till att generera lärdomar om huruvida landstingens utformning och styrning av primärvården har samband med övergripande kvalitetsmått – exempelvis vårdens tillgänglighet – och vissa utfall av systemkaraktär, såsom produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården. Vår beskrivning av primärvården tar fasta på följande dimensioner:

- *Utformning och inriktning* – här ingår mått som speglar primärvårdens organisation och styrning.
- *Behovsbild* – här ingår bland annat övergripande mått på befolkningsammansättning och självskattad hälsa.
- *Struktur* – här inkluderas mått på resursanvändning och bemanning.
- *Processer* – dimensionen ser bland annat till besöks- och kontaktmönster samt genomförda behandlingar.
- *Resultat* – här ryms såväl subjektiva patientupplevelser som mått på medicinska resultat.

Beskrivningen av förhållanden och utfall inom de olika dimensionerna ser huvudsakligen till den generella utvecklingen i riket och primärvårdens likvärdighet över landet – det senare genom jämförelser mellan landsting och regioner. Vi använder fortsatt termen landsting för både landstingen och regionerna. Eftersom landstingen är ytterst ansvariga för att tillhandahålla vård gentemot sin befolkning är geografiska jämförelser viktiga ur ett jämlikhetsperspektiv. Geografiska jämförelser är även viktiga ur ett lärandeperspektiv, eftersom de kan visa på en utvecklingspotential för hälso- och sjukvården i stort.

I de analyser som handlar om vårdkonsumtion, tillgänglighet och resultat kvalitet försöker vi även studera eventuella skillnader utifrån ålder, kön och socioekonomi. Bristfälliga data gör det dock svårt att analysera skillnader mellan olika befolkningsgrupper, därför får dessa analyser mindre utrymme än jämförelserna mellan landsting.

1.1 PRIMÄRVÅRDENS BREDA UPPDRAG KRÄVER MÅNGDIMENSIONELL UPPFÖLJNING

Primärvården utgör vårdens första instans. Uppdraget är att förse befolkningen med den vård som de flesta har behov av någon gång under livet och som inte kräver sjukhusens resurser. Det gäller till exempel medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete (2 kap. 6 § HSL). Primärvården har därför en central roll i förebyggande sjukvård och diagnostisering samt en uppgift att lotsa patienten vidare i vården. Svensk primärvård karakteriseras även av att inte ha någon nationellt reglerad grindvaktsfunktion (motsvarande engelskans uttryck gate-keeping), utan patienterna är fria att ta direkt kontakt med en specialist. Några landsting har dock remisskrav för vissa specialiteter.

Det finns inte heller någon detaljreglering av vilka vårdbehov som ska behandlas på respektive vårdnivå och de vårdtjänster som ingår varierar mellan olika landsting. Detta medför att de olika vårdnivåerna måste betraktas som kommunicerande kärl. Det understryks av att primärvårdens uppdrag definieras i relation till andra vårdnivåer, det vill säga utifrån sin organisatoriska roll i hälso- och sjukvårdssystemet (Anell 2015).

Primärvårdens grundläggande och breda uppdrag medför att det finns uppenbara svårigheter att exempelvis mäta och bedöma kvaliteten i verksamheten. Många gånger är det också svårt att urskilja effekten av primärvårdens insatser, eftersom tillgängliga mått på befolkningens hälsa är funktioner av rad samverkande faktorer – både vad gäller övriga sjukvårdsinsatser inom vården och i relation till andra samhällsfunktioner. Utöver de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs samt de resurser som tas i anspråk av den enskilde vårdgivaren, påverkas exempelvis hälsoutfallet för den enskilde patienten av individens underliggande hälsostatus, levnadsförhållanden och hälsobeteende. Även regionala variationer gällande hälso- och sjukvårdssystemets utformning, inriktning och förutsättningar kan påverka uppnådda hälsoutfall och de resurser som tas i anspråk.

1.1.1 Uppföljningsramverk

Vår beskrivning av primärvårdens struktur, innehåll och resultat bland svenska landsting tar utgångspunkt i ett ramverk som utarbetats av OECD för att underlätta jämförelser av medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem. Ramverket består av flera dimensioner som är relaterade till hälso- och sjukvårdens resultat på systemnivå (Arah m.fl. 2006). Utformningen har i sin tur baserats på de gemensamma drag som identifierats i uppföljningsmodeller inom enskilda medlemsländer och andra etablerade institutioner. I ramverket inordnas hälso- och sjukvårdens resultat på systemnivå i vad som kan beskrivas som en bredare folkhälsomodell bestående av ytterligare tre samverkande nivåer. Ansatsen är att hälso- och sjukvården är en av de bestämningsfaktorer som påverkar individernas hälsostatus. De fyra samverkande nivåerna representeras av:

1. *Hälsostatus* avser mått som avspeglar den övergripande hälsolivån inom befolkningen, vilka i sin tur kan påverkas av hälso- och sjukvården och andra utomstående faktorer.

2. *Andra bestämningsfaktorer för hälsan vid sidan av hälso- och sjukvården* ser till betydelsen av exempelvis livsstil, hälsobeteenden och socioekonomiska faktorer som även påverkar hälsan.
3. *Hälso- och sjukvårdens resultat på systemnivå* avser att fånga insatser, processer och resultat inom hälso- och sjukvård samt dess övergripande effektivitet och jämlikhet. Vidare poängteras att hälso- och sjukvårdens resultat på systemnivå samverkar med övriga nivåer.
4. *Hälso- och sjukvårdssystemets utformning, inriktning och förutsättningar* ser till de karakteristika inom hälso- och sjukvårdssystemen som påverkar kostnader och vårdutnyttjande och som måste inkluderas vid utvärdering och analys av de faktorer som påverkar hälso- och sjukvårdens resultat.

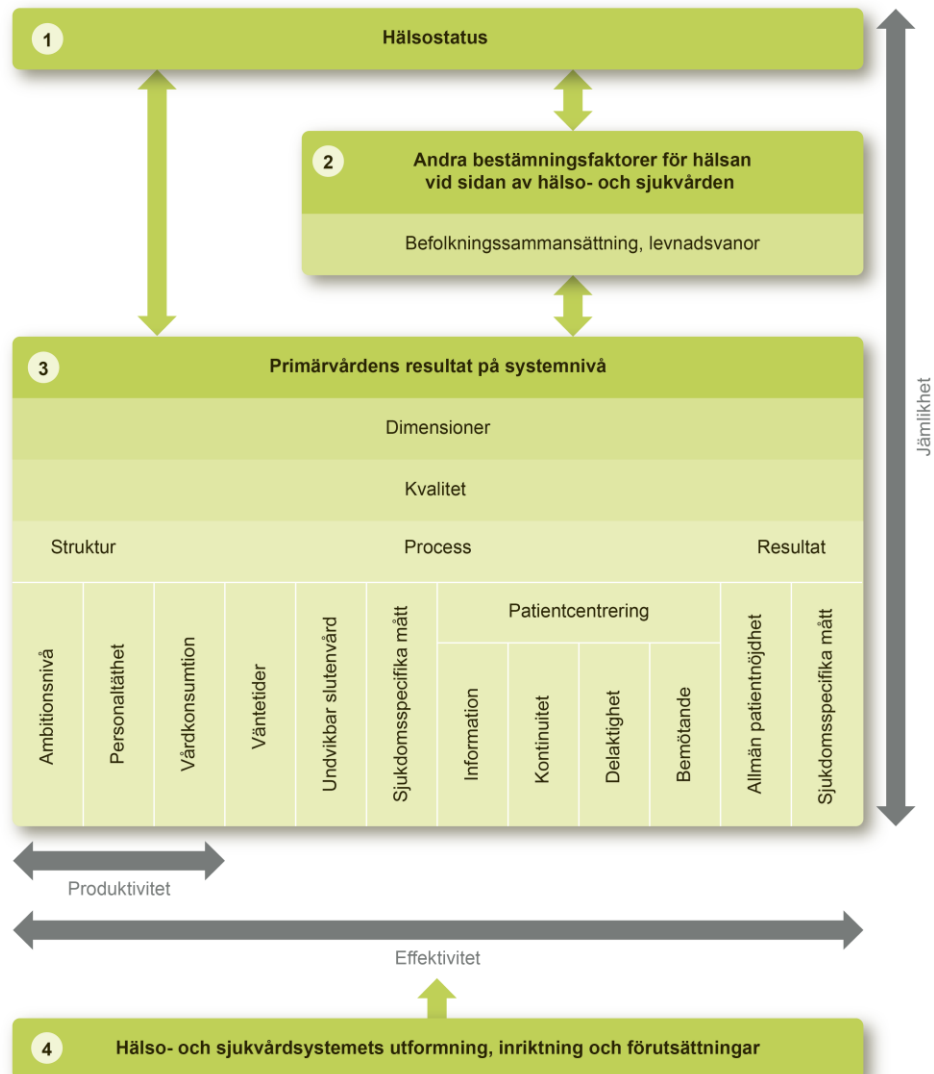
Då primärvården endast utgör en delmängd av hälso- och sjukvårdens samlade insatser är det exempelvis inte möjligt att bedöma primärvårdens enskilda påverkan på hälsan (det första steget i OECD:s modell). Vår ambition är i stället att anpassa det ovan nämnda ramverket så att det speglar primärvårdens verksamhet och påverkbara utfall. I relation till OECD:s ramverk tar vi således fasta på de delar som har bäring på primärvårdens resultat på systemnivå samt på hur primärvårdens utformning, inriktning och förutsättningar relaterar till dessa resultat.

I nästa steg delar vi även upp primärvårdens resultat i en rad underliggande dimensioner. Dessa baseras i sin tur på Donabedians (1966) klassiska uppdelning av hälso- och sjukvårdens kvalitet i tre dimensioner: struktur, process och resultat. Dimensionen strukturkvalitet ser till de villkor som omgärdar tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Här inkluderas exempelvis mått på resursanvändning och bemanning. Primärvårdens processer tar fasta på innehållet i vården och ser till de ändamålsenliga (eller olämpliga) aktiviteter som äger rum mellan vårdgivaren och patienten. Här inkluderas exempelvis mått på besöks- och kontaktmönster samt genomförda behandlingar. Resultatdimensionen ser slutligen till den betydelse som hälso- och sjukvårdsinsatser (eller frånvaron av dessa) har på individens nuvarande och framtida hälsostatus. Här inkluderas såväl subjektiva patientupplevelser av olika kvalitetsdimensioner som medicinska resultat avseende diabetesvård.

Indelningen tar också fasta på att de olika dimensionerna är inbördes relaterade. En kvalitativt god struktur antas i detta avseende skapa förutsättningar för processkvalitet, och dessa båda dimensioner skapar i sin tur förutsättningar för goda hälsorelaterade utfall. Det har även beskrivits som att resultatmåttan kan avspegla hela kedjan av de värdefulla insatser som utförs inom hälso- och sjukvården (Mutter och Romano 2004).

I analysen inkluderas även breda behovsindikatorer för att indikera att kvaliteten och jämlikheten i primärvårdens insatser endast bör ses och bedömas i relation till behoven. Det är exempelvis först efter att olika kvalitetsutfall kontrollerats för skillnader i behov som det är möjligt att bedöma om variationer mellan landsting beror på produktivitets- eller effektivitetsskillnader – och om skillnaderna kan vara omotiverade, det vill säga ses som ojämlig vård. I figur 1 ges exempel på de faktorer som inkluderas i beskrivningen.

Figur 1. Övergripande ramverk för studien.



1.1.1 Alla skillnader i vården är inte ojämlik vård

Vi kommer i den här rapporten främst att fokusera på jämlikhet mellan personer som bor i olika geografiska områden, och i viss mån jämlikhet utifrån kön och socioekonomiska förhållanden. Vår tolkning av jämlikhetsbegreppet tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § HSL). Enligt lagens förarbeten innebär en jämlik vård att bemötandet, vården och behandlingen ska vara jämlik och erbjudas alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning (prop. 1981/82:97, s. 28). I lagen regleras även att vården ska ge företräde till de patienter som har störst behov.

Formuleringarna hänvisar således till att vården ska infria målen om såväl horisontell som vertikal rättvisa. Med horisontell rättvisa avses att alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vertikal rättvisa innebär i stället att hälso- och sjukvården ska prioritera dem med störst behov av vård (Culyer och Wagstaff 1992).

Alla skillnader som observeras, vare sig det är mellan landsting eller mellan befolkningsgrupper, innebär dock inte att vården är ojämlik. Tvärtom är vissa skillnader en förutsättning för jämlik vård. Legitima skillnader kan exempelvis bero på att vården tar hänsyn till patienters önskemål, sjukdomens svårighetsgrad eller förekomsten av parallell läkemedelsbehandling och samsjuklighet. Det är först när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller individuella behov som vården är ojämlik. Därför måste man skilja på skillnader och olikheter å ena sidan, och ojämlik vård å andra sidan (Vårdanalys 2014a). Vid jämförande analyser som i den här rapporten bör man således fråga sig om det är troligt att det finns legitima skäl som kan förklara skillnaderna – och därmed om det är ett problem att skillnaderna finns. Så länge som denna bedömning inte låter sig göras är det svårt att uttala sig om huruvida skillnaderna också innebär att vården är ojämlik.

1.2 UPPLÄGG, KÄLLOR OCH KORT OM METOD

Denna studie avgränsas huvudsakligen till landstingens utformning av primärvården 2011–2015. Perioden har valts dels för att fokusera på så aktuella data som möjligt och dels för att kunna ge en så heltäckande bild av utvecklingen som möjligt. Förhållandena under basåret 2011 kommer därför ha särskild betydelse för utveckling över tid, vilket särskilt bör beaktas vid tolkningen.

Beskrivningen äger vidare rum på landstingsnivå, det vill säga vi jämför inte olika enheter inom primärvården, till exempel vårdcentraler, och fångar därför inte variationer inom landstingen. Förutom att geografiska variationer speglas, görs vissa jämförelser mellan befolkningsgrupper, exempelvis baserade på ålder och kön.

Den samlade utvecklingen för riket presenteras som ett ovägt rikssnitt. Det innebär att alla landsting påverkar rikets utveckling med lika vikt och inte utifrån befolkningsstorlek. För att kunna jämföra variationerna mellan landsting för indikatorer som mäts med olika skalor – såsom andelsmått kontra antalsmått – använder vi ett normaliserat variationsmått, den så kallade variationskoefficienten – se faktaruta.

Genom jämförelserna mellan landsting kan vi huvudsakligen identifiera geografiska skillnader på populationsnivå. Dessa kan i sin tur bero på en rad bakomliggande faktorer, exempelvis olika behov, strukturella förutsättningar, skillnader i ambitionsnivå och effektivitet. För att närma oss frågan om huruvida eventuella skillnader mellan landsting kan ses som produktivitets- eller effektivitetsskillnader, och om dessa kan sägas vara omotiverade, har vi försökt att kontrollera för skillnader i befolkningens behov. Eftersom vi endast har begränsad möjlighet att korrigera för dessa faktorer är det viktigt att skillnaderna tolkas med försiktighet. Dessutom utgår vi endast från befintliga datakällor över olika dimensioner av primärvårdens verksamhet.

Variationskoefficienten.

För att beskriva skillnader mellan landsting använder vi den så kallade variationskoefficienten. Variationskoefficienten är en normaliserad standardavvikelse och uttrycker standardavvikelsen som procentandelar av medelvärdet. Den gör alltså standardavvikelser på olika skalor jämförbara, och är därför användbar för att jämföra variationen mellan olika mått. En större variationskoefficient innebär större skillnader.

Om exempelvis ett mått har en variationskoefficient på 5 procent och ett annat mått en koefficient på 10 procent är den samlade variationen större i det senare måttet. Men själva värdet är svårt att tolka isolerat. I exemplet betyder värdet på koefficienten *inte* att skillnaderna mellan högsta och lägsta värde är 5 respektive 10 procent. Variationskoefficienten tar i stället hänsyn till hela fördelningen och inte endast ytterligheterna. I beräkningen använder vi oss av resultaten på landstingsnivå, det vill säga vi beräknar genomsnitt och standardavvikelse på de 21 landstingsresultaten.

Sammanfattningsvis utgörs de huvudsakliga datakällorna av:

- SKL:s verksamhets- och ekonomistatistik
- SCB:s uppgifter om demografiska förhållanden samt utjämningsystem
- Nationell Patientenkät för primärvård
- Vårdbarometern
- International Health Policy Survey
- olika medicinska kvalitetsregister med bäring på primärvård.

Flertalet av dessa uppgifter har hämtats från databasen Kolada. I tillägg till detta genomförde vi 2016 en enkät bland samtliga landsting avseende primärvårdens övergripande organisation. Denna innehåller huvudsakligen frågor kring avtal, kontraktsformer, ersättningssystem och bemanningssituation.

1.3 BESKRIVNINGEN BASERAS PÅ INDIKATORER OCH SAMMANVÄGDA INDEX

I visa fall väger vi samman flera indikatorer till index inom olika dimensioner för att få en överblick över primärvårdens verksamhet. Vid användning av index föreligger dock en rad metodologiska ställningstaganden. Indikatorerna måste till att börja med uttryckas i samma enhet. Det finns en rad metoder för att standardisera och normalisera variabler i syfte att göra dem jämförbara. Eftersom indexen kan innehålla indikatorer där den önskvärda riktningen är såväl att värdet minimeras som att det maximeras, måste ytterligare transformeringar ske.

En central aspekt vid indexkonstruktion är även vilken relativ betydelse de olika ingående indikatorerna ska ges. Idealt skulle det relativa marginella värdet i nytto- eller hälsotermerna för en ytterligare enhet för de olika indikatorerna vara känd. Vid frånvaron av

denna information finns det ingen given metodik kring att vikta samman indikatorer till index. En väsentlig frågeställning gäller om alla indikatorer ska ges samma vikt eller om vissa indikatorer har större betydelse än andra.

Ett alternativ utgörs av statistiska metoder där samvariationen mellan olika indikatorer styr viktningen. Det kan exempelvis föreligga positiva korrelationer mellan olika indikatorer, vilket i sin tur avspeglar underliggande förhållanden kring befolkningens hälsostatus. I de fall vi skapar sammanvägda index använder vi av förenklings- och pedagogiska skäl lika vikter för de underliggande indikatorerna.

1.4 RAPPORTENS DISPOSITION

Rapporten är uppbyggd kring det ramverk som presenterades i figur 1. Kapitel 2 beskriver hur primärvårdens utformning och inriktning ser ut i olika landsting. Därefter redovisas i kapitel 3 en översiktlig sammanfattning av hur befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov har utvecklats nationellt och i olika landsting 2011–2015. I kapitel 4 redovisas hur primärvårdens strukturkvalitet har utvecklats under motsvarande tidsperiod. Geografiska skillnader relaterade till både primärvårdens kostnader, personalresurser och läkemedelsanvändning beskrivs. Kapitel 5 redogör för hur primärvårdens processkvalitet har utvecklats över tid och skiljer sig mellan olika landsting. I detta kapitel beskrivs även hur vårdutnyttjande och väntetider fördelar sig mellan olika befolkningsgrupper. I kapitel 6 redogör vi för hur primärvårdens resultatqualität har utvecklats och varierar mellan olika landsting. Därtill beskrivs hur olika befolkningsgrupper bedömer vårdens kvalitet. I kapitel 7 beskrivs, slutligen, hur vissa utfall av systemkaraktär – såsom produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården – har utvecklats över tid. Dessutom analyseras huruvida landstingens utformning av primärvården har samband med primärvårdens tillgänglighet, produktivitet och befolkningens förtroende för vården.

2 Utformning och inriktning

I det här kapitlet beskrivs skillnader i primärvårdens utformning och inriktning mellan landsting – huvudsakligen vad gäller organisation och styrning – som kan tänkas påverka primärvårdens utfall. Genomgången visar att det finns stora skillnader mellan landstingen i hur primärvårdens uppdrag har formulerats, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går. Sammantaget finns det en uppsjö av kontrakts- och styrformer i primärvården. Därför är det svårt att på ett enhetligt sätt jämföra innehåll och omfattning i landstingens primärvårdsutbud. Det finns också stor variation vad gäller primärvårdsmottagningarnas ersättningssystem, patientavgifternas storlek, vilka remisskrav som gäller för att besöka specialistvård samt tillgången till primärvård kvällar och helger. Även andelen privata primärvårdsmottagningar varierar stort liksom antalet nyetableringar.

2.1 SVÅRT ATT FÅ EN TYDLIG BILD AV PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG OCH HUR DET ÄR ORGANISERAT

Styrningen av den svenska primärvården är decentraliserad. Hälso- och sjukvårdslagen och andra författningar detaljreglerar inte vilken typ av vård som primärvården ska ge eller hur vården ska organiseras. Med utgångspunkt i principen om den kommunala självstyrelsen (14 kap. 2 § regeringsformen [1974:152]) har landstingen relativt stort utrymme att utforma vården efter lokala förutsättningar och befolkningens behov (se även 7 kap. 2 § HSL). Det är alltså inte exakt reglerat vad som är primärvård och vilka uppdrag som primärvårdsmottagningarna ska ansvara för.

En kartläggning från Socialstyrelsen (2016a) visar att det finns vad de kallar för en ”kärnverksamhet” inom primärvården, som samtliga landsting har formulerat som ett grunduppdrag för primärvårdsmottagningar inom vårdvalet. Dessa uppdrag omfattar således alla Sveriges mottagningar. Den gemensamma kärnan består av (Socialstyrelsen 2016a, s. 7):

- ”mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.”

Men det finns skillnader när det gäller på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade, deras omfattning samt vilka krav som landstingen ställer på personalens kompetens (Socialstyrelsen 2016a). En majoritet av landstingen har även uttalade krav på att primärvårdsmottagningarna inom grunduppdraget ska ge vaccinationer, utföra hälso-

undersökningar för asylsökande samt tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning och utbildningsplatser för de professioner som är verksamma vid mottagningen. Normalt ingår även läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård som en del av primärvårdsmottagningarnas grunduppdrag. Stockholms läns landsting är här ett undantag, eftersom landstinget inte har överlåtit ansvaret för hemsjukvården till kommunerna. Därför ingår den basala hemsjukvården i sin helhet – inte endast läkarinsatser – i husläkarmottagningarnas uppdrag i Stockholm.

Vissa landsting har dessutom egna vårdval för rehabilitering eller psykosociala insatser, samtidigt som insatserna ingår i grunduppdraget till mottagningarna i någon form (tabell 1). Även när det gäller barnhälsovård, medicinsk fotvård, mödrahälsovård och ungdomsmottagning finns skillnader i hur landstingen valt att organisera uppdragen. I vissa fall är verksamheten en del av grunduppdraget för alla primärvårdsmottagningar inom vårdvalet. I andra fall får vissa mottagningar uppdragen genom separata vårdval eller tilläggsuppdrag. Det förekommer också att uppdrag enbart ligger på primärvårdsmottagningar i egen regi. Därutöver kan vissa verksamheter vara en del av den öppna specialistvården i stället för primärvården. Vissa landsting kombinerar dessutom olika sätt att organisera uppdragen, därför summerar inte raderna till 21 i tabellen nedan.

Tabell 1. Verksamheter som landstingen har valt att organisera på olika sätt.

Verksamhet	Grunduppdrag vårdval	Separat vårdval	Tilläggsuppdrag	Egen regi primärvård	Annan öppen specialistvård	Uppgift saknas eller har ej kunnat tolkas
Rehabilitering	21	4	4			
Psykosociala insatser	21	1	3			
Barnhälsovård	15	3	3			
Medicinsk fotvård	11	2	3	1	3	2
Mödrahälsovård	8	3	3	2	6	1
Ungdomsmottagning	2	0	3	8	5	4

Not: Alla rader summerar inte till 21 eftersom vissa landsting kombinerar olika sätt att organisera uppdragen. Redovisningen bygger delvis på Vårdanalys enkät där landstingen själva har lämnat information. Hur uppdraget organiseras i praktiken kan skilja sig från denna sammanställning.

Källa: Socialstyrelsen 2016a och kompletteringar från Vårdanalys enkät bland landsting 2016.

Sammanfattningsvis tyder kartläggningen på att det finns stora skillnader i primärvårdens utformning, dels beträffande vilka uppdrag som landstingen betraktar som primärvård, dels gällande hur befintliga primärvårdsuppdrag organiseras. Det betyder att vi inte kan tala om *en* primärvårdsmodell utan snarare 21 stycken, där bredden på vårdcentralernas grunduppdrag skiljer sig åt. Baserat på vår kartläggning kan vi konstatera att Stockholm och Skåne har de smalaste, eller mest avgränsade, grunduppdragen för primärvårdsmottagningarna. I dessa landsting ingår inte någon av verksamheterna som redovisas i tabell 1 fullt ut i mottagningarnas grunduppdrag. I stället bedrivs delar av uppdragen på andra sätt till

exempel inom ramen för separata vårdval. Detta kan jämföras med Västernorrland, Västerbotten, Norrbotten, Jämtland och Dalarna där alla verksamheter, utom ungdomsmottagningar, ingår i primärvårdsmottagningarnas grunduppdrag. En jämförelse med en tidigare kartläggning av Anell med flera (2012) visar att uppdragens utformning har varit relativt stabila över tiden – se bilaga 1 för en sammanställning av vilka uppdrag som ingår i landstingens grunduppdrag.

2.2 UTBUDSFÖRÄNDRINGAR I SAMBAND MED VALFRIHETSREFORMER

De vårdvalsreformer som introducerades 2007 i några landsting, och som lagstodades 2010, innebär att samtliga landsting ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster (7 kap. 3 § HSL, lag om valfrihetssystem 2008:962). Reformerna har även till viss del förändrat principerna för fördelning av resurser inom primärvården. Den tidigare principen var att landstingen som huvudmän uppskattade behovet av vård inom geografiska områden och fördelade resurser utifrån dessa uppskattningar. Det innebar att alla individer inom ett geografiskt upptagningsområde erhöll vård från vårdcentraler inom området och att valfrihet saknades eller begränsades. Resursfördelningen påverkades inte av patienternas önskemål om val och utrymme för medborgarnas egna preferenser var begränsat. Med vårdvalsreformerna har marknadsmekanismer införts såtillvida att medborgarnas preferenser getts ett visst utrymme för fördelningen av resurser och genom en friare – men fortsatt reglerad – etablering av vårdcentraler. Detta har bland annat medfört att produktionen av vårdtjänster inom primärvården i privat regi ökat väsentligt.

2.2.1 Antalet vårdcentraler har ökat nationellt men flest nyetableringar i tätbefolkade områden

Vårdvalet i primärvården har införts vid olika tidpunkter i olika landsting. De första reformerna skedde på initiativ av enskilda landsting. Region Halland var först ut med att införa vårdval redan 2007. Samma utveckling skedde sedan i Stockholm och Västmanland 2008 och i ytterligare fem landsting 2009. Resterande landsting införde vårdval i samband med att det blev obligatoriskt (Vårdanalys 2015a).

Centrala målsättningar med införandet av vårdval har varit att stärka patientens roll som aktör och att öka tillgängligheten samt mångfalden av utförare. Den ökade konkurrensen mellan vårdgivare förväntas i sin tur leda till förbättrad tillgänglighet och patientupplevd kvalitet (Le Grand 2007). Men det är fortfarande en öppen fråga om så sker i realiteten (Winblad m.fl. 2015). De första åren efter att vårdval introducerades sågs en kraftig ökning av antalet vårdcentraler. Men efter 2011 märks i stället en trend där antalet vårdcentraler återigen minskar. Totalt minskade antalet vårdcentraler med nära 4 procent mellan 2011 och 2015 (tabell 2).

Vi kan också konstatera att det finns stora regionala skillnader i primärvårdsmottagningarnas etableringsmönster. Nyetableringarna har främst skett i storstäder och andra områden med hög inflyttning (Konkurrensverket 2010, 2012, Glenngård 2015). Framför allt de befolkningstäta landstingen samt landsting i södra Sverige har haft en

påtaglig ökning, medan antalet vårdcentraler är relativt oförändrat i flera landsting i norra Sverige (Vårdanalys 2015a).

Tabell 2. Antalet vårdcentraler 2011–2015

	Annan vårdgivare	Egen regi	Totalt
2011	497	700	1197
2012	473	685	1158
2013	479	677	1156
2014	478	679	1157
2015	482	668	1150
Procentuell förändring 2011–2015	-3,0%	-4,6%	-3,9%

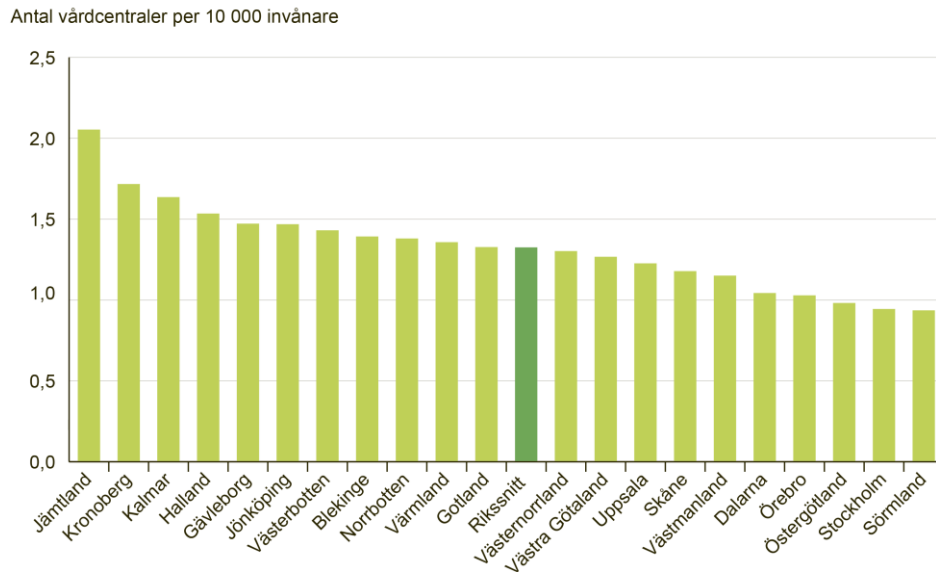
Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

Det innebär att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl. Men enligt Tillväxtanalys beräkning, som utgår från bredare behovsaspekter än enbart befolkning, skulle det behövas fler mottagningar i glesbygd för att upprätthålla en god tillgänglighet (Konkurrensverket 2010).

Riksrevisionen (2014) har också kartlagt etableringsmönstren i samband med vårdvalsreformen. Kartläggningen visar att nyetableringar samvarierar positivt med områdets befolkningstäthet, medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år. Nedläggningar har i stället i större utsträckning skett i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar eller lägre medelinkomst. Sammantaget pekar det på att nyetableringarna främst ägt rum i områden med god tillgänglighet sedan tidigare och i områden med fördelaktig socioekonomisk profil.

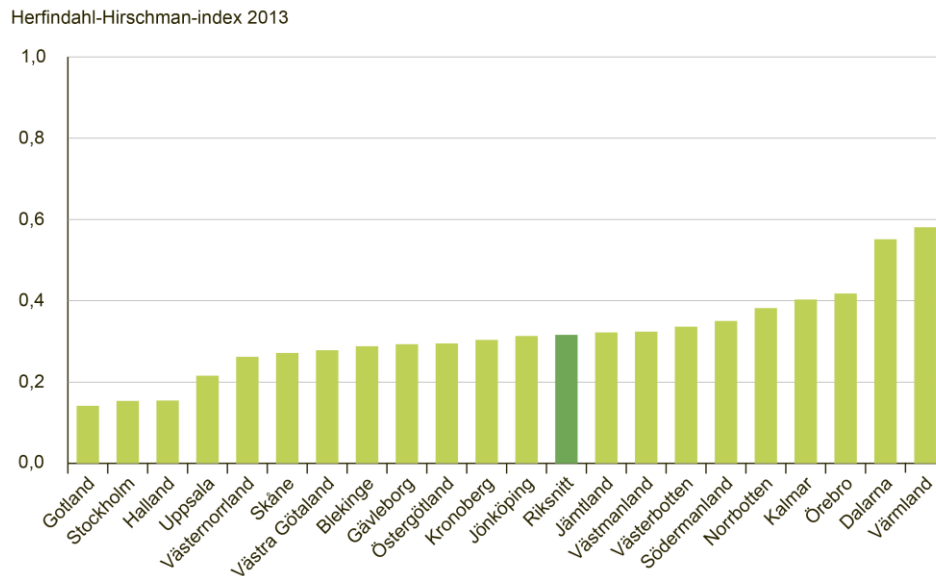
Om man ser till det genomsnittliga antalet vårdcentraler per invånare åren syns stora regionala skillnader (figur 2). Graden av konkurrens mellan vårdgivare skiljer sig dessutom åt beroende på var man bor i landet. Ett mått på konkurrens är det så kallade Herfindahl–Hirschman-indexet (HHI) som visar i vilken omfattning utbudet av en tjänst koncentreras till enskilda producenter, i vårt fall enskilda primärvårdsmottagningar. Indexet har värdet ett (1) vid monopol och faller allteftersom fler producenter etablerar sig på marknaden. Vid värdet noll (0) råder perfekt konkurrens, vilket innebär att det finns många vårdcentraler som var och en bara har en liten marknadsandel. Konkurrensgraden, mätt som HHI, varierar kraftigt mellan landsting (figur 3). Störst konkurrens verkar finnas i Gotland, Stockholm och Halland enligt denna skattning, medan situationen i Värmland präglas av väsentligt mindre konkurrens. Marknadsandelen har beräknats som hur stor andel varje mottagning har av det totala antalet listade personer inom varje enskild kommun. Konkurrensgraden per kommun har sedan viktats upp till landstingsnivå utifrån kommunens relativa befolkningsstorlek – se bilaga 2 för en utförligare beskrivning av hur HHI har beräknats.

Figur 2. Antal vårdcentraler per 10 000 invånare, genomsnitt 2011–2015.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

Figur 3. Konkurrens mellan primärvårdsmottagningar, per landsting.



Not: Värdet 0 innebär perfekt konkurrens och 1 innebär monopol.

Källa: Sanocore AB 2013; egna beräkningar.

2.2.2 Ökad andel privat primärvård men det finns fortfarande skillnader mellan landsting

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården där den privata andelen av verksamhetens totala omsättning är störst. År 2015 var landstingens köp från privata företag knappt 30 procent av nettokostnaderna i primärvården (tabell 3). I genomsnitt har andelen köp av privat vård ökat med 3 procentenheter sedan 2011. Samtidigt har variationskoefficienten endast minskat från 48 procent till 44 procent under samma period, vilket visar att det fortfarande finns stora regionala skillnader beträffande andelen privat vård. År 2015 var andelen som störst i Stockholm med 53 procent och som minst i Jämtland och Härjedalen med 12 procent.

Tabell 3. Köp av privat primärvård som andel av nettokostnad, procent.

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Rikssnitt	25%	26%	27%	28%	28%	12%
Variationskoefficient	48%	45%	43%	45%	44%	-8%
Min	10%	13%	14%	13%	12%	20%
Max	53%	51%	51%	53%	53%	0%

Not: Kostnader beräknas exklusive läkemedel.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

2.2.3 Inga större förändringar i kostnadsandelar för utomlänsvård

Sedan den 1 januari 2015, när den nya patientlagen trädde i kraft, har patienter rätt att söka primärvårdstjänster samt övrig offentligt finansierad öppenvård i hela landet, det vill säga inte bara i sitt eget hemlandsting (9 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). En ökad rörlighet skulle således avspeglade sig i att landstingens köp av vård från andra landsting ökar. Tabell 4 redovisar landstingens köp av verksamhet från andra landsting i relation till deras nettokostnader. Tabellen redovisar dessa andelar, dels enbart med hänsyn till öppenvård, dels totalt sett. Primärvården utgörs i princip endast av öppenvård och därför är nivåerna desamma.

Tabellen visar att kostnadsandelen för köp av vård från andra landsting varit relativt konstant 2012–2015, vilket indikerar att patientlagens bestämmelse som ger patienter utökade möjligheter att välja ännu inte fått något större genomslag. Kostnaden för köp av primärvård från andra landsting utgör exempelvis mindre än 1 procent under hela perioden. Detta kan jämföras med motsvarande andel i den specialiserade öppenvårdspsykiatrin, cirka 2 procent, och den specialiserade somatiska öppenvården där kostnaden är runt cirka 3,5 procent.

Tabell 4. Köp från landsting i relation till nettokostnader.

Köp från landsting i relation till nettokostnad	2012	2013	2014	2015
Öppen primärvård	0,71%	0,68%	0,67%	0,70%
Primärvård totalt	0,71%	0,68%	0,67%	0,69%
Öppen specialiserad vård psykiatrisk vård	1,74%	1,83%	1,95%	2,03%
Specialiserad psykiatrisk vård totalt	3,24%	3,17%	3,12%	3,24%
Öppen specialiserad somatisk vård (ej slutenvård)	3,70%	3,57%	3,47%	3,39%
Specialiserad somatisk vård totalt	5,99%	5,75%	5,66%	5,74%

Not: Beräkning är baserad på uppgifter om nettokostnader inklusive läkemedel samt köp från landsting.

Källa: SCB – Räkenskapsammandrag för kommuner och landsting.

2.3 LANDSTINGENS VÅRDVALSMODELLER ÄR LÅNGT IFRÅN ENHETLIGA

Det som huvudsakligen regleras i den nationella lagstiftningen om vårdval är att patienterna ges rätt att välja vårdcentral i primärvården och att ersättningen till vårdgivare kopplas till patientvalet. Vårdgivare har i sin tur fri rätt att etablera sig i ett landsting, givet att de uppfyller landstingens etableringskrav. Lagen ger dock utrymme för huvudmännen att i stora delar själva utforma vårdvalet. Landstingen har till exempel ansvaret för att utforma ersättningssystem, listningsregler, åtaganden och kvalitetskrav med mera. Utformningen av landstingens vårdvalsmodeller är således långt ifrån enhetlig. Skillnaderna i systemen kan i sin tur påverka förutsättningarna för vårdgivare att etablera sig i landstinget.

2.3.1 Kapitering utgör huvuddelen av ersättningen i samtliga landsting

Forskning tyder på att det i praktiken inte finns evidens för en enskild optimal princip för hur vårdgivare ska ersättas (McGuire 2011, Anell 2015). Det beror på att alla ersättningsprinciper har sina för- respektive nackdelar. Så kan till exempel en ersättningsprincip ge goda förutsättningar för kostnadskontroll men samtidigt skapa svaga incitament för en hög tillgänglighet – se faktaruta för vidare beskrivning. Därför rekommenderar litteraturen ofta att ersättningssystemet ska bestå av en kombination av flera ersättningsprinciper för att kompensera för oönskade effekter av enskilda principer (Brosig-Koch m.fl. 2015).

Ser vi till ersättningssystemens utformning inom vårdvalet för primärvården har landstingen generellt tillämpat en kombination av fast ersättning per listad individ (kapitering), rörlig ersättning kopplad till besök eller åtgärd samt målrelaterad ersättning, som huvudsakligen utgör en rörlig ersättning kopplat till uppfyllande av olika kvalitetsaspekter, exempelvis tillgänglighetsmål (Lindgren 2014). En skillnad mellan landstingen har dock bestått i hur stor del av ersättningen som är fast (baserad på kapitering) respektive rörlig (knuten till aktiviteter) (figur 4).

Exempel på några ersättningsprincipers effekter utifrån ett teoretiskt perspektiv

I teorin kan det råda ett motsatsförhållande mellan exempelvis god kostnadskontroll och patientcentrerade mått, såsom god tillgänglighet. En rörlig ersättning, det vill säga som är kopplad till antalet besök eller åtgärder, styr i detta avseende mot ökad produktion, och därmed exempelvis mot högre tillgänglighet, medan kapitering ger bättre kostnadskontroll (Jacobsson 2007). Vidare kan rörlig ersättning skapa incitament för vårdproducenten att genomföra insatser som inte är strikt nödvändiga, eftersom ett besök eller en aktivitet ger högre ersättning (Jacobsson 2007). Men den rörliga ersättningen kan också medföra att vården bättre anpassas efter patienternas individuella behov och preferenser jämfört med kapitering.

Kapitering kan däremot uppmuntra vårdproducenten till låg produktion och låga kostnader för att maximera överskottet, vilket i sin tur indirekt kan leda till sämre kvalitet och lägre fokus på patienterna (Jacobsson 2007). Däremot skapar kapitering ett tydligare ansvar för de listades eller befolkningens hälsa, eftersom mottagningen får ersättning per listad patient. Det kan i sin tur skapa incitament till förebyggande åtgärder och ett tydligare koordineringsansvar (Grefß m.fl. 2006).

Ur ett teoretiskt perspektiv kan både besöksersättning och kapitering leda till att vårdproducenter prioriterar mer lönsamma – vanligtvis friskare – patienter (Jacobsson 2007). Ett sätt att motverka patientselektion är att ersättningen behovsjusteras.

År 2016 utgjorde den fasta ersättningen, den så kallade kapiteringen, 90 procent eller mer av den totala ersättningen i åtta landsting (SKL 2016a). Stockholm och Uppsala hade den lägsta andelen kapitering, ungefär 60 procent. Om man studerar hur ersättningsprinciperna har utvecklats över tid så har andelen kapitering sammantaget ökat från i genomsnitt 80 procent till 84 procent för riket 2013–2016 (SKL 2016a, Lindgren 2014). I åtta landsting har andelen fast ersättning ökat med mer än 5 procentenheter sedan 2013, som mest i Stockholm där andelen ökat från 40 till 60 procent. I tio landsting har däremot kapiteringen varit i stort sett oförändrad. Endast i tre landsting har kapiteringen minskat med mer än 5 procentenheter.

Figur 4. Ersättningsprinciper i landstingens primärvård 2016.



Not: Uppgifterna baseras på en enkät där SKL bad landstingen att uppskatta hur ersättningen procentuellt fördelas enligt olika principer. Hur ersättningen fördelas i praktiken kan således avvika från denna sammanställning.

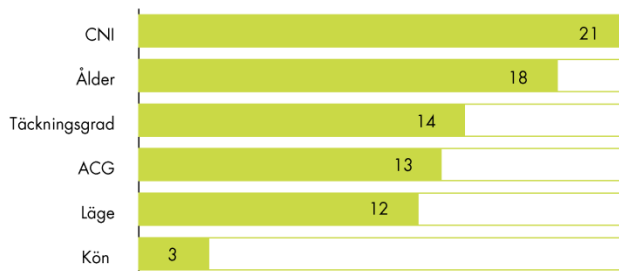
Källa: SKL 2016.

Det finns även regionala skillnader i hur landstingen justerar kapiteringen för att spegla befolkningens förutsättningar eller vårdtyngd, det vill säga omfattningen av deras vårdbehov (figur 5). Under 2016 använde alla landsting behovsjustering utifrån socioekonomiska förutsättningar med hjälp av ett så kallat CNI-index. Men andelen ersättning som justeras utifrån socioekonomiska förutsättningar varierar stort, mellan 5 och 30 procent av kapiteringsersättningen. De flesta landsting justerar också ersättningen efter mottagningarnas geografiska läge, de listade patienternas ålder, samt vårdtyngd baserat på diagnosklassificeringen ACG, Adjusted Clinical Groups – se faktaruta nedan.

Det finns även landsting som justerar primärvårdens ersättning efter hur många besök de listade patienterna gör i den övriga öppenvården eller i akutvården (så kallad

täckningsgrad). Denna justering är en form av kostnadsansvar för mottagningarna, eftersom deras ersättning justeras i efterhand om de listade patienterna har besökt specialistvården eller akutmottagningen på ett sjukhus.

Figur 5. Justeringsgrund vid anpassning av primärvårdens fasta ersättning (kapitering) 2016, antal landsting.



Källa: SKL 2016.

Ersättning genom Adjusted Care Group (ACG) och Care Need Index (CNI) ska kompensera för förväntat resursutnyttjande

Adjusted Clinical Groups, ACG, är en diagnosbaserad metod som används för att uppskatta en populations tidigare och framtida vårdbehov. Genom att koppla ACG till ersättningen är tanken att kompensera för förväntat resursutnyttjande. Diagnoshistorik inhämtas från slut- och öppenvårdsregister för en viss tidsperiod, vanligen mellan 12 och 24 månader, och justeras för ålder och kön (Glenngård 2015).

Care Need Index, CNI, skattar förväntat vårdbehov utifrån socioekonomiska och demografiska faktorer. De socioekonomiska och demografiska faktorer som CNI bygger på är: arbetslöshet, flera barn under 5 år, född utanför EU, ensamstående med barn under 17 år, ensamstående över 65 år, att ha flyttat senaste året samt låg utbildning. I Sverige sammanställer SCB, CNI för samtliga landsting (Glenngård 2015).

Vi ser också skillnader i andelen rörlig ersättning till mottagningarna och hur denna ersättning har utformats. Vissa landsting anpassar ersättningen efter vilken yrkeskategori som patienten besökt. I Stockholm är till exempel ersättningen för ett läkarbesök högre än för ett sjuksköterskebesök.

Den målrelaterade ersättningens andel av den totala ersättningen uppgår som mest till 5 procent av den totala ersättningen och ligger i genomsnitt på cirka 2 procent. Även antalet mål varierar stort mellan landsting: från 1 till 34 mål. Sedan 2013 har den målrelaterade ersättningen minskat i betydelse genom att antalet mål och ersättningens andel av den totala ersättningen minskat i de flesta landsting (SKL 2016a, Lindgren 2014). Halland och Värmland har till exempel helt frångått denna ersättningsprincip.

2.3.2 Vanligt att primärvårdsmottagningar har kostnadsansvar för otrohetsbesök och läkemedel

Ersättningssystemets direkta utformning utgör dock inte ensamt primärvårdsmottagningarnas ekonomiska förutsättningar. En relaterad del gäller även vad ersättningen ska räckta till, det vill säga vilket kostnadsansvar mottagningarna har för utgifter utöver sina direkta behandlingskostnader.

Vi har kartlagt hur olika landsting har utformat kostnadsansvaret. Sammanställningen visar på stora regionala skillnader (Tabell 5). I samtliga landsting utom tre har mottagningarna kostnadsansvar för så kallade otrohetsbesök. Det innebär att den primärvårdsmottagning som en patient är listad hos har kostnadsansvaret för besök som patienten gör hos andra primärvårdsmottagningar i det egna landstinget. Hälften av landstingen har också kostnadsansvar för motsvarande besök i andra landsting. Lika vanligt är kostnadsansvar för besök som sker hos läkare i allmänmedicin som finansieras via nationell taxa.

Tabell 5. Antal landsting med olika former av decentraliserat kostnadsansvar till primärvårdsmottagningen.

Kostnadsansvar decentraliserat till primärvårdsmottagning	Antal landsting
Besök hos annan primärvårdsmottagning i landstinget	18
Besök hos annan primärvårdsmottagning i annat landsting	10
Besök hos läkare i allmänmedicin via nationella taxan	11
Allmänläkemedel	17
Medicinsk service	19**
AT- och ST-läkare	9*

Not: * Frågan har besvarats av 20 landsting. ** Frågan har besvarats av 19 landsting. AT-läkare är läkare som ännu inte fått sin legitimation.

Källa: Vårdanalys enkät till landstingen 2016.

Ett decentraliserat kostnadsansvar är också dominerande när det gäller allmänläkemedel. Tre landsting utmärker sig dock genom att kostnaderna för läkemedel hanteras samlat för hela primärvården. När det gäller medicinsk service – till exempel röntgenundersökningar eller vissa laboratorieanalyser – har samtliga primärvårdsmottagningar ett kostnadsansvar. Däremot finns variationer i hur kostnadsansvaret för utbildning av AT- och ST-läkare hanteras mellan landstingen.

Sammantaget utmärker sig Kalmar, Örebro, Gotland och i synnerhet Sörmland genom att mottagningarna här har ett relativt snävt kostnadsansvar. I Sörmland ansvarar mottagningarna exempelvis endast för kostnaderna för medicinsk service. Det finns även landsting där mottagningarna har ett bredare kostnadsansvar. I exempelvis Skåne och Jönköping ansvarar de för samtliga områden som beskrivits i tabell 5 ovan.

2.3.3 I många landsting är egenavgiften densamma för besök i primärvården och i annan specialistvård

Varje landsting kan även besluta om patientavgifter (17 kap. HSL). I de flesta landsting är vård av barn och ungdomar upp till 18–25 års ålder avgiftsfri. Även besök hos barnavårdscentral, mödravårdscentral samt barn- och ungdomspsykiatri är som regel avgiftsfria (SKL 2017). Dessutom är besök i öppen hälso- och sjukvård avgiftsfria för personer som är 85 år och äldre. För vuxna är avgiften för att besöka den primärvårdsmottagning där de är listade vanligtvis 150–200 kr, men skillnaderna i avgift är stor mellan landstingen: 0–300 kr (SKL 2017).

Drygt hälften av landstingen har valt att ha olika avgifter beroende på om patienten besöker primärvården, någon annan öppen specialistmottagning eller en akutmottagning. I dessa landsting är avgiften lägst för besök i primärvården medan avgiften för besök på akutmottagning varierar mellan 300 och 420 kr. Sex landsting har samma egenavgifter, oavsett om patienten besöker primärvården, specialistvården eller sjukhusets akutmottagning. Besök under jourtid i primärvården innebär lägre avgifter för patienten jämfört med besök på akutmottagning i elva landsting.

2.3.4 Drygt hälften av landstingen har inte remisskrav till specialistvården, men osäkert vad som gäller i praktiken

En genomgång av landstingens remisskrav från SKL (2016b) visar att fler än hälften av landstingen idag inte har några remisskrav till specialistvården. Andra landsting ställer specifika remisskrav på ett eller flera områden, till exempel Stockholm och Uppsala. Däremot finns det inte något landsting som har ett generellt remisskrav till den specialiserade öppenvården (bilaga 7).

Men utvecklingen i landstingen pekar åt olika håll. Fem landsting har skärpt sina remisskrav över tid och fyra har tagit bort de formella remisskraven. Vårdanalys har dock tidigare pekat på att det förekommer informella remisskrav, där vissa verksamheter ställer krav på remiss trots att landstinget inte redovisar detta (Vårdanalys 2017a och 2017b).

2.3.5 Inte alla landsting kräver att primärvårdsmottagningarna ska ha öppet efter kontorstid utöver jourmottagningar

Vårdanalys landstingsenkät visar att långt ifrån alla landsting kräver att primärvårdsmottagningarna ska ha öppet även efter ordinarie kontorstid, utöver jourmottagningar. Endast elva landsting har uppgett att de har primärvårdsmottagningar som har öppet på kvällar eller helger. Bara ett av dem kunde ange hur många mottagningar som hade helgöppet och tre kunde ange hur många som hade kvällsöppet. Insatser under jourtid organiseras som regel via kollektiva lösningar, exempelvis genom att jourmottagningarna bemannas solidariskt av primärvårdsmottagningarna utifrån nyttjandegrad. I fler än hälften av landstingen har mottagningarna kostnadsansvar för sina listade patienter som besöker primärvårdens jourmottagning. Det förekommer även "straffavgifter" för besök på sjukhusens akutmottagning i fem landsting. Samtidigt finns det lokala variationer i hur primärvårdens öppettider, akutuppdrag och jourberedskap ser ut.

Vårdanalys studier har tidigare visat att patientens upplevelser av primärvårdens tillgänglighet på kvällar och helger är betydligt sämre än vad primärvårdsläkarna anger (Vårdanalys 2015b och 2016). Endast en av fyra tillfrågade i befolkningen upplevde att det var mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger, utan att besöka akutsjukvården. Samtidigt svarade tre av fyra primärvårdsläkare att deras patienter hade någonstans att vända sig efter kontorstid.

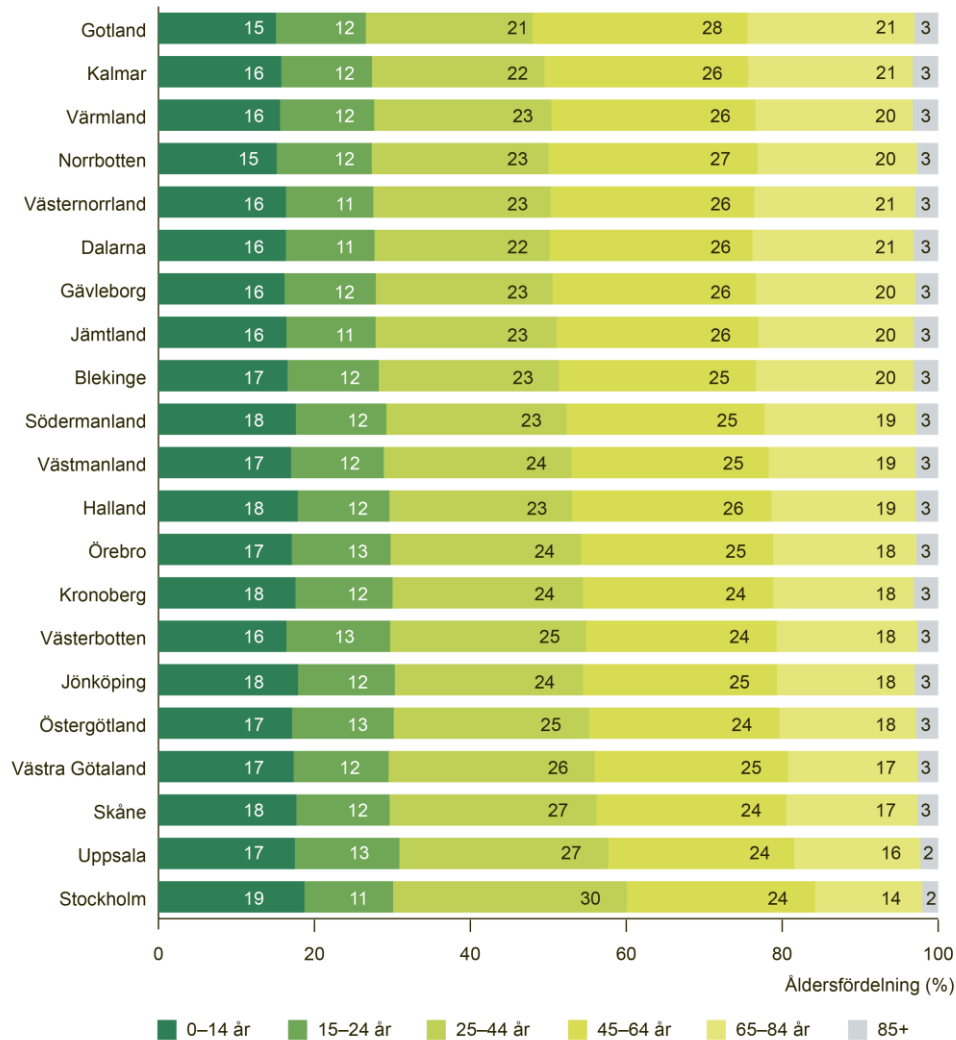
3 Behovsbild och geografiska olikheter

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet, vars kostnader och resultat påverkas av en mängd samverkande faktorer. Vid sidan av hälso- och sjukvårdens insatser påverkas hälsoutfallet för enskilda patienter av såväl hens underliggande hälsostatus som sociala omständigheter, levnadsförhållanden och hälsobeteenden. Skillnader i yttre förutsättningar, till exempel geografiskt avstånd till närmaste sjukhus, kan i sin tur påverka de resurser som tas i anspråk inom vården.

Att korrigera för yttre faktorer som landstingen inte kan påverka samt skillnader i befolkningens behov är centralt för att rättvisande jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet ska kunna genomföras. Det finns dock inget enskilt mått som sammanfattar vårdbehoven på befolkningsnivå eller olikheter i yttre förutsättningar som landstingen inte kan påverka. I detta kapitel beskriver vi därför översiktligt ett antal demografiska faktorer som kan påverka befolkningens behov och efterfrågan på primärvård i olika landsting, exempelvis åldersstruktur, folkmängd och befolkningstillväxt. Vidare beskrivs ett antal mått – till exempel självskattad hälsa – som ger en mer direkt bild av hälsostatusen, och potentiellt även vårdbehovet, bland landstingens befolkning. Slutligen analyserar vi geografiska olikheter som kan generera merkostnader för landstingen.

3.1 BEFOLKNINGENS MEDELÅLDER SKILJER SIG MELLAN LANDSTING

Ett vanligt mått för att analysera skillnader i befolkningens vårdbehov är ålder. En äldre och sjukare befolkning kräver mer resurser än en ung och frisk befolkning. I figur 6 visas åldersfördelningen i landstingen 2015. Mellan det landsting som har högst respektive lägst medelålder är skillnaden förhållandevis stor, cirka 4,5 år. Störst andel äldre finns på Gotland och i Kalmar, där 24 procent av befolkningen är 65 år och äldre. Detta kan jämföras med Stockholm där endast 16 procent av befolkningen tillhör denna åldersgrupp. Den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre, utgör omkring 3 procent av befolkningen i samtliga landsting utom Uppsala och Stockholm där andelen är 2 procent.

Figur 6. Åldersfördelning per landsting 2015, sorterat efter högst medelålder.

Källa: SCB.

Nationellt ökar medelåldern med i genomsnitt två månader mellan 2011 och 2015. Under motsvarande period har de regionala skillnaderna i medelålder ökat (tabell 6). En förklaring till de ökade skillnaderna mellan landsting kan vara Sveriges kraftiga urbanisering. Det är nämligen företrädevis unga människor i barnalstrande åldrar som flyttar från glesbygdsområden till tätorter (Erlingsson m.fl. 2015).

Att vissa landsting vuxit på bekostnad av andra illustreras av att både de regionala skillnaderna i numerärt antal invånare och antal invånare per kvadratkilometer har ökat 2011–2015 (se tabell 6). Den snabbaste befolkningsökningen har skett i Stockholm, där antal invånare per kvadratkilometer ökat med mer än 6 procent mellan 2011 och 2015.

Tabell 6. Genomsnittligt antal invånare per kvadratkilometer, medelålder och folkmängd per landsting 2011–2015.

		2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Invånare per kvadratkilometer	Rikssnitt	46	47	47	48	48	4,4%
	Variationskoefficient	147%	148%	149%	149%	150%	2,2%
	Min	2,6	2,5	2,6	2,6	2,6	0,0%
	Max	321	326	331	337	342	6,7%
Medelålder	Rikssnitt	42,2	42,3	42,3	42,3	42,4	0,4%
	Variationskoefficient	3,2%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	2,3%
	Min	38,9	38,9	39,0	39,0	39,1	0,5%
	Max	43,9	44,0	44,1	44,4	44,6	1,6%
Antal invånare	Rikssnitt	451 565	455 043	459 279	464 160	469 096	3,9%
	Variationskoefficient	116%	116%	117%	118%	118%	1,7%
	Min	57 308	57 241	57 161	57 255	57 391	0,1%
	Max	2 091 473	2 127 006	2 163 042	2 198 044	2 231 439	6,7%

Källa: SCB

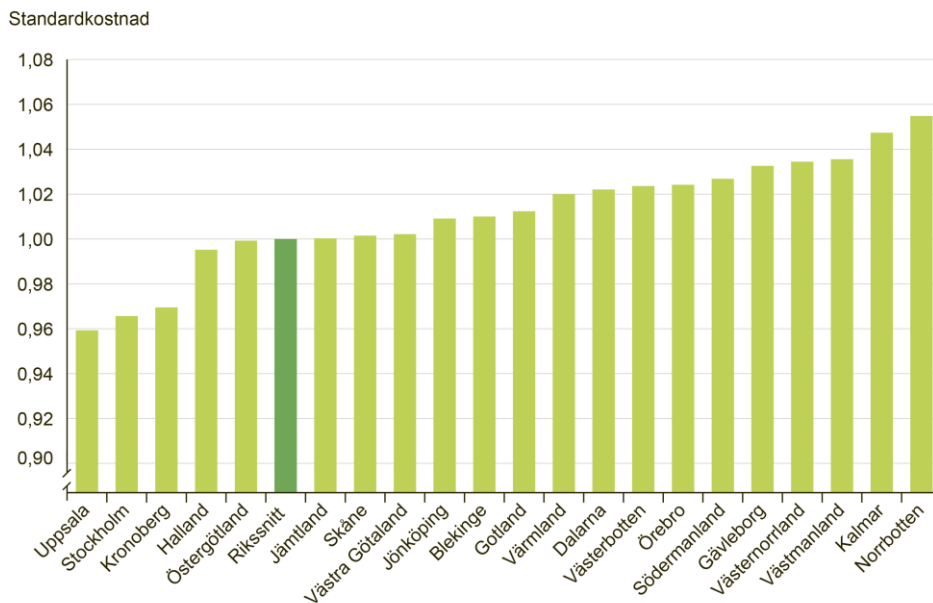
Det är emellertid inte bara befolkningsförändringar och ålder som påverkar behovet av hälso- och sjukvård. Tidigare forskning visar att skillnader i socioekonomiska förutsättningar har ett samband med individers hälsa på flera plan. Socioekonomi är associerat både med personers livsstil, hälsostatus och levnadslängd (Grossman 1972, Sassi m.fl. 2015). Ett mått som bland annat avser att mäta regionala skillnader när det gäller socioekonomi är den strukturjusterade standardkostnaden för hälso- och sjukvården. Måttet ingår som en del av den kommunalekonomiska kostnadsutjämnningen, som syftar till att ge landstingen förutsättningar att ge sina invånare likvärdig offentlig service oavsett strukturella skillnader. Mera specifikt beräknas standardkostnaden utifrån sex demografiska och socioekonomiska variabler – se faktaruta för närmare beskrivning av hur standardkostnaden beräknas.

Beskrivning av beräkning av standardkostnaden i hälso- och sjukvården

Den strukturjusterade standardkostnaden för hälso- och sjukvården beräknas som en kostnad per invånare utifrån landstingens befolkningsstruktur. Mera specifikt sker beräkningen av standardkostnaden för all hälso- och sjukvård genom att varje invånare hänförs till en grupp utifrån kön, ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst och boendety. Antalet invånare per grupp i respektive landsting multipliceras därefter med en prislapp som baseras på kostnaderna i Skåne läns landsting från 2008. Slutligen delas totalsumman med antalet invånare i landstinget tre år före utjämningsåret. I tillägg till detta beräknas en kostnad baserad på en schablonmässig uppskattning av antalet hiv-fall i landstinget. Även befolkningstillväxt ingår. Vid beräkningen av tillägg respektive avdrag sätts slutligen varje landstings standardkostnad i relation till rikets (Statskontoret 2014). En standardkostnad om 0,97 innebär således att landstinget i fråga har tre procent fördelaktigare kostnadsstruktur än vad som gäller för riket i sin helhet.

Som framgår av figur 7 var standardkostnaden i genomsnitt högst i Norrbotten, Kalmar och Västmanland 2011–2015, medan Uppsala, Stockholm och Kronoberg hade lägst standardkostnad. Om man jämför Stockholm och Norrbotten syns en skillnad på i genomsnitt 9 procentenheter denna period.

Figur 7. Strukturjusterad standardkostnad för befolkning i relation till riket (normaliserat till 1), genomsnitt 2011–2015.

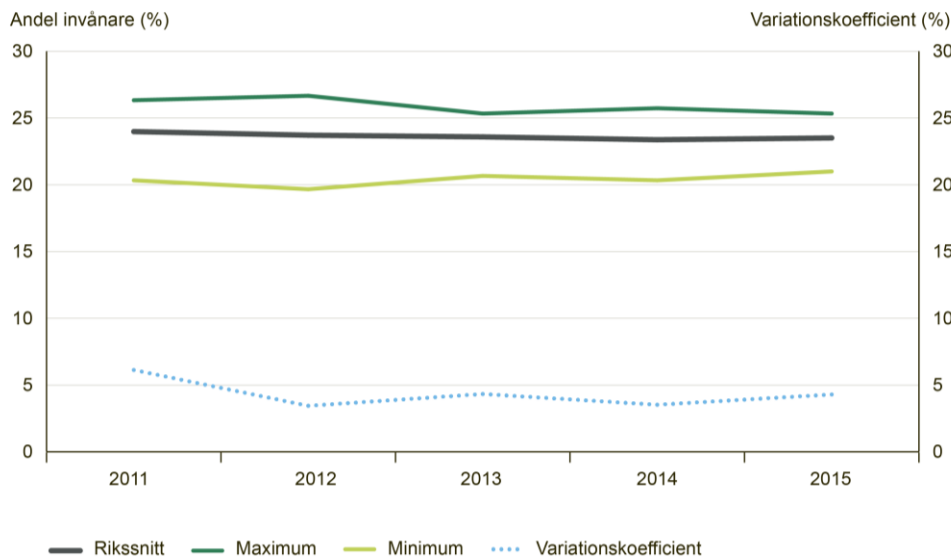


Källa: Statistik om kostnadsutjämning för landsting, SCB.

3.2 SMÅ REGIONALA SKILLNADER I SJÄLVSKATTAD HÄLSA

I detta avsnitt beskrivs hur befolkningen skattar sin egen hälsa. Självsfattad hälsa är ett subjektivt mått som kan spegla befolkningens behov, eftersom tidigare forskning visat att det finns ett samband mellan låg självsfattad hälsa och ökad risk för sjukdom och tidigare dödlighet (Schnittker och Bacak 2014, DeSalvo m.fl. 2005). Figur 8 visar andelen i befolkningen med låg självsfattad hälsa 2011–2015. Statistiken är hämtad från Folkhälsomyndighetens befolkningsenkät och avser invånare mellan 16 och 84 år som svarat att de har dålig tandhälsa, dåligt allmänt hälsotillstånd och nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika. Andelen med låg självsfattad hälsa har – sett till riket – legat kring 24 procent sedan 2011. Vidare syns en utveckling där skillnaderna mellan landsting har minskat något över tid.

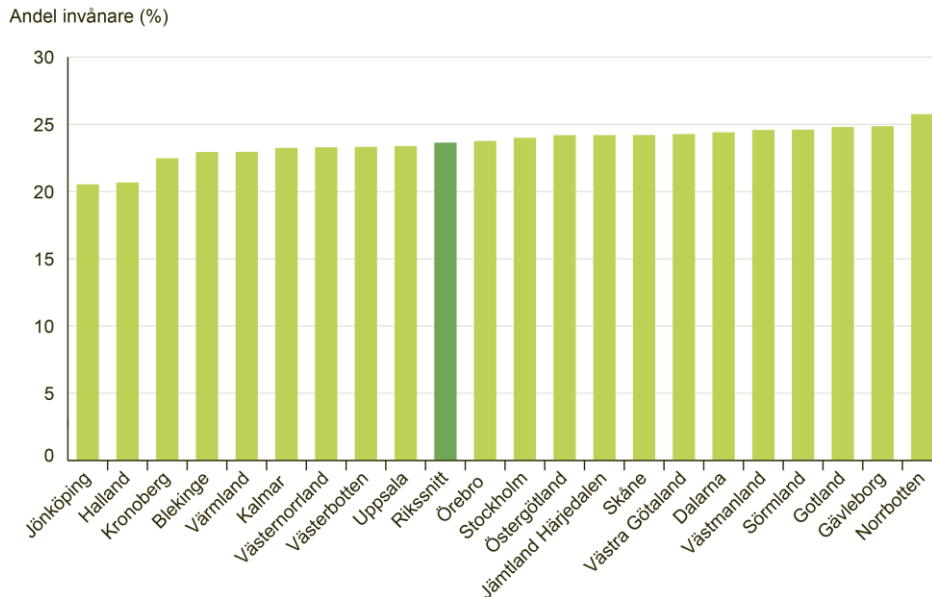
Figur 8. Andel invånare med dåligt allmänt hälsotillstånd, dålig tandhälsa eller nedsatt psykiskt välbefinnande 16–84 år, 2011–2015.



Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

Av figur 9 framgår att andelen vuxna som skattar sin hälsa som god är högst i Jönköping, Halland och Kronoberg medan befolkningen i Norrbotten, Gävleborg och Gotland bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som sämre. Andelen som svarat att de inte har god självsfattad hälsa, tandhälsa och hälsotillstånd samt nedsatt psykiskt välbefinnande är enligt vår beräkning 5,2 procentenheter högre i Norrbotten än i Jönköpings län.

Figur 9 Andel invånare med dåligt allmänt hälsotillstånd, dålig tandhälsa eller nedsatt psykiskt välbefinnande 16–84 år, genomsnitt 2011–2015, per landsting.



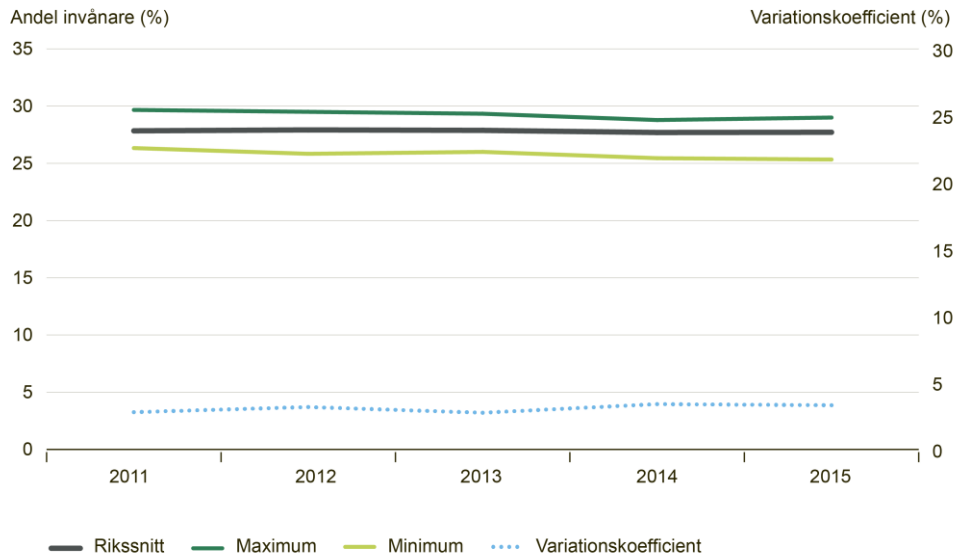
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

3.3 RELATIVT LIKARTAD FÖREKOMST AV OHÄLSOSAMMA LEVNADSVANOR

Vi har även analyserat hur förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor utvecklats sedan 2011 och om det finns skillnader mellan landsting. Tidigare forskning visar att personers levnadsvanor, till exempel matvanor, fysisk aktivitet samt alkohol- och tobaksanvändning, är centrala bestämningsfaktorer för hälsan. Det finns även ett samband mellan kroniska sjukdomar och vissa riskbeteenden som rökning och konsumtion av alkohol (Sassi och Hurst 2008).

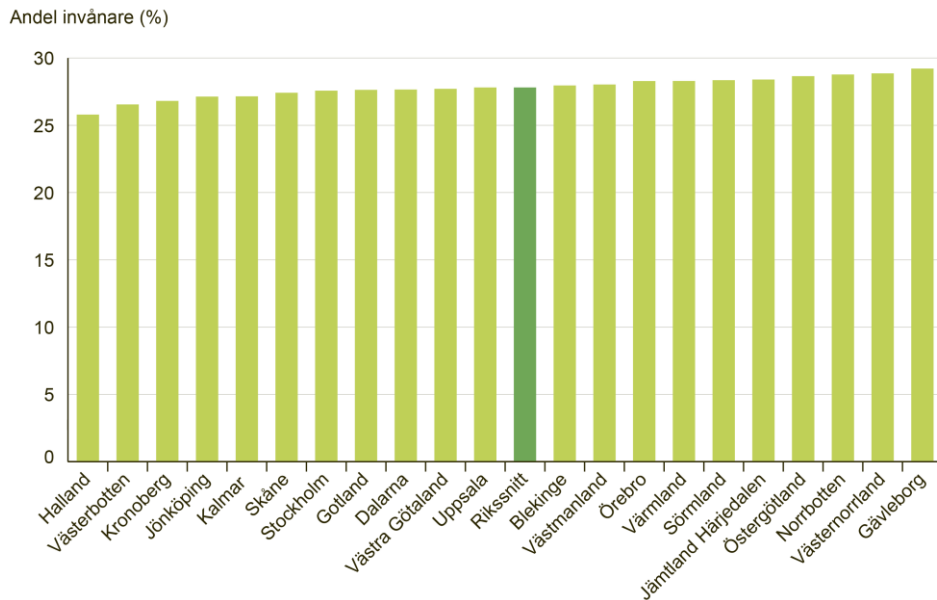
Figur 10 visar att förekomsten av de fyra ohälsosamma levnadsvanorna (rökning, riskkonsumtion alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet) är i genomsnitt 28 procent för riket. Denna andel har dessutom legat relativt konstant mellan 2011 och 2015. Under motsvarande period har inte heller skillnaderna mellan landsting ändrats nämnvärt.

Figur 11 visar att andelen med en eller flera ohälsosamma levnadsvanor i genomsnitt var lägst i Halland, Västerbotten och Kronoberg 2011–2015, medan andelen var högst i Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten.

Figur 10. Andel invånare med ohälsosamma levnadsvanor 16–84 år, 2011–2015.

Not: Måttet inkluderar andel av befolkningen mellan 16 och 84 år som svarat att de är daglig rökare, är fysiskt aktiva mindre än 30 minuter per dag, äter frukt och grönt mindre än 3 gånger per dag samt har en stillasittande fritid, fetma och riskabla alkoholvanor. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

Figur 11. Andel invånare med ohälsosamma levnadsvanor 16–84 år, genomsnitt 2011–2015, per landsting.

Not: Måttet inkluderar andel av befolkningen mellan 16 och 84 år som svarat att de är daglig rökare, är fysiskt aktiva mindre än 30 minuter per dag, äter frukt och grönt mindre än 3 gånger per dag samt har en stillasittande fritid, fetma och riskabla alkoholvanor. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

3.4 GEOGRAFISKA OLIKHETER

Även landstingens geografiska förutsättningar kan påverka hälso- och sjukvårdens kostnader och resultat. I det kommunala utjämningsystemet syftar en så kallad glesbyggs-komponent till att kompensera landsting med en gles bebyggelsestruktur för merkostnader vid sjukhusvård, primärvård, ambulansverksamhet och sjukresor – se faktaruta (Statskontoret 2014).

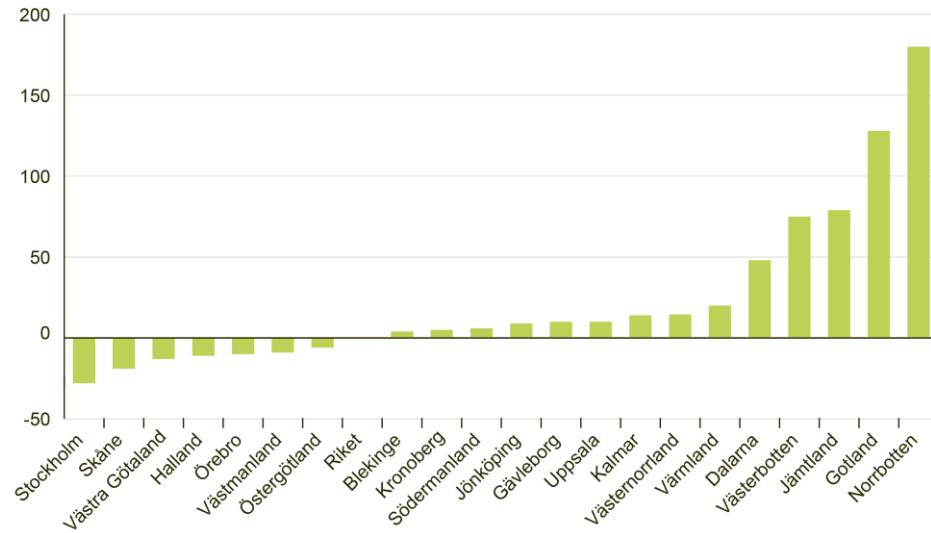
Beskrivning av glesbyggds-komponenten i utjämnings-systemet

Beräkningen av merkostnader grundas på en fiktiv placering av sjukhus, vårdcentraler och ambulanscentraler. Sedan knyts invånare till institutionerna utifrån Tillväxtanalys databas. Utifrån detta uppskattas en kostnad för respektive verksamhet. Landstingens merkostnader jämförs slutligen med rikets genomsnittliga merkostnad, vilket innebär att samtliga landsting får ett invånarbaserat avdrag så att summan av avdragen motsvarar tilläggen (Statskontoret 2014).

Som framgår av figur 12 får exempelvis Norrbotten, Gotland och Jämtland ett glesbyggds-tillägg enligt denna modell medan Stockholm, Skåne och Västra Götaland är nettobetalare. Tillägget eller avdraget beräknas normalt i relation till all hälso- och sjukvård. I nedanstående jämförelse har vi dock satt tillägget eller avdraget i relation till primärvårdens nettokostnader. Landstingens samlade tillägg eller avdrag för hela hälso- och sjukvården är således väsentligt större.

Figur 12. Tillägg och avdrag för glesbygd, kronor per invånare i relation till kostnadsandel primärvård 2015.

Glesbygdstillägg per invånare (kr)



Källa: SCB.

4 Primärvårdens strukturkvalitet

I det här kapitlet analyserar vi hur primärvårdens strukturkvalitet har utvecklats över tid och om det finns skillnader mellan olika landsting. Indikatorer över strukturkvalitet omfattar mått på hälso- och sjukvårdens materiella och personella resurser samt organisatoriska karakteristika som påverkar förutsättningarna att uppnå god kvalitet. En kvalitativt god struktur antas skapa förutsättningar för hög processkvalitet, och tillsammans skapar dessa dimensioner i sin tur förutsättningar att åstadkomma goda resultat. Dimensionen strukturkvalitet tar således fasta på de villkor som omgärdar tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Däremot är strukturmåtten inte tillräckliga för att återge vårdens kvalitet (Kelley och Hurst 2006).

4.1 PRIMÄRVÅRDENS ANDEL AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS RESURSER MINSKAR

En grundläggande förutsättning för primärvårdens funktionssätt utgörs av de resurser som avsätts till verksamheten. Våra analyser tyder på att primärvårdens nettokostnader per invånare har ökat sedan 2011. Men i relation till övrig hälso- och sjukvård ser vi snarare en minskning av primärvårdens kostnadsandel.

4.1.1 Kostnaden per invånare ökar över tid men i relation till övriga områden ser vi en minskning av primärvårdens resurser

Sedan 2011 har primärvårdens nettokostnader ökat med drygt 3 procent per invånare. Detta är mindre än för hälso- och sjukvården i sin helhet, betydligt lägre än för den specialiserade somatiska sjukvården och i samma storleksordning som för den specialiserade psykiatriska vården. Av tabell 7 framgår även att kostnaderna för hemsjukvård minskat markant, vilket förklaras av att detta ansvar successivt tagits över av kommunerna under perioden.

Även om resurserna till primärvården har ökat i absoluta tal 2011–2015 har primärvårdens resursram i relation till övrig hälso- och sjukvård försvagats något. Under den aktuella tidsperioden har primärvårdens kostnadsandel av all hälso- och sjukvård minskat från omkring 16,8 till 16,5 procent (tabell 8).

Tabell 7. Nettokostnader i kronor per invånare fördelat per verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården, 2011–2015 (2015 års priser).

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	167	157	159	163	159	-4,9%
Specialiserad somatisk vård	13 032	13 267	13 347	13 601	13 890	6,6%
Specialiserad psykiatrisk vård	2 051	2 057	2 084	2 076	2 114	3,1%
Primärvård	3 954	4 017	4 033	4 000	4 080	3,2%
Hemsjukvård	301	266	159	155	157	-47,8%
Övrig hälso- och sjukvård	1 885	1 914	1 922	1 852	2 008	6,6%
Hälso- och sjukvård exkl. läkemedel och tandvård	21 389	21 678	21 705	21 847	22 408	4,8%
Läkemedel inom läkemedelsförmånen, exkl. tandvård	2 144	2 065	2 027	2 088	2 245	4,7%
Hälso- och sjukvård totalt exkl. tandvård	23 533	23 743	23 732	23 935	24 653	4,8%

Not: Kostnaderna är beräknade som ett ovägt snitt per landsting. För att korrigera för prisutvecklingen räknas kostnaderna om till 2015 års fasta priser via landstingsprisindex. På så vis uttrycker en kostnad om 1 krona per invånare samma kostnad för sjukvård i termer av exempelvis personal och material över tid. Då prisutvecklingen på läkemedel avviker från övrig hälso- och sjukvård beräknas denna utifrån ett separat prisindex. Hälso- och sjukvårdens nettokostnader totalt beräknas vidare exklusive tandvård. Primärvårdens nettokostnader beräknas exklusive kostnader för läkemedel och hemsjukvård.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

Tabell 8. Nettokostnadsandel per verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården 2011–2015 (2015 års priser).

	2011	2012	2013	2014	2015
Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
Specialiserad somatisk vård	55,4%	55,9%	56,2%	56,8%	56,3%
Specialiserad psykiatrisk vård	8,7%	8,7%	8,8%	8,7%	8,6%
Primärvård	16,8%	16,9%	17,0%	16,7%	16,5%
Hemsjukvård	1,3%	1,1%	0,7%	0,6%	0,6%
Övrig hälso- och sjukvård	8,0%	8,1%	8,1%	7,7%	8,1%
Läkemedel inom läkemedelsförmånen, exkl. tandvård	9,1%	8,7%	8,5%	8,7%	9,1%

Not: Kostnaderna är beräknade som ett ovägt snitt per landsting. Beräkningen baseras på genomsnittlig kostnad per invånare per landsting. För att korrigera för prisutvecklingen räknas kostnaderna om till 2015 års fasta priser via landstingsprisindex. Då prisutvecklingen på läkemedel avviker från övrig hälso- och sjukvård

beräknas denna utifrån ett separat prisindex. Kostnaderna för respektive verksamhetsområde redovisas exklusive läkemedel. Kostnader för all hälso- och sjukvård beräknas exklusive tandvård.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

I nästa steg är det intressant att jämföra hur kostnaderna utvecklas inom olika delar av primärvården. I SKL:s verksamhetsstatistik delas primärvården in i åtta huvudsakliga verksamhetsområden. Dessa utgörs av allmänläkarvård, sjuksköterskevård, barn- respektive mödrahälsovård, sjukgymnastik och arbetsterapi, sluten primärvård samt primärvårdsansluten hemsjukvård respektive övrig primärvård.

Av tabell 9 framgår att kostnadsutvecklingen för de olika verksamhetsområdena skiljer sig väsentligt. Kostnaderna för hemsjukvård minskar dramatiskt till följd av att detta ansvar successivt övertagits av kommunerna. Även kostnaderna för sjukgymnastik och sjuksköterskevård minskar. Vi ser också en nedgång i läkemedelskostnaderna. Verksamhetsområden som expanderar utgörs i stället av mödra- och barnhälsovård, allmänläkarvård samt sluten primärvård.

Tabell 9. Genomsnittliga nettokostnader i kronor per invånare fördelat per verksamhetsområde inom primärvården 2011–2015 (2015 års priser).

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Allmänläkarvård	2 142	2 201	2 228	2 254	2 271	6,0%
Barnhälsovård i primärvård	211	202	216	219	223	5,6%
Mödrahälsovård i primärvård	171	173	190	190	198	15,7%
Primärvårdsansluten hemsjukvård	184	178	52	41	43	- 76,4%
Sjukgymnastik och arbetsterapi i primärvård	431	408	382	368	400	- 7,2%
Sjuksköterskevård i primärvård	690	716	693	670	677	- 1,9%
Sluten primärvård	35	31	31	31	37	5,1%
Övrig primärvård	274	286	292	288	274	0,2%
Primärvård exkl. läkemedel	4 138	4 195	4 085	4 061	4 123	- 0,4%
Primärvård exkl. läkemedel och hemsjukvård	3 954	4 017	4 033	4 020	4 080	3,2%
Läkemedel inom förmån primärvård	1 050	933	854	803	806	- 23,3%
Primärvård inkl. läkemedel	5 188	5 128	4 939	4 864	4 929	- 5,0%

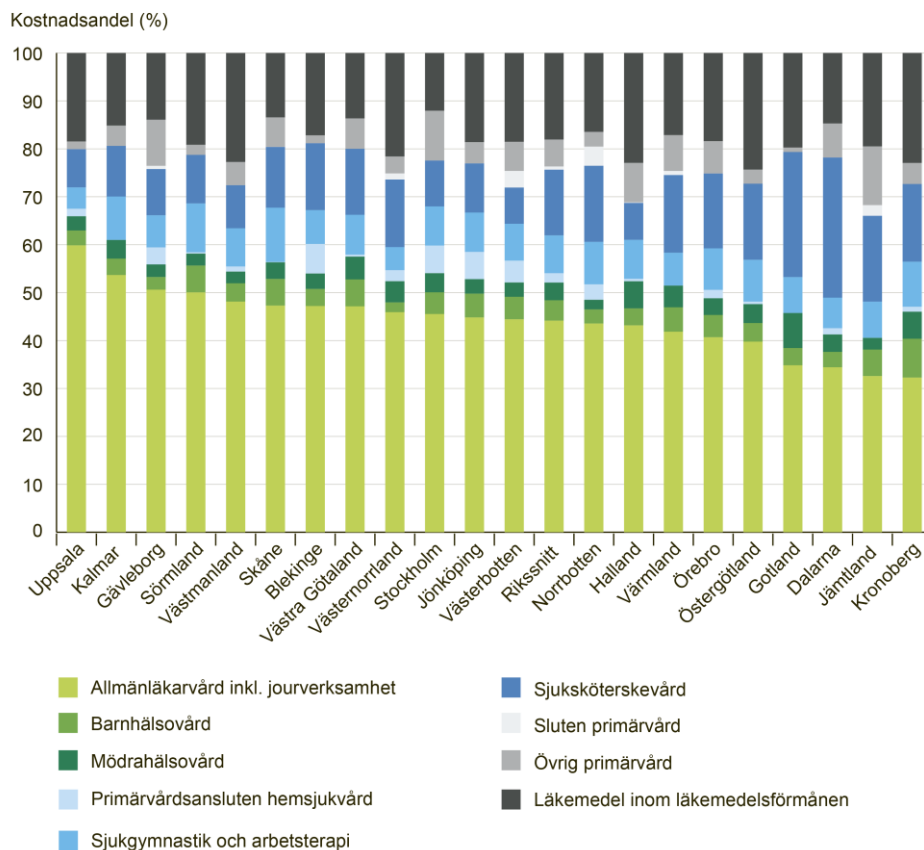
Not: Kostnaderna är beräknade som ett ovägt snitt per landsting. För att korrigera för prisutvecklingen räknas kostnaderna om till 2015 års fasta priser via landstingsprisindex. Då prisutvecklingen på läkemedel avviker från övrig hälso- och sjukvård beräknas denna utifrån ett separat prisindex.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

När vi ser till kostnadsandelen för ovanstående verksamhetsområden i olika landsting framträder långt ifrån en enhetlig bild av primärvårdens utformning. I Uppsala utgör till exempel allmänläkarvård cirka 60 av kostnaderna inom primärvården medan motsvarande siffra i Kronoberg uppgår till cirka 33 procent (figur 13). Ändå är den relativa variationen

bland landstingen som minst inom allmänläkarvård, följt av läkemedel och sjukgymnastik. Skillnaderna är i stället väsentlig större när det gäller sluten primärvård och hemsjukvård. Detta beror på att sluten primärvård främst förekommer i Norrbotten och att ansvaret för hemsjukvården, som successivt övertagits av kommunerna under perioden, varierar mellan landsting.

Figur 13. Kostnadsandel för olika verksamhetsområden inom primärvård, genomsnitt 2011–2015, per landsting.



Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

4.1.2 Absolut ambitionsnivå – justerade nettokostnader per invånare

Skillnader i landstingens kostnader kan vara motiverade med hänsyn till strukturella skillnader och skillnader i befolkningens behov. Därtill skiljer sig landstingens ansvar för hemsjukvård. I detta avsnitt försöker vi öka jämförbarheten genom att beräkna ett korrigerat kostnadsmått som tar hänsyn till skillnader som landstingen inte kan påverka – se faktaruta för en beskrivning av hur vi beräknat den behovsjusterade nettokostnaden. Dessutom exkluderas kostnader för hemsjukvård eftersom detta ansvar i varierande grad utförs av landstingen.

Beskrivning av måttet behovsjusterad nettokostnad

Primärvårdens nettokostnad har behovsjusterats med hjälp av utjämningsystemets strukturjusterade standardkostnad, det vill säga respektive landstings förväntade kostnad givet befolkningssammansättning och geografiska förutsättningar. Mera specifikt fångar måttet kostnaden per invånare i respektive landsting med hänsyn till glesbygd samt skillnader i befolkningssammansättning vad gäller exempelvis ålder, sysselsättning och boende. Även skillnader i lönestruktur ingår. En högre standardkostnad innebär ett större förväntat vårdbehov. Behovsjusteringen sker med följande formel:

$$\text{Behovsjusterad nettokostnad} = \text{Nettokostnad per landsting} \times \frac{\text{Standardkostnad för riket}}{\text{Landstingets standardkostnad}}$$

Respektive landstings nettokostnad multipliceras med kvoten av standardkostnaden för riket och landstingets standardkostnad. Landsting med en högre standardkostnad än riket som helhet, det vill säga ett större förväntat behov, får en kvot som är mindre än 1, vilket innebär att nettokostnaden blir mindre efter behovsjusteringen. Landsting med en lägre standardkostnad än riket som helhet, det vill säga ett större förväntat behov, får en kvot som är större än 1, vilket innebär att nettokostnaden blir större efter behovsjusteringen. På så vis räknas en hög nettokostnad som kan förklaras av stora förväntade behov ner, och en låg nettokostnad som kan förklaras av mindre behov istället upp, vilket tillsammans ger en behovsjusterad jämförelse. Den årliga korrigerade nettokostnaden uttrycks sedan i 2015 års priser via landstingsprisindex.

Med denna beräkning syns en utveckling över tid där den genomsnittliga absoluta justerade ambitionsnivån, det vill säga kostnaden i kronor per invånare, ökar något mindre än utan behovsjustering (tabell 10).

Tabell 10. Behovsjusterad nettokostnad i kronor per invånare i primärvården 2011–2015 (2015 års priser).

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2015–2011
Rikssnitt	3 931	3 978	3 976	3 920	3 995	1,6%
Min	3 273	3 252	3 321	3 425	3 450	5,4%
Max	4 975	4 773	5 097	4 734	4 799	-3,5%
Variationskoefficient	12,0%	10,1%	10,4%	9,4%	9,4%	-21,6%

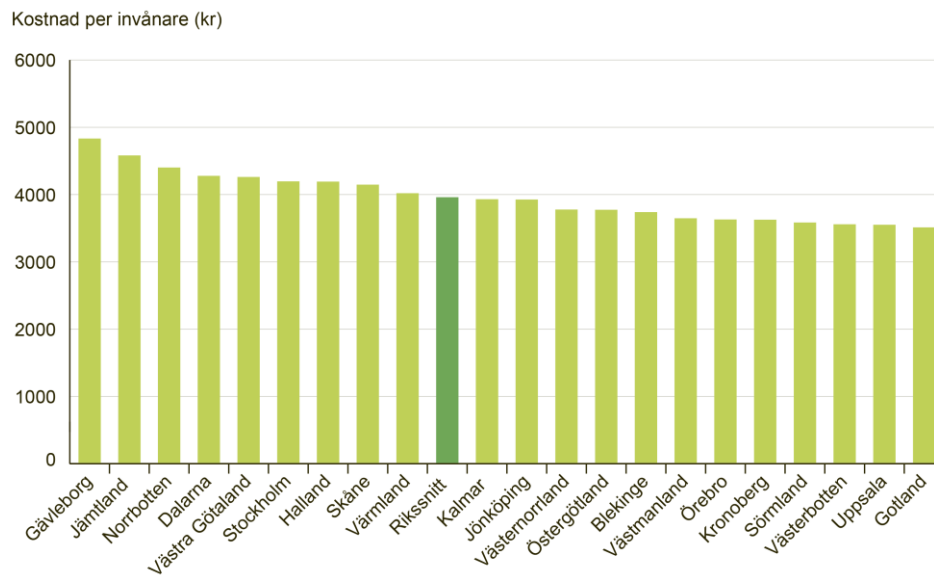
Not: Kostnaden beräknas exklusive hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB, egna beräkningar.

Detta beror på att de faktiska kostnaderna ökat något mer i landsting med mindre förväntat behov. År 2011 var det ovägda rikssnittet för den behovsjusterade nettokostnaden 3 931 kronor per invånare, vilket kan jämföras med 2015 då motsvarande kostnad per person var 3 995 kronor.

Bakom detta rikssnitt finns förhållandevis stora skillnader mellan de landsting som lägger mest respektive minst resurser på primärvården efter en behovsjustering. Trots att vi i beräkningen tagit hänsyn till landstingens skilda förutsättningar varierar den genomsnittliga kostnaden per invånare under 2011 till 2015 mellan 4 832 kronor i Gävleborg och 3 512 kronor i Gotland (figur 14).

Figur 14. Behovsjusterad nettokostnad per invånare i primärvården per landsting, genomsnitt 2011–2015 (2015 års priser).



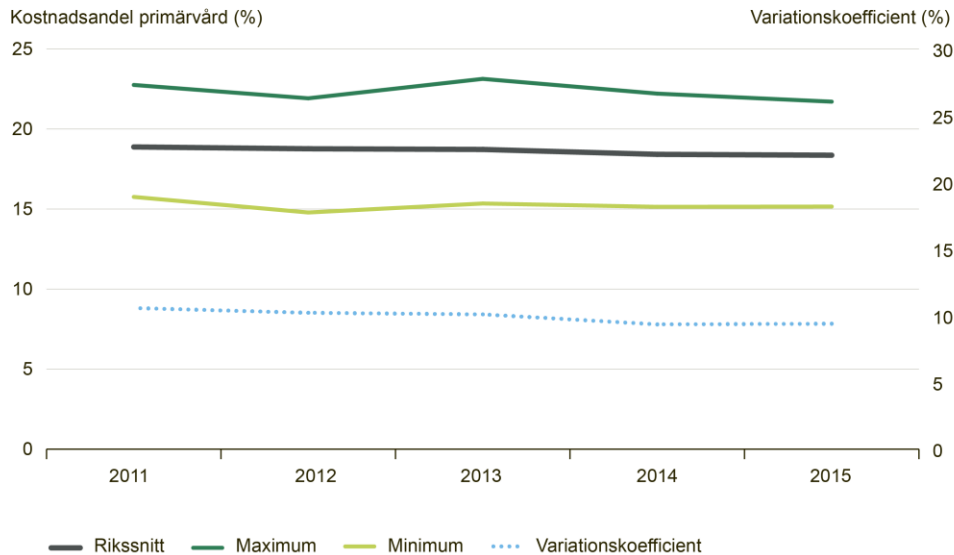
Not: Gotlands värde för 2014 är interpolerat mellan 2013 och 2015. Kostnaden beräknas exklusive hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB, egna beräkningar.

4.1.3 Relativ ambitionsnivå – andel resurser i primärvård

Med motsvarande korrigeringsfaktor som ovan ses även en nedgång över tid vad gäller primärvårdens relativa ambitionsnivå, det vill säga primärvårdens andel av de samlade utgifterna för hälso- och sjukvården minskar över tid. År 2011 var primärvårdens andel 18,9 procent (figur 15). Detta kan jämföras med 2015 då andelen uppgick till 18,4 procent. I relation till den tidigare jämförelsen är kostnadsandelen högre eftersom jämförelsen nu exkluderar kostnader för politisk verksamhet, tandvård, hemsjukvård och läkemedel inom förmånen.

Figur 15. Primärvårdens behovsjusterade kostnadsandel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården 2011–2015 (2015 års priser).



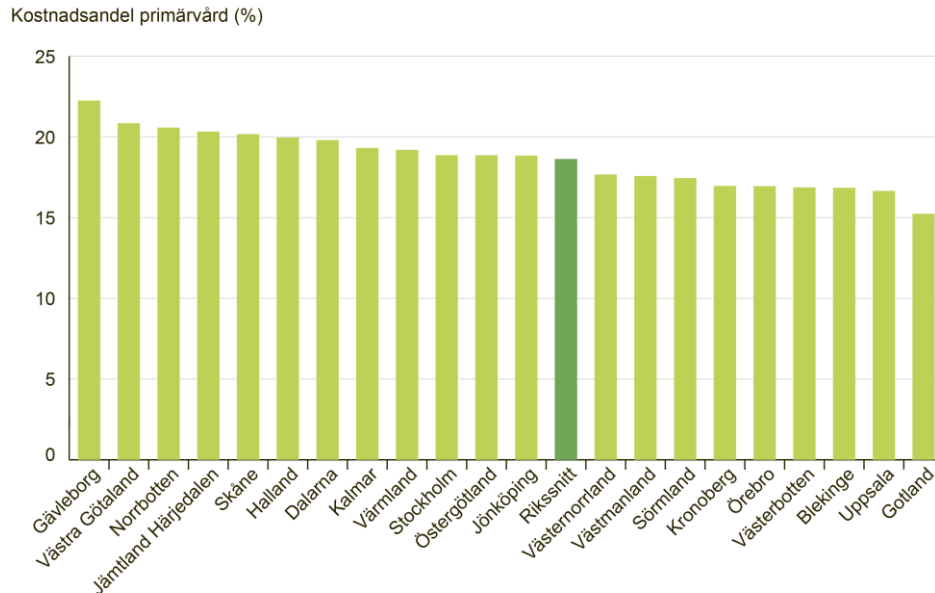
Not: Andel primärvård beräknas via nettokostnad i primärvård exklusive läkemedel och primärvårdsansluten hemsjukvård i relation till total nettokostnad hälso- och sjukvård exklusive politisk verksamhet, tandvård, hemsjukvård och läkemedel.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; statistik om kostnadsutjämning för landsting, SCB, egna beräkningar.

Som framgår av figur 16 varierar primärvårdens resursandel av den samlade hälso- och sjukvården mellan 15 och 22 procent. Gävleborg, Västra Götaland och Norrbotten är de landsting där primärvårdens kostnadsandel är störst, medan Blekinge Uppsala och Gotland lägger minst resurser på primärvården i relation till övrig hälso- och sjukvård.

Det tycks finnas ett positivt (statistiskt signifikant) samband mellan landstingens absoluta och relativa kostnader för primärvården (figur 17). I de landsting där de faktiska kostnaderna för primärvården per person är som högst är således även primärvårdens andel av de samlade utgifterna för hälso- och sjukvården som störst.

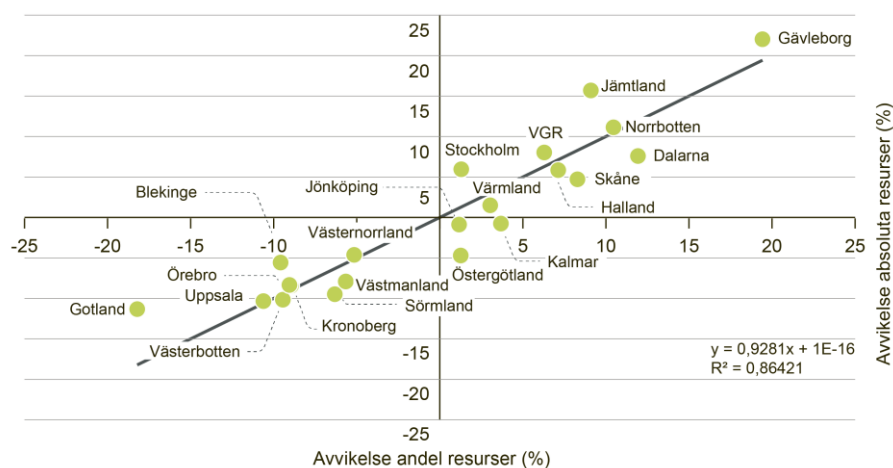
Figur 16. Primärvårdens behovsjusterade kostnadsandel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården per landsting, genomsnitt 2011– 2015 (2015 års priser).



Not: Andel primärvård beräknas via nettokostnad i primärvård exklusive läkemedel och primärvårdsansluten hemsjukvård i relation till total nettokostnad hälso- och sjukvård exklusive politisk verksamhet, tandvård, hemsjukvård och läkemedel.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB, egna beräkningar.

Figur 17. Samband mellan absolut och relativ resursanvändning inom primärvården 2011–2015 (2015 års priser). Avvikelse avser jämförelser med rikssnitt.



Not: Andel primärvård beräknas via nettokostnad i primärvård exklusive läkemedel och primärvårdsansluten hemsjukvård i relation till total nettokostnad hälso- och sjukvård exklusive politisk verksamhet, tandvård, hemsjukvård och läkemedel.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB, egna beräkningar.

4.2 STOR OSÄKERHET OM KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN, MEN BEMANNINGEN ÄR MED SÄKERHET EN VIKTIG UTMANING

Det finns ingen samlad och heltäckande bemanningsstatistik för de personalgrupper som är verksamma inom primärvården. Det gör det svårt både att beskriva och bedöma bemanningssituationen. Vår sammanställning visar dock att kompetensförsörjningen är en viktig utmaning för den svenska primärvården.

4.2.1 På nationell nivå har läkartätheten ökat något medan antalet sjuksköterskor minskat

En bild av primärvårdens bemanning ges av SKL:s personaltäthetsmodell som används för att uppskatta samtliga årsarbetande läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer (SKL 2014). SKL beräknar personalresurserna för den vård som konsumeras av de egna invånarna i varje landsting. I beräkningen ingår bemanningen i både offentlig och privat regi, bemanningen i vård som köpts av andra landsting samt inhyrd personal. Enligt denna beräkning var i genomsnitt 0,70 årsarbetande läkare, 1,39 årsarbetande sjuksköterskor och 0,53 årsarbetande vårdadministratörer verksamma i primärvården per 1 000 invånare 2015 (tabell 11). Siffrorna är osäkra, men tyder på en ökad läkarbemanning med knappt 4 procent mellan 2011 och 2015. Samtidigt minskar antalet sjuksköterskor med cirka 1,4 procent – en minskning som i stort sett kan förklaras av nedgången 2015. Antalet vårdadministratörer per 1 000 invånare ökar något under perioden. Noterbart är därtill att variationerna i bemanningen mellan landsting ökar över tid för både läkare och administrativ personal medan den är relativt oförändrad när det gäller sjuksköterskor. Samtidigt är skillnaderna i bemanningen för sjuksköterskor per invånare bland landstingen större än för läkare.

Tabell 11. Antal läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer i primärvården per 1 000 invånare 2011–2015.

	Mått	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Antal läkare per 1 000 invånare	Rikssnitt	0,68	0,69	0,70	0,69	0,70	3,9 %
	Max	0,82	0,82	0,86	0,87	0,92	
	Min	0,59	0,61	0,52	0,51	0,46	
	Variationskoefficient	8,2%	7,5%	10,0%	12,7%	14,3%	74,2%
Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare	Rikssnitt	1,40	1,40	1,42	1,42	1,39	-1,4 %
	Max	1,98	2,02	2,12	1,83	1,80	
	Min	0,97	0,98	0,95	0,99	1,04	
	Variationskoefficient	18,6%	18,0%	19,3%	16,8%	14,2%	-24,0%
Antal administratörer per 1 000 invånare	Rikssnitt	0,51	0,52	0,53	0,53	0,53	3,9 %
	Max	0,62	0,61	0,62	0,65	0,64	
	Min	0,44	0,44	0,42	0,48	0,47	
	Variationskoefficient	11,6%	10,1%	11,8%	9,9%	10,6%	-8,9%

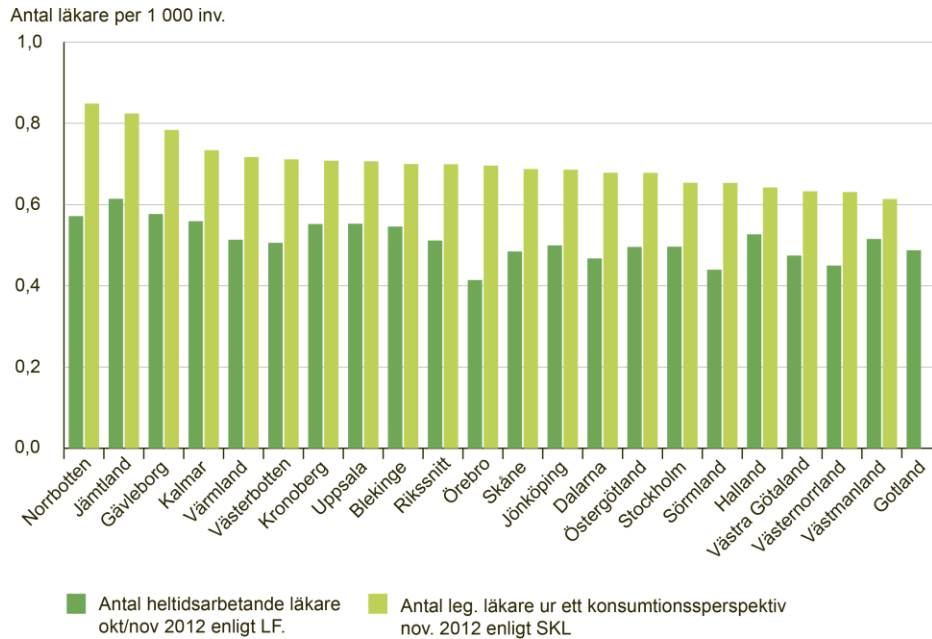
Not: Rikssnittet är ett ovägt genomsnitt. Antal anställda har räknats om till helårsarbetare. Uppskattningarna baseras på antagandet om samma lönekostnad och löneandel inom privat som offentlig regi samt för inhyrd personal. Gotland ingår inte i beräkningarna eftersom det saknas information om bemanning. Även Norrbotten har exkluderats samtliga år eftersom inrapporterade uppgifter 2015 har bekräftats vara felrapporterade. För Blekinge saknas information om antal vårdadministratörer 2011; således exkluderas Blekinge vid beräkningen av vårdadministratörer samtliga år.

Källa: Personaltäthetsnyckeltal, SKL 2011–2015.

Statistiken om primärvårdens personalresurser är dock mycket osäker, bland annat till följd av att det inte finns direkta uppgifter om bemanningen inom den privata verksamheten. Därför räknar SKL med att personaltätheten i privat regi motsvarar den i det offentliga. Detsamma gäller statistiken över antalet inhyrda årsarbetskrafter inom olika delar av primärvården.

Sannolikt innebär SKL:s bemanningsstatistik att antalet årsarbetande läkare överskattas något. Vi ser exempelvis stora skillnader mellan SKL:s och Läkarförbundets skattningar av antalet heltidsanställda primärvårdsläkare (figur 18). Enligt Läkarförbundets enkät var 4 540 primärvårdsläkare heltidsanställda 2012 (SLF 2013). SKL:s uppskattning för samma år var 6 452 årsarbetande läkare i primärvården. Korrelationen mellan de båda beräkningarna uppgår till 0,7. SKL:s uppskattning är dock det enda tillgängliga underlag som finns för att följa den samlade utvecklingen över tid.

Figur 18. Antal heltidsarbetande läkare oktober och november 2012 per 1 000 invånare enligt Läkarförbundets respektive SKL:s uppskattning ur ett konsumtionsperspektiv november 2012.



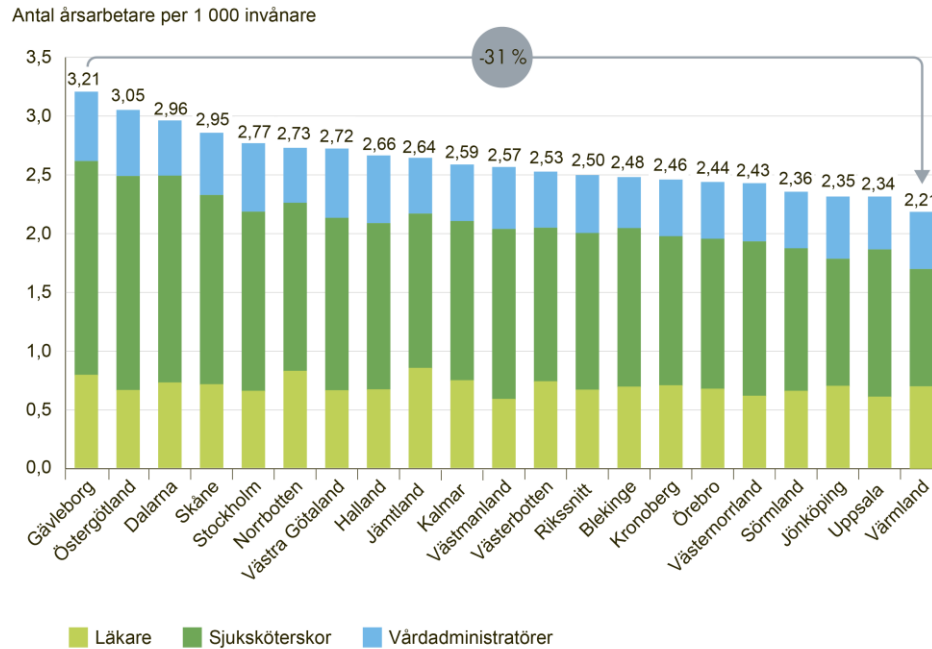
Källa: Personaltäthetsnyckeltal, SKL 2012 och SLF 2013.

Personalresurserna – det vill säga de olika yrkeskategorierna inom primärvården – utgör en särskilt viktig produktionsfaktor inom denna vårdform, eftersom verksamhetens besöks- och kontaktororienterade fokus genererar en personalintensiv verksamhet. Ur detta perspektiv är det extra problematiskt att det är så svårt att beskriva primärvårdens bemanning.

4.2.2 Stora skillnader i bemanningen mellan landstingen

Antalet läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer varierar betydligt mellan landstingen (figur 19). I genomsnitt har Värmland 31 procent färre helårsarbetare jämfört med Gävleborg som har flest helårsarbetare 2011–2015. Skillnaden mellan dessa landsting motsvarar närmare en helårsarbetare per 1 000 invånare. Därtill ses även skillnader i bemanning för de olika personalgrupperna mellan landsting.

Figur 19. Genomsnittligt antalet anställda årsarbetskrafter för läkare, sjuksköterskor och administrativ personal per 1 000 invånare per landsting, genomsnitt 2011–2015.



Not: Antal anställda har räknats om till helårsarbetare.

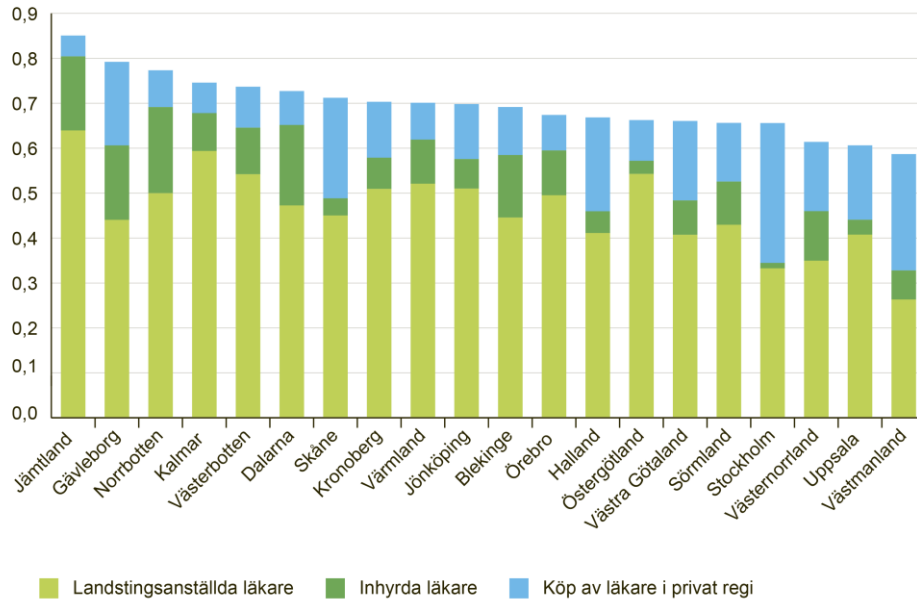
Källa: Personaltäthetsnyckeltal, SKL.

4.2.3 Behov av hyrläkare i många landsting

De flesta landsting är i behov av ett stort antal hyrpersonal. Enligt SKL:s uppskattning var i snitt 1 av 8 årsarbetande läkare i primärvården inhyrd 2015. Andelen inhyrda läkare var 2011–2015 enligt denna uppskattning högst i Norrbotten, Dalarna och Blekinge samt minst i Stockholm, Uppsala och Östergötland (figur 20). Om man därtill delar upp den skattade bemanningen mellan landstingsanställd, köpt vård – vilken huvudsakligen utgörs av privat vård som köps inom det egna landstinget – och inhyrd personal ses ytterligare skillnader. I Stockholm består till exempel mer än hälften av läkarbemanningen av anställda hos privata vårdgivare. Generellt köps mest vård av privata vårdgivare i Stockholm, Västmanland och Halland samt minst i Jämtland, Dalarna och Kalmar.

Vid sidan av läkare och sjuksköterskor kan den antalsmässiga utvecklingen av personal inom andra personalgrupper ge en bild av bemanningssituationen i primärvården. Enligt SKL:s statistik har antalet arbetsterapeuter, kuratorer och logopedier minskat sedan 2012 medan framför allt antalet fysioterapeuter har ökat (figur 21). Då statistiken endast omfattar landstingsanställd personal kan vi inte uttala oss om bemanningen hos privata vårdgivare och därmed inte heller om den samlade utvecklingen för dessa personalkategorier.

Figur 20. Antal läkare per 1 000 invånare i primärvården fördelade på landstingsanställd, privatanställd respektive inhyrd personal, genomsnitt 2011–2015.



Not: Antal anställda har räknats om till helårsarbetare.

Källa: Personaltäthetsnyckeltal, SKL, egna beräkningar.

Figur 21. Procentuell förändring av landstingsanställd personal i primärvården per personalkategori 2012–2015.

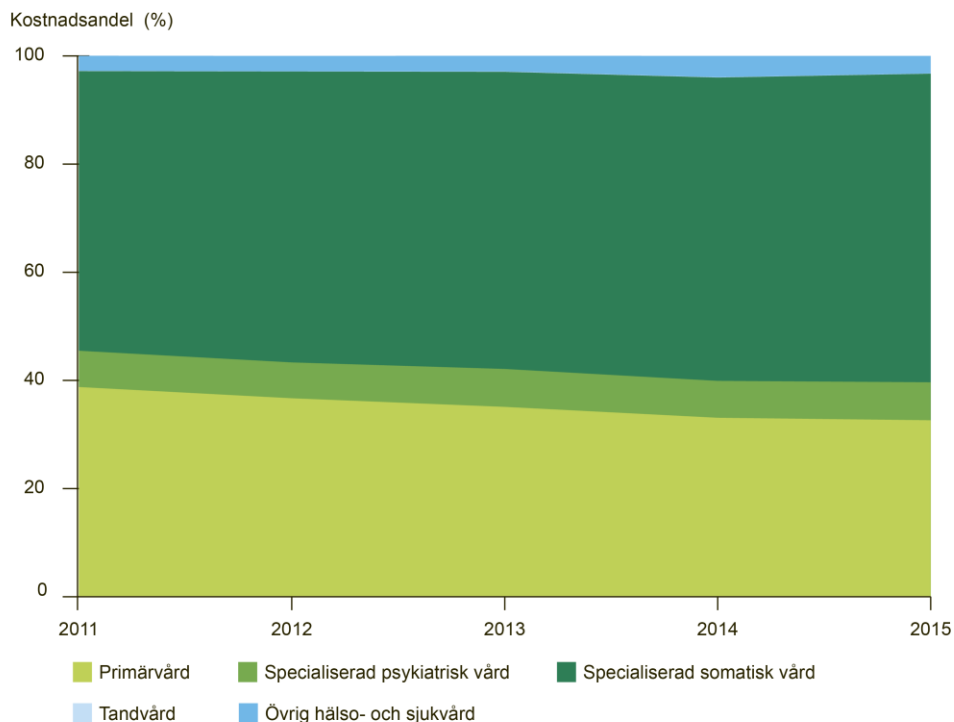


Källa: Bemmaningsstatistik, SKL.

4.3 LÄKEMEDELSKOSTNADER

En viktig del av behandlingsinsatserna inom primärvården utgörs av läkemedelsbehandlingar. Ett sätt att jämföra läkemedelsbehandlingarna mellan landsting är att se till de samlade nettokostnaderna för receptförskrivna läkemedel som finansieras inom läkemedelsförmånen. År 2015 var den samlade nettokostnaden för läkemedelsförmånen 2 157 kronor per invånare. Denna kostnad kan delas upp i kostnader som härrör till primärvård, specialiserad somatisk respektive psykiatrisk vård, tandvård samt övrig hälso- och sjukvård. Figur 22 visar hur den totala kostnaden för förmånsläkemedel, fördelar sig mellan dessa verksamhetsområden och hur denna har utvecklats över tid. År 2015 var kostnaden inom primärvården 704 kronor per invånare, vilket utgör 33 procent av den samlade nettokostnaden för läkemedelsförmånen. Sedan 2011 har primärvårdens kostnadsandel minskat från 39 till 33 procent. Motsvarande period har den specialiserade somatiska vårdens kostnadsandel ökat från 52 till 57 procent. Nedan fokuserar vi på den del som härrör till primärvården.

Figur 22. Fördelning av landstingens totala nettokostnader för läkemedelsförmånen på primärvård, specialiserad psykiatrisk vård, specialiserad somatisk vård, tandvård samt övrig hälso- och sjukvård 2011–2015.



Not: Baseras på genomsnitt för rikets kostnader i kronor per invånare.

Källa: SCB.

Staten ersätter landstingen för kostnader för läkemedelsförmånen. Eftersom behovet av läkemedel skiljer sig över landet, bland annat till följd av skild åldersstruktur och sjuklighet, fördelas dessa statliga medel till landstingen utifrån en behovsmodell som baseras på förbrukningen av läkemedel i olika grupper. Totalt rör det sig om över 800 kombinationer av variablerna kön, ålder, inkomst, boendeform, sysselsättning och civilstånd (Regeringen 2017). Vid jämförelsen av läkemedelskostnaden mellan landsting behovsjusterar vi därför landstingens nettokostnader för av primärvården förskrivna läkemedel inom förmånen genom att korrigera nettokostnaderna enligt denna modell. Om två landsting har samma nettokostnad per invånare, men behoven enligt fördelningsmodellen är olika, medför korrigeringen att den behovsjusterade kostnaden är lägre i landstinget med större förväntade behov.

Vid jämförelser över tid är det också viktigt att korrigera för prisutvecklingen på läkemedel. Priserna påverkas av en rad faktorer som inte landstingen kan styra över, såsom patentutgångar och tillgång till generika. Enligt det läkemedelsprisindex som e-Hälsomyndigheten (2014) presenterar minskade läkemedelspriserna generellt med knappt sju procent mellan 2011 och 2015. Det innebär att man 2015 kan köpa samma volym läkemedel för 930 kronor som man 2011 kunde göra för 1 000 kronor.

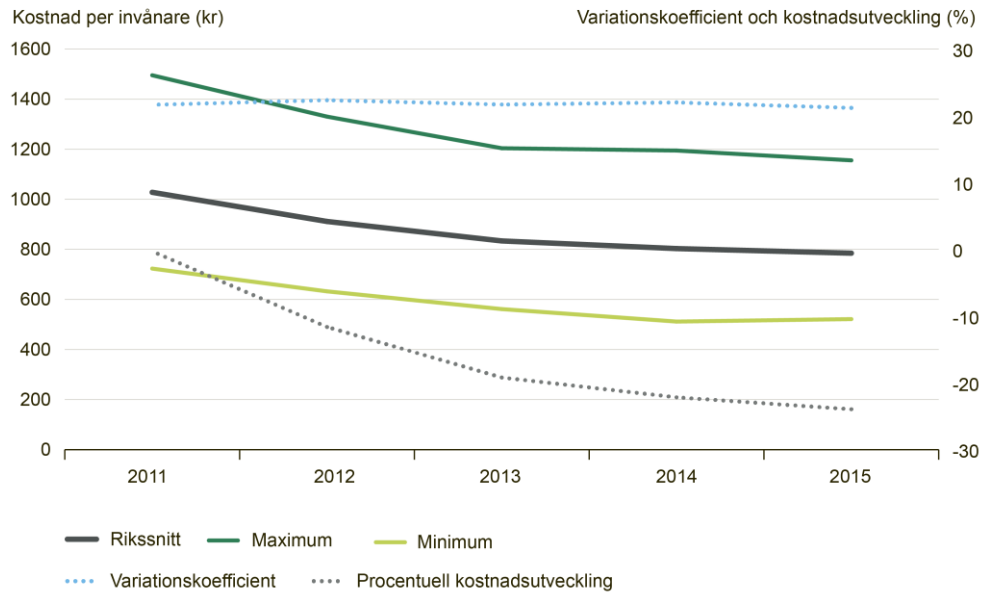
Figur 23 redovisar genomsnittet (ovägt medel) av landstingens behovsjusterade nettokostnad per invånare i 2015 års priser, det landsting som har högst respektive lägst kostnad samt variationskoefficienten för landstingens kostnader under perioden 2011 till 2015. Även den procentuella kostnadsutvecklingen visas.

Den samlade utvecklingen bland landstingen visar på en väsentlig nedgång av läkemedelskostnaderna. I reala priser är kostnaderna för läkemedel som förskrivs inom primärvården 24 procent lägre år 2015 jämfört med 2011. Kostnaderna minskar över tid i samtliga landsting utom Gävleborg. Kostnadsminskningen har varit störst i Västmanland.

En viktig bidragande orsak till nedgången är att läkemedelspriserna minskat, men detta förklarar inte hela utvecklingen. Volymutveckling, produktmix, apoteksmarginal och egenavgifter är andra komponenter som vid sidan av pris påverkar kostnadsutvecklingen (Socialstyrelsen 2016b)

Figur 24 visar den genomsnittliga nettokostnaden för läkemedel förskrivna inom primärvården under 2011–2015 per landsting. Kostnaderna per invånare är högst i Halland, Östergötland och Jämtland samt lägst i Västra Götaland, Skåne och Stockholm. Skillnaderna mellan landstingen är relativt stora. Som figur 23 visar ligger variationskoefficienten konstant kring cirka 20 procent över tid.

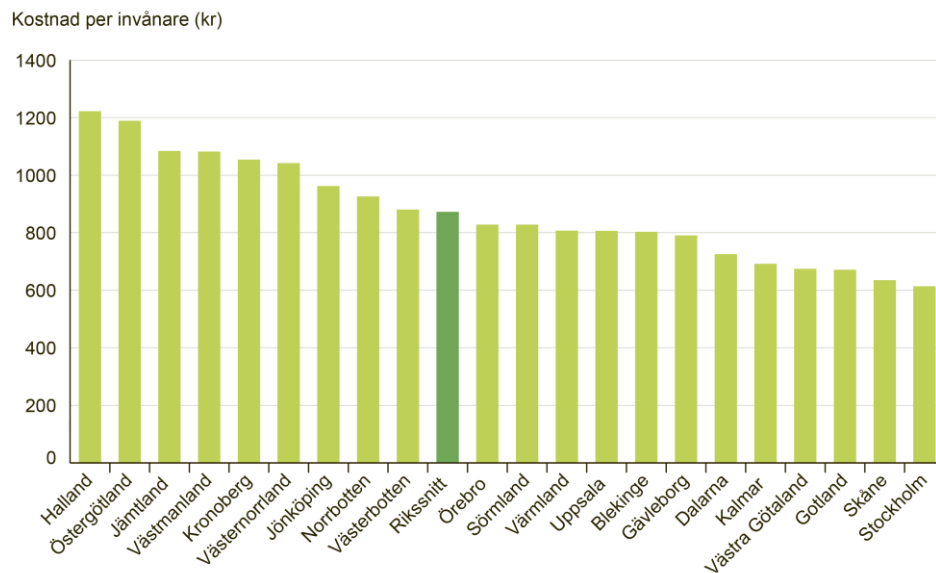
Figur 23. Kostnad för läkemedel inom förmånen som föreskrivs av primärvården 2011–2015 (kronor per invånare och procentuell utveckling sedan 2011, 2015 års priser).



Not: Kostnaderna är beräknade med en justerad behovsmodell och enligt läkemedelsprisindex.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, egna beräkningar.

Figur 24. Nettokostnad i primärvård för läkemedel inom förmånen per invånare, genomsnitt 2011–2015 (2015 års priser).



Not: Kostnaderna är beräknade med en justerad behovsmodell och enligt läkemedelsprisindex.

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, egna beräkningar.

5 Primärvårdens processkvalitet

Dimensionen processkvalitet beskriver innehållet i vården och ser till de ändamålsenliga – eller olämpliga – aktiviteter som äger rum mellan vårdgivaren och patienten. Med ändamålsenlighet avses att vården baseras på klinisk evidens kring processens effektivitet och att den är i överensstämmelse med gängse professionell kunskap (IOM 1994). Ändamålsenlighet avser även i vilken utsträckning som processerna är relaterade till kliniskt önskvärda utfall (Kelley och Hurst 2006).

Primärvårdens innehåll och processer beskrivs i det här kapitlet främst via mått på besöks- och kontaktmönster samt genomförda behandlingar och förekomsten av slutenvård som kan undvikas. Besöks- och kontaktmönster kan ses som en vid tillämpning av processdimensionen – då detta i sig inte säger något om ändamålsenligheten respektive innehållet i själva besöket eller kontakten. Vi väljer dock att ändå inkludera dessa mått under denna dimension, eftersom tillgänglighet kan betraktas som ett centralt intermediärt mål för primärvården. Tillgänglighet är viktig för att uppnå hög kvalitet både ur ett patientperspektiv och medicinskt perspektiv samt för att primärvården ska fungera som en samordnande jämlik lott till övrig vård. Klassificeringen är också i linje med tidigare forskning som antagit en vidare definition av vårdens processkvalitet (Kringos m.fl. 2010, Walander m.fl. 2004).

5.1 VÅRDKONSUMTIONEN MINSKAR

I det här avsnittet beskriver vi hur vårdkonsumtionen, mätt som antalet fysiska besök per invånare, har utvecklats i primärvården sedan 2011. Våra analyser tyder på att vårdkonsumtionen minskat på nationell nivå. När det gäller antalet icke-fysiska vårdbesök som sker hos digitala vårdgivare finns ingen samlad heltäckande statistik. Det gör det svårt att beskriva och bedöma utvecklingen för dessa besök. Tillgänglig statistik tyder på att de icke-fysiska vårdbesöken fortfarande utgör en mindre del av primärvårdsbesöken. Men den snabba ökningen av antalet digitala utomlänsbesök talar för att den bilden kommer att förändras framöver.

5.1.1 Antalet fysiska besök har minskat sedan 2011

Vi har analyserat den samlade besöksutvecklingen inom primärvården utifrån SKL:s verksamhetsstatistik. I analysen inkluderas både mottagningsbesök och hembesök som utförs av läkare eller annan personal inom primärvården. Våra resultat tyder på att antalet viktade besök – inklusive besök inom hemsjukvården – minskar från cirka 2,6 per invånare 2011 till cirka 2,4 besök 2015 – se faktaruta för beskrivning av hur viktade vårdbesök har beräknats. Detta motsvarar en procentuell minskning om 9 procent under perioden. Samtidigt har skillnaderna i besöksutveckling mellan landsting ökat. Detta illustreras av att variationskoefficienten har ökat med över 22 procent (tabell 12).

Beräkning av viktade vårdbesök i primärvården

I SKL:s verksamhetsstatistik registreras besök inom verksamhetsområdena allmänläkar- och sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, fysio- och arbetsterapi samt hemsjukvård respektive övrig primärvård. Därtill registreras vårdtillfällen inom sluten primärvård. För att få en helhetsbild inkluderas samtliga fysiska besök i primärvården – utom slutenvårdstillfällen – i vår beräkning. Besöken har viktats utifrån SKL:s beräkning av den relativa resursåtgången för olika typer av besök. Ett hembesök ges dubbel vikt i förhållande till ett mottagningsbesök och ett besök hos annan personalkategori än läkare viktas till 0,4 av ett läkarbesök. Totalt antal viktade besök i primärvården sätts sedan i relation till antalet invånare för att ge en bild av utvecklingen över tid.

Andra väsentliga delar av primärvårdens prestationer är exempelvis telefonkontakter och olika former av videobesök. Dessa kontakter inkluderas dock inte i besöksmättet eftersom vi bedömer osäkerheterna kring inrapporteringen av dessa uppgifter som alltför stora.

I de flesta landsting har ansvaret för hemsjukvården på senare tid övertagits av kommunerna. Utifrån SKL:s kostnadsstatistik är det framför allt i Stockholm – samt till viss del Uppsala, Västerbotten och Västmanland – som primärvården ansvarar för hela eller delar av hemsjukvården under perioden 2011–2015. Eftersom ansvaret för hemsjukvården skiljer sig åt i olika landsting har vi även analyserat besöksutvecklingen exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård. Besöksminskningen per invånare är då något lägre än vad som beskrevs ovan, ungefär 5 procent under perioden (tabell 12)

Tabell 12. Viktade besök i primärvården per invånare, exklusive och inklusive primärvårdsansluten hemsjukvård 2011–2015.

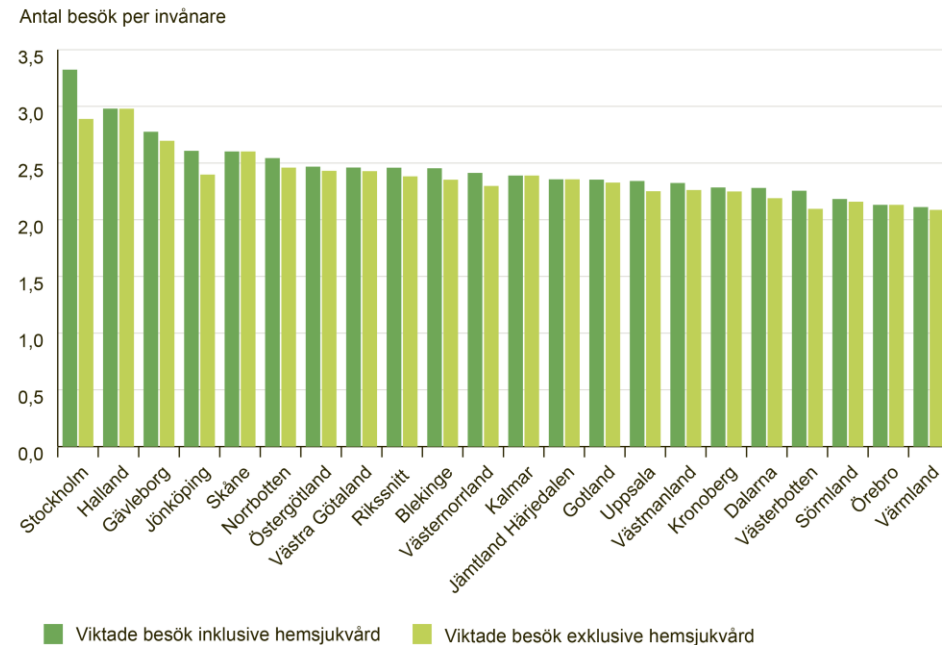
	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Rikssnitt exkl. hembesök	2,44	2,44	2,37	2,34	2,31	-5,4%
Min exkl. hembesök	2,15	2,11	2,08	1,98	1,99	-7,6%
Max exkl. hembesök	3,08	3,04	2,98	2,94	2,96	-3,9%
Variationskoefficient exkl. hembesök	9,8%	10,1%	10,9%	11,2%	11,2%	13,7%
Rikssnitt inkl. hembesök	2,58	2,55	2,44	2,38	2,35	-8,7%
Min inkl. hembesök	2,18	2,13	2,10	2,00	2,02	-7,6%
Max inkl. hembesök	3,22	3,23	3,34	3,41	3,42	6,4%
Variationskoefficient inkl. hembesök	11,2%	11,7%	12,5%	13,5%	13,7%	22,2%

Not: Rikssnittet är ett ovägt genomsnitt av vårdbesöken i samtliga landsting. Se faktaruta för en beskrivning av hur måttet viktade vårdbesök är konstruerat.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL

Figur 25 visar den viktade besöksvolymen i primärvården per landsting under perioden 2011–2015, inklusive respektive exklusive besök inom primärvårdsansluten hemsjukvård.

Figur 25. Årsmedelvärde av viktade besök i primärvården per invånare och per landsting, inklusive och exklusive hemsjukvård, genomsnitt 2011–2015.



Not: Riksnittet är ett ovägt genomsnitt av vårdbesöken i samtliga landsting. Se faktabeskrivning för en beskrivning av hur måttet viktade vårdbesök är konstruerat.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL.

Rangordningen mellan landsting påverkas till viss del av om hemsjukvården inkluderas eller inte, men skillnaderna i besöksvolymerna uppvisar ändå ett relativt tydligt mönster oavsett mått.

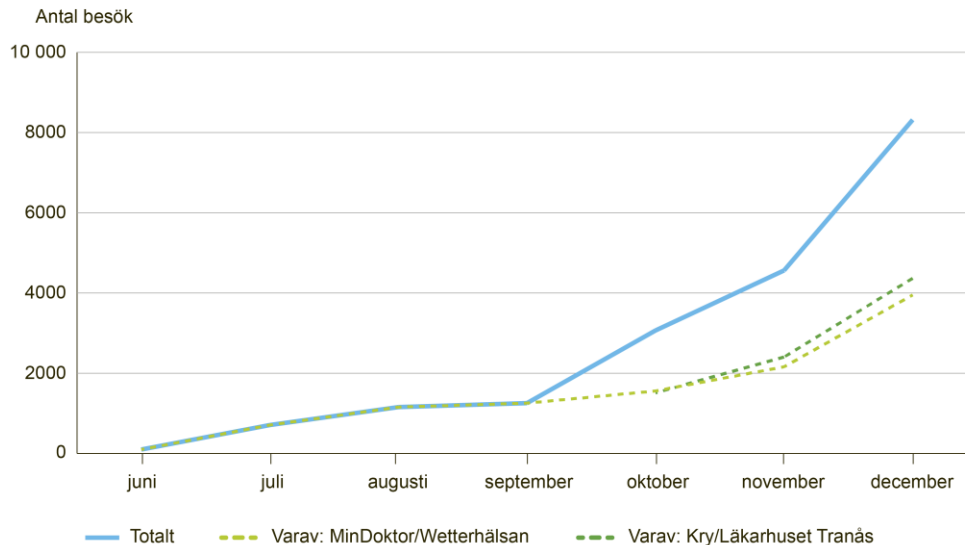
5.1.2 Antalet digitala utomlänsbesök ökar snabbt 2016

Utöver fysiska besök hos en vårdgivare kan patienter besöka en digital primärvårdsgivare. Digitala vårdgivare genomför så kallade icke-fysiska vårdbesök via telefon, video eller textmeddelanden i appar. De digitala vårdgivarna har ökat sedan den nya patientlagen trädde i kraft 2015 och gjorde det möjligt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget (9 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). Bestämmelsen innebär att en digital vårdgivare som har ett avtal med ett landsting kan ta emot patienter från hela landet och få ersättning från patientens hemlandsting genom systemet för utomlänsvård.

Vi har fått tillgång till statistik från Jönköping, där både Min Doktor och Kry tillhandahåller digital vård via underleverantörsavtal med fysiska vårdcentraler. Under perioden 16 juni till 16 december 2016 genomförde Min Doktor och Kry totalt 19 161 digitala utomlänsbesök i Jönköping. Det finns inga tillgängliga uppgifter över det totala antalet digitala vårdkontakter som utförs av dessa leverantörer. En grov uppskattning tyder dock på att de digitala vårdkontakterna fortfarande motsvarar mindre än 1 procent av vårdkontakterna i

primärvården (Vårdanalys 2017a). Av figur 26 framgår att de icke-fysiska besöken i Jönköping har fördubblats enbart under november och december månad 2016. Eftersom möjligheten att söka vård digitalt inte funnits tidigare är den snabba ökningen inte överraskande. Samtidigt talar den starka utvecklingen för att de icke-fysiska vårdbesöken kommer att svara för en allt större andel av vårdbesöken i framtiden.

Figur 26. Antal digitala "utomlänskontakter" – mejl och videobesök – för digitala vårdgivare i Jönköping.



Källa: Produktionsstatistik från regionledningskontoret i Jönköping.

Not: Utomlänskontakter, exklusive vårdkontakter med personer från Jönköping. Både asynkrona/mail-kontakter samt videobesök.

5.2 SVÅRT ATT FÅ EN TYDLIG BILD AV PRIMÄRVÅRDENS TILLGÄNGLIGHET

I det här avsnittet analyseras primärvårdens tillgänglighet. Vi redogör för hur väl vårdgarantins tidsgränser i primärvården uppfylls och redovisar hur medborgare och patienter har besvarat frågor om primärvårdens väntetider. Den sammantagna bilden, när vi analyserar ett index som belyser väntetider utifrån olika perspektiv, är att primärvårdens tillgänglighet har minskat över tid. Generellt är det dock svårt att få en tydlig bild av tillgängligheten då olika källor och mätmetoder ger delvis olika resultat.

5.2.1 Den sammantagna bilden är att tillgängligheten har försämrats över tid

Med tanke på att primärvården utgör en central del i första linjens vård är dess tillgänglighet särskilt viktig ur ett patientperspektiv – men även ur ett medicinskt perspektiv. En god tillgänglighet främjar exempelvis primärvårdens förmåga att lotsa patienterna vidare till rätt instans inom vården på ett effektivt sätt. För att ge en sammantagen bild har vi skapat ett index utifrån tre indikatorer som speglar olika delar av tillgängligheten till primärvård. Indexet omfattar andelen patienter som kommit i kontakt med vården via telefon samma dag och andelen som fått ett läkarbesök inom vårdgarantins sjudagarsgräns, enligt SKL:s nationella väntetidsdatabas – se faktaruta om vårdgarantin. Därtill inkluderas andel i befolkningen som instämmer i Vårdbarometerns påstående att väntetiderna till vårdcentraler är rimliga.

Kort om vårdgarantin i primärvården

Vårdgarantin ska enligt 9 kap. 1 § HSL innehålla en försäkran om att den enskilde får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti).
2. besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården). (6 kap. 1 § HSF)

Resultaten tyder på att tillgängligheten har försämrats med cirka fem procentenheter under tidsperioden, från en sammanviktad andel om drygt 84 procent till drygt 79 procent 2015. Skillnaderna mellan landstingen har också ökat något över tid (tabell 13).

Tabell 13. Tillgänglighetsindex baserat på tre indikatorer över primärvårdens tillgänglighet 2011–2015.

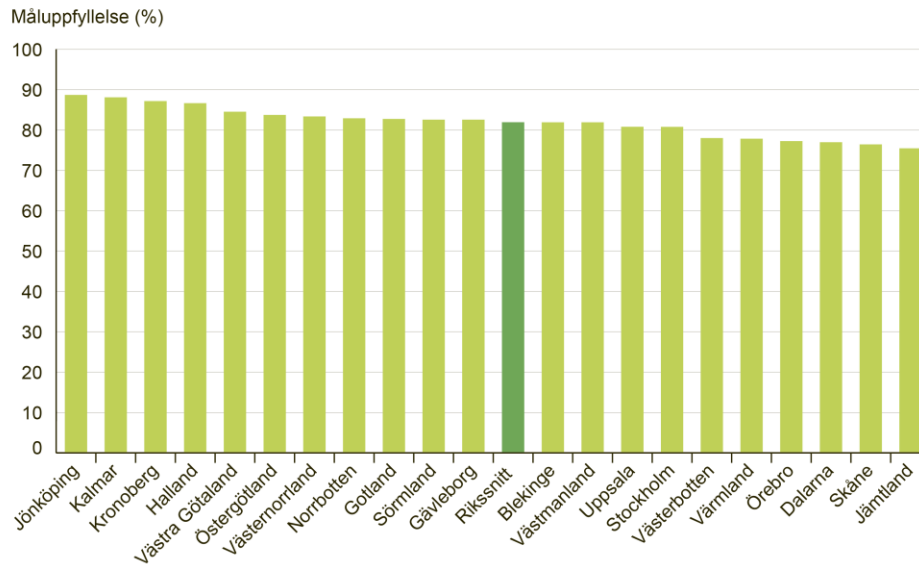
	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Rikssnitt	84,2 %	82,6 %	82,3 %	81,2 %	79,2 %	-5,8 %
Min	77,2 %	74,5 %	76,0 %	74,0 %	71,0 %	-8,0 %
Max	90,1 %	89,0 %	89,4 %	89,3 %	89,3 %	-0,8 %
Variationskoefficient	4,6 %	5,5 %	4,9 %	5,1 %	5,4 %	17,3 %

Not: Stockholm ingår inte i mätningen över telefontillgänglighet till primärvården. Resultaten för vårdgarantins två mätpunkter baseras på det sammanvägda resultatet av SKL:s vår- och höstmätning av tillgängligheten i primärvården.

Källa: Vårdbarometern och Väntetidsdatabasen, egna beräkningar.

Figur 27 visar medelvärdet av vårt tillgänglighetsindex per landsting under perioden 2011–2015.

Figur 27. Tillgänglighetsindex baserat på tre indikatorer över primärvårdens tillgänglighet, genomsnitt 2011–2015.



Not: Stockholm ingår inte i mätningen över telefontillgänglighet till primärvården. Resultaten för vårdgarantins två mätpunkter baseras på det sammanvägda resultatet av SKL:s vår- och höstmätning av tillgängligheten i primärvården.

Källa: Vårdbarometern, Väntetidsdatabasen, egna beräkningar.

5.2.2 Många får kontakt med primärvården inom vårdgarantins gränser, men endast två tredjedelar får en tid samma dag

Vi har även analyserat enskilda mått som beskriver primärvårdens tillgänglighet. Enligt SKL:s nationella väntetidsdatabas var måluppfyllelsen 90 procent för besök hos läkare inom sju dagar 2016 (tabell 14). Andelen telefonsamtal som besvarades samma dag var 87 procent. Sett över tid ligger andelarna konstant på omkring 90 procent, men 2016 års resultat är sämre än tidigare år. Jämfört med det bästa resultatet under perioden 2009–2016 är försämringen i storleksordningen 3 procentenheter för läkarbesök inom sju dagar respektive 5 procentenheter för telefontillgänglighet.

Skillnaderna mellan landstingen är stora. Andelen som får läkarbesök inom sju dagar varierar i olika landsting mellan 80 och 93 procent 2016. De regionala variationerna är ännu större när det gäller andelen som kommit i kontakt med vården via telefon samma dag: mellan 75 och 100 procent. Dessutom finns vårdcentraler där endast 50–60 procent får sitt besök inom sju dagar. Patienter som är hänvisade till dessa vårdcentraler möts alltså av en ganska dålig tillgänglighet.

Tabell 14. Väntetider till primärvården. Andel patienter som får läkarbesök inom sju, två respektive noll dagar samt andel telefonsamtal som besvaras samma dag.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Andel som får läkarbesök inom 7 dagar, procent								
Rikssnitt	91 %	92 %	93 %	93 %	93 %	92 %	90 %	90 %
Min	83 %	83 %	84 %	82 %	82 %	80 %	81 %	80 %
Max	97 %	97 %	98 %	98 %	98 %	97 %	93 %	93 %
Variationskoefficient	4 %	4 %	4 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %
Andel som får läkarbesök inom 2 dagar, procent								
Rikssnitt	78 %	79 %	81 %	81 %	81 %	80 %	78 %	78 %
Min	67 %	66 %	68 %	67 %	67 %	62 %	64 %	64 %
Max	82 %	84 %	86 %	87 %	86 %	85 %	85 %	83 %
Variationskoefficient	6 %	6 %	6 %	7 %	6 %	7 %	7 %	7 %
Andel som får läkarbesök samma dag, procent								
Rikssnitt	66 %	67 %	69 %	69 %	69 %	68 %	67 %	66 %
Min	53 %	51 %	54 %	52 %	53 %	49 %	52 %	51 %
Max	72 %	75 %	77 %	79 %	77 %	76 %	77 %	74 %
Variationskoefficient	9 %	11 %	9 %	10 %	10 %	11 %	10 %	10 %
Telefontillgänglighet – andel samtal som besvaras samma dag, procent								
Rikssnitt	88 %	89 %	90 %	89 %	92 %	90 %	88 %	87 %
Min	58 %	64 %	74 %	74 %	79 %	74 %	73 %	75 %
Max	99 %	99 %	99 %	99 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Variationskoefficient	11 %	11 %	9 %	9 %	7 %	8 %	8 %	7 %

Not: Resultaten är ett (ovägt) genomsnitt av varje års höst- och vårmätningar. Så kallat patientvalt väntande ingår inte i beräkningen. Rikssnittet är det samlade resultatet för alla observationer, det vill säga ett vägt medelvärde av samtliga landsting. För Uppsala saknas information från hösten 2009. 2009 års resultat för Uppsala baseras därför endast på vårmätningen.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKL.

Enligt väntetidsdatabasen får många patienter besök snabbare än vårdgarantins sju dagar. Under 2016 fick 78 procent sitt besök inom två dagar och 66 procent fick sitt besök redan samma dag. Inte heller dessa resultat har förändrats i någon större utsträckning sedan 2009. Men för dessa kortare tidsgränser är den geografiska variationen större än för sjudagarsgränsen (tabell 14).

5.2.3 Patienter är mer kritiska till väntetiderna än vad som ses i vårdgarantins efterlevnad

I patient- och befolkningsundersökningar om väntetider inom primärvården svarar 80 procent av patienterna att de fick sitt besök på vårdcentralen inom sju dagar, och drygt

30 procent att de fått det samma dag (tabell 15). I båda fallen är det alltså en lägre andel än vad väntetidsdatabasen visar.

I Nationell Patientenkät 2015 uppger 81 procent att de fått besöka vårdcentralen inom rimlig tid (tabell 15). I Vårdbarometern 2015, som vänder sig till befolkningen, instämmer 61 procent helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till vårdcentral är rimliga, vilket alltså är en betydligt mindre andel än i patientenkäten.

En möjlig förklaring till att resultaten i Vårdbarometern och Nationell Patientenkät skiljer sig åt är att undersökningarna riktar sig till olika målgrupper. Medan patientenkäten besvaras av patienter som nyligen varit i kontakt med primärvården består urvalet till Vårdbarometern av befolkningen som helhet. Det är således möjligt att de svaga resultaten i Vårdbarometern är relaterade till andra faktorer än vårdens faktiska tillgänglighet – se faktaruta för en kort beskrivning av undersökningarna.

Tabell 15. Resultat från patient- och medborgarundersökningar om väntetider.

Hur länge fick du vänta på ditt besök?					
Samma dag	1–2 dagar	3–5 dagar	6–7 dagar	Mer än 7 dagar	Totalt antal svar
32 %	21 %	17 %	10 %	20 %	94 532

Källa: SKL:s Nationell Patientenkät primärvård 2013

Fick du besöka vårdcentralen inom rimlig tid?					
Ja, helt och hållet (5)	4	3	2	Nej, inte alls (1)	Totalt antal svar
57 %	24 %	11 %	4 %	3 %	106 210

Källa: SKL:s Nationell Patientenkät primärvård 2015

I mitt landsting/region är väntetider till besök på vårdcentral/motsvarande rimliga.					
Instämmer helt	Instämmer delvis	Varken eller	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Totalt antal svar
34 %	27 %	21 %	11 %	7 %	37 581

Nationell Patientenkät är en enkätundersökning om patientrapporterad kvalitet

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Undersökningarna genomförs vartannat år och samordnas av SKL. Sedan 2009 deltar samtliga regioner och landsting i undersökningarna. Olika enkäter riktas till patienter som har besökt olika delar av hälso- och sjukvården, bland annat primärvård, somatisk öppen- och slutenvård och psykiatrisk öppen- och slutenvård (SKL 2016b).

Till 2015 års primärvårdsundersökning togs en ny enkät fram, med nya frågor. Den nya enkäten har bland annat tagit hänsyn till förändringar i patientlagen och ska till viss del följa upp hur vården tillgodoser deras skyldigheter enligt lagen utifrån patientens perspektiv. Förändringarna innebär att det inte går att jämföra resultat över tid och att många frågor endast finns i den nya respektive gamla enkäten.

2015 års primärvårdsenkät skickades till drygt 265 000 personer. 109 065 svar kom in, vilket innebär att svarsfrekvensen var 41 procent. Men antalet svar skiljer sig mellan olika frågor och dimensioner eftersom varje patient kan välja att inte svara på frågan eller svara att frågan inte är aktuell (SKL 2016c).

Vårdbarometern är en befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården

Vårdbarometern är en årlig intervjuundersökning bland Sveriges befolkning och genomförs på uppdrag av SKL. Varje år intervjuas omkring 0,5 procent av den vuxna (18 år och äldre) befolkningen per telefon. Avsikten är att mäta befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården (SKL 2016d).

5.2.4 Sämre upplevd tillgänglighet bland yngre, dem med sämre hälsa och dem med annat modersmål än svenska

Vi har även analyserat om tillgängligheten är densamma för olika grupper, exempelvis utifrån ålder, kön, utbildning och hälsotillstånd. Besöksstatistik tyder på att det inte finns några tydliga tecken på undanträngningseffekter av svagare grupper. En studie av Vårdanalys (2015a) tyder på att det generellt sett är mer sannolikt att personer med lägre utbildning eller inkomst gjort minst ett besök i primärvården än de med högre utbildning och inkomst.

Möjligheterna att undersöka skillnader i väntetider mellan olika grupper är dock begränsade. Det beror på att väntetidsdatabasen enbart innehåller information om personernas kön och ålder, och att den inte går att koppla ihop med andra källor med information om exempelvis utbildning. När det gäller kön framkommer inga markanta skillnader i väntetid mellan män och kvinnor (figur 28), vilket är i linje med tidigare redovisningar (Vårdanalys 2014b, 2015c). Barn är den grupp som i störst utsträckning får vård både samma dag och inom Vårdgarantins sjudagarsgräns. Mellan övriga åldersgrupper finns skillnader upp till fem procentenheter där andelen patienter som får vård samma dag (0 dagar), inom två respektive sju dagar är lägst i åldern 60–79 år (figur 28).

Figur 28. Andel patienter som får besök hos läkare i primärvården inom noll, två respektive sju dagar fördelat på kön och ålder, 2016.



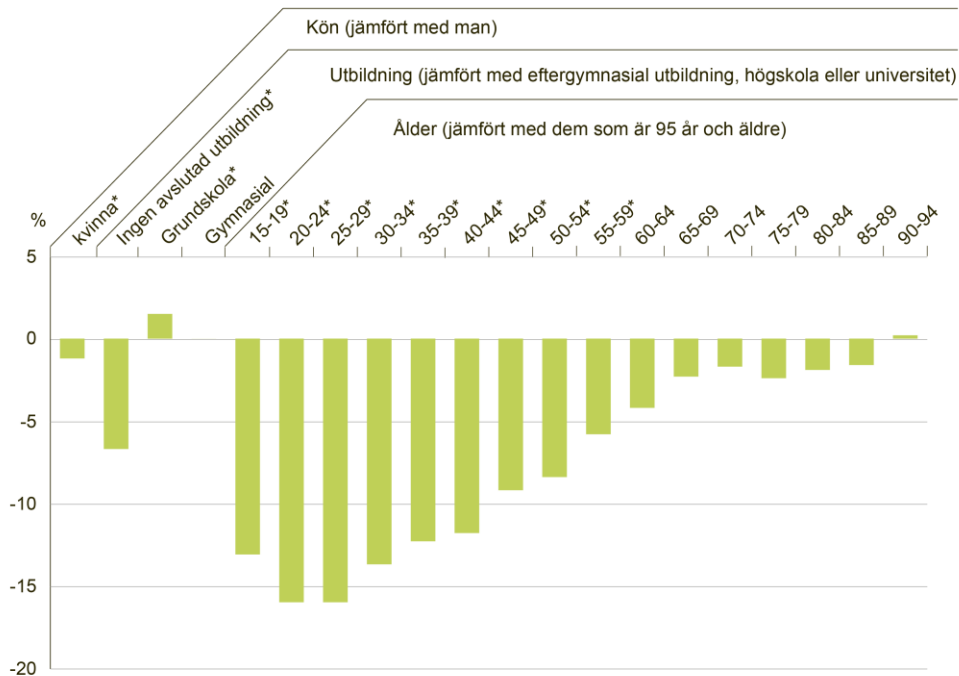
Not: Beräkningen exkluderar så kallat patientvalt väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen 2016.

När det gäller patienternas upplevelser av vårdens tillgänglighet finns vissa skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Vi har i en tidigare rapport (Vårdanalys 2014b) analyserat hur olika grupper besvarade frågan "Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet?" i Nationell Patientenkät 2011. Resultaten visade att äldre patienter samt patienter med god hälsa eller hög utbildning var mest nöjda med tillgängligheten. Dessutom var personer med annat modersmål än svenska mindre nöjda med tillgängligheten än personer med svenska som modersmål.

När Nationell Patientenkät gjordes om inför 2015 års undersökning uteslöts vissa bakgrundsfrågor – bland annat gällande modersmål och hälsotillstånd – och det begränsar vilka analyser som kan göras utifrån enkäten. Men information om ålder och utbildning finns fortfarande med i enkäten. Figur 29 visar att personer med låg utbildning i mindre utsträckning uppger att de fick besöka vårdcentralen inom rimlig tid än övriga. Men de största skillnaderna är mellan olika åldersgrupper. De yngre är betydligt mindre nöjda än äldre.

Figur 29. Skillnader mellan patientgrupper med olika utbildning och ålder i andelen som angett ett positivt svar på frågan "Fick du besöka hälso/vårdcentralen i rimlig tid?". Skillnaden uttrycks i procentenheter.



Not: Positivt svar motsvarar de respondenter som har svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala. Resultaten i figuren baseras på en multipel regression (OLS) där "positivt svar" på frågan är utfallsvariabel och ålder, kön och utbildning är förklarande variabler (bilaga 3). * Indikerar att skillnaden är statistiskt signifikant på åtminstone femprocentsnivå.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

5.3 SJUKDOMSSPECIFIKA PROCESSMÅTT KOMPLETTERAR BILDEN OCH VISAR PÅ EN POSITIV UTVECKLING

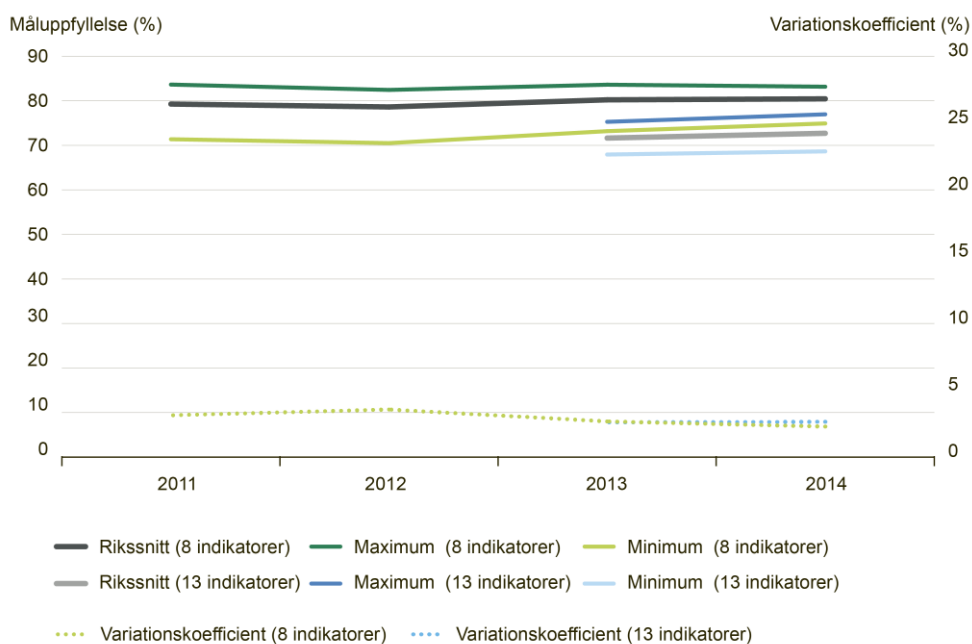
Det är svårt att hitta övergripande mått som sammanfattar primärvårdens processkvalitet eftersom verksamheten är bred och inte enkelt kan avgränsas utifrån olika sjukdomsgrupper. Idag saknas dessutom ett primärvårdsregister, där samtliga landsting ingår eller som beskriver alla delar av primärvårdens verksamhet. Däremot finns vissa sjukdomsspecifika kvalitetsregister som kan sägas ha bäring på primärvårdens verksamhet. Vi har därför försökt att identifiera ett antal sjukdomsspecifika processmått som kan ge en bild av ändamålsenligheten i primärvårdens insatser.

Figur 30 visar ett index som består av åtta processindikatorer med bäring på primärvården och som är möjliga att följa från 2011 till 2014. I indexet ingår mått på diabetesvård, läkemedelsanvändning, förekomst av förebyggande arbete, palliativ vård samt vaccination. Ser vi i stället till 2013 och 2014 finns ytterligare fem indikatorer. Dessa fångar även hjärtsjukvård, vård vid sjukdom i rörelseorganen samt vård vid depression. Indikatorerna

avser generellt andelen patienter med en viss diagnos som har fått aktuell behandling. Ett högt summerat andelsvärde för indexet är önskvärt – se bilaga 4 för en beskrivning av samtliga indikatorer som ingår i indexet.

Generellt ses en viss förbättring vad gäller andelen patienter som erhåller önskvärd behandling över tid, därtill en viss minskning gällande variationer mellan landsting (figur 30). Men eftersom även andra vårdnivåer kan ansvara för de aktuella insatserna är det svårt att avgöra primärvårdens relativa betydelse för utfallet.

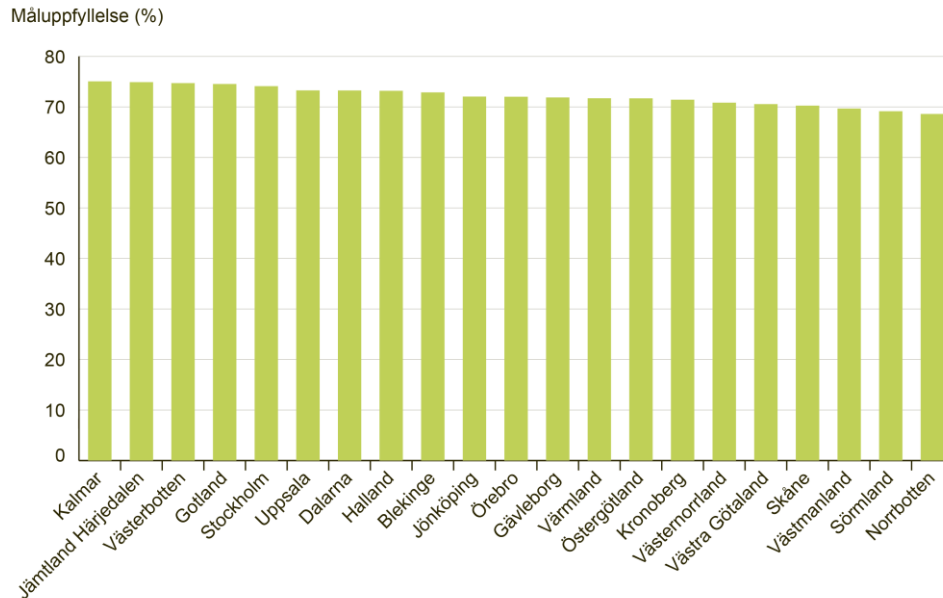
Figur 30. Index över sjukdomsspecifika processmått med bäring på primärvärdsverksamhet. Indexet för 2011–2014 avser åtta indikatorer och indexet för 2013–2014 avser 13 indikatorer.



Källa: Kolada som i sin tur baseras på Diabetesregistret (NDR), Svenska Palliativregistret samt Skatteverkets befolkningsregister – Navet, Socialstyrelsens Patientregister, Läkemedelsregister och Dödsorsaksregister, Smittskyddsinstitutet, SKL:s nationella patientenkät, Svenska höftprotesregistret, Kvalitetsregister ECT, egna beräkningar.

Figur 31 visar den samlade viktade måluppfyllelsen för de 13 sjukdomsspecifika indikatorerna under perioden 2013–2014. Beräkningen utgörs av medelvärdet för de två åren. Som framgår av figuren är måluppfyllelsen störst i Kalmar, Jämtland och Västerbotten samt lägst i Västmanland, Sörmland och Norrbotten.

Figur 31. Index över sjukdomsspecifika processmått med bäring på primärvårdsverksamhet per landsting baserat på 13 indikatorer, genomsnitt 2013–2014.



Källa: Kolada som i sin tur baseras på Diabetesregistret (NDR), Svenska Palliativregistret samt Skatteverkets befolkningsregister – Navet, Socialstyrelsens Patientregister, Läkemedelsregister och Dödsorsaksregister, Smittskyddsinstitutet, SKL:s nationella patientenkät, Svenska höftprotesregistret, Kvalitetsregister ECT, egna beräkningar.

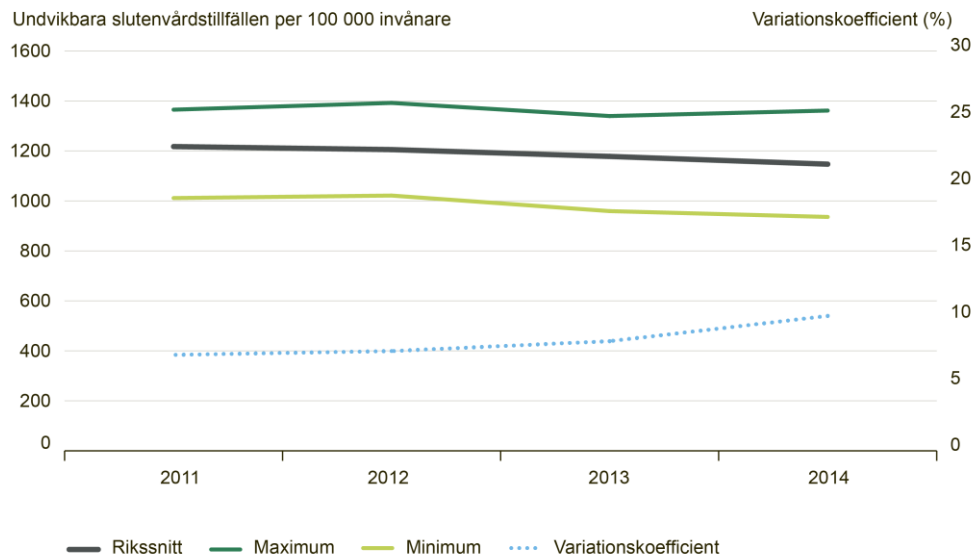
5.4 VISS MINSKNING I SLUTENVÅRD SOM KAN UNDVIKAS

Slutenvård som kan undvikas kan i viss mån ses som ett övergripande mått på den öppna vårdens kvalitet. I denna rapport har vi dock valt att redovisa denna indikator som ett processmått. Måttet syftar till att mäta hur ofta det förekommer slutenvård – vård som borde ha kunnat förhindras om primärvården och övrig öppenvård fungerat optimalt. Exempel på diagnoser som ingår är hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabeteskomplikationer. Dessa diagnoser fångar hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där lämplig behandling inom rimlig tid kunde ha förhindrat att patienten lades in på sjukhus, såsom blödande magsår och njurbäckeninflammation (Socialstyrelsen och SKL 2014). Generellt är lägre siffror att föredra, men det saknas konsensus kring optimala nivåer.

Nationellt ser vi en minskning på cirka 6 procent mellan 2011 och 2014 när det gäller slutenvårdstillfällen som är möjliga att undvika. Men variationen mellan landstingen har ökat påtagligt (figur 32). Samtidigt måste skillnaderna i denna slutenvård tolkas med en viss försiktighet, bland annat eftersom förekomsten av vissa sjukdomstillstånd skiljer sig åt mellan olika landsting och att sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Dessutom kan det ta lång tid att påverka utvecklingen. Till exempel kan det dröja många år

innan förbättringar inom diabetesvården resulterar i en minskning av andelen slutenvårdstillfällen.

Figur 32. Antal slutenvårdstillfällen som kan undvikas per 100 000 invånare, 2011–2014.



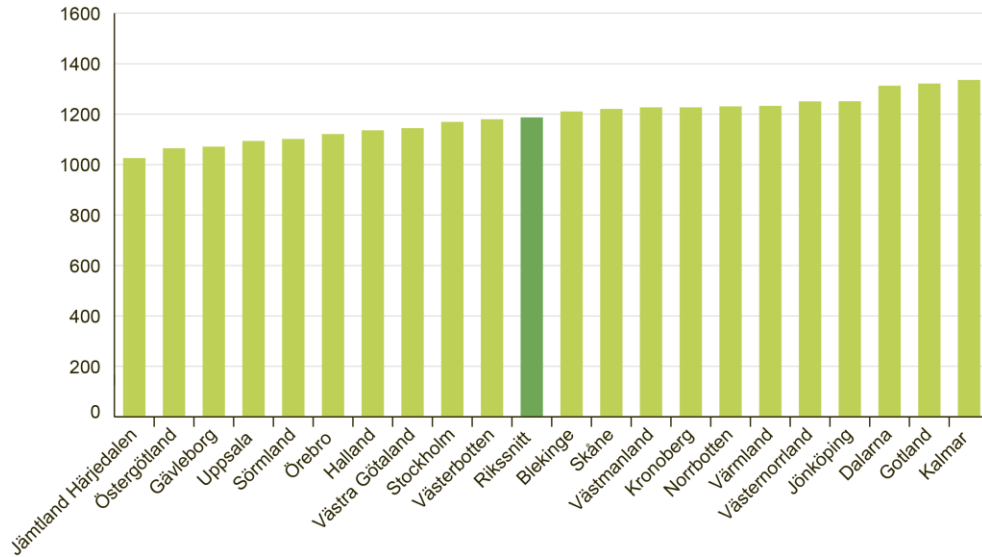
Not: Vid beräkningen korrigeras för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Åldersstandardisering har gjorts med befolkningen år 2000 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen baseras på patienternas hemort.

Källa: Kolada som i sin tur baseras på Socialstyrelsens patientregister.

Figur 33 visar antalet undvikbara slutenvårdstillfällen per landsting i genomsnitt för åren 2011–2014. Förekomsten av slutenvårdstillfällen som kan undvikas är lägst i Jämtland, Härjedalen, Östergötland och Gävleborg samt högst i Kalmar, Dalarna och Gotland.

Figur 33. Antal slutenvårdstillfällen som kan undvikas, per 100 000 invånare, genomsnitt 2011–2014, per landsting.

Undvikbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare.



Källa: Kolada som i sin tur baseras på Socialstyrelsens patientregister.

6 Primärvårdens resultat kvalitet

I detta kapitel undersöks primärvårdens resultat kvalitet, det vill säga vilka resultat som uppnås, med hjälp av nationell statistik. Resultatdimensionen fångas här via såväl patienters subjektiva upplevelser av vårdens kvalitet som mer objektiva medicinska resultat. Underlaget ger värdefull information om primärvårdens resultat, men tolkningen försvåras av begränsade möjligheter att analysera den patientrapporterade kvaliteten över tid och av att det i stor uträkning saknas uppgifter om den medicinska kvaliteten i primärvården. En central slutsats är att det utifrån patienternas perspektiv tycks finnas en förbättringspotential för samtliga kvalitetsdimensioner som följs upp i primärvården, i synnerhet vad gäller vårdens kontinuitet och koordinering. Vi noterar också betydande geografiska skillnader när det gäller patientrapporterad kvalitet i primärvården. Dessutom tycks äldre patienter ha bättre upplevelser av vården än yngre. Däremot ser vi inte några tydliga skillnader mellan män och kvinnor eller olika utbildningsgrupper.

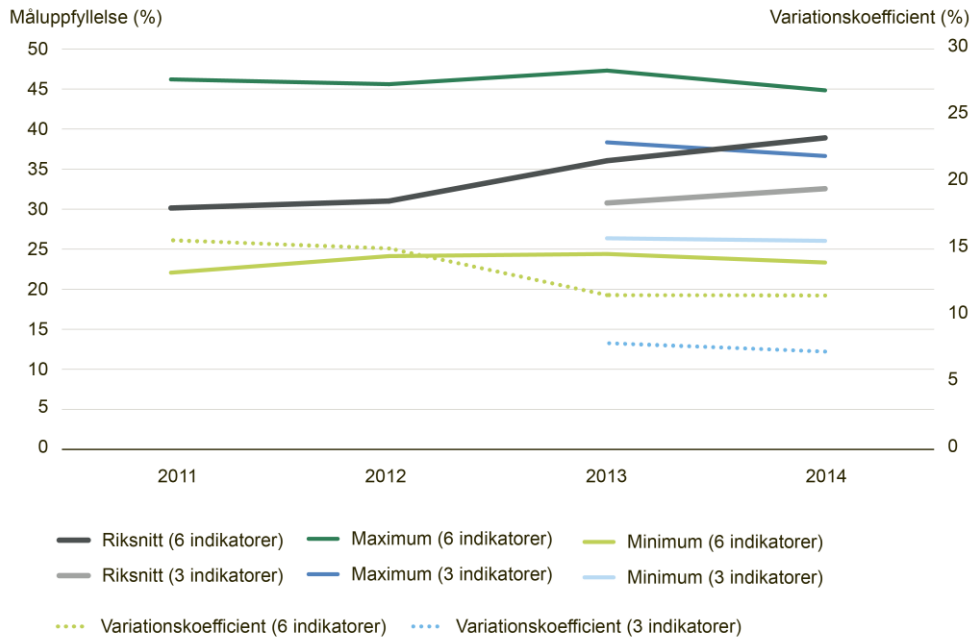
6.1 BRISTFÄLLIGA FÖRUTSÄTTNINGAR ATT FÖLJA UPP MEDICINSK KVALITET, MEN DET FINNS TECKEN PÅ EN POSITIV UTVECKLING

Att mäta primärvårdens bidrag till hälsoutfallet är extra svårt eftersom vårdkedjan – och därmed också de slutliga hälsoeffekterna – ofta inkluderar övriga vårdområden, såsom specialiserad somatisk eller psykiatrisk vård. Därtill saknas idag i stort sett information om primärvårdens medicinska resultat eftersom sådana data inte samlas in systematiskt. SKL arbetar med att skapa ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, men alla landsting har ännu inte anslutit sig. Därför har inte dessa indikatorer kunnat användas i denna studie. Positivt är dock att en handfull mått som täcker diabetesvård tyder både på kvalitetsförbättringar sedan 2011 och på att variationen mellan landsting minskar.

6.1.1 Mått på medicinsk kvalitet från diabetesvården visar på en positiv utveckling

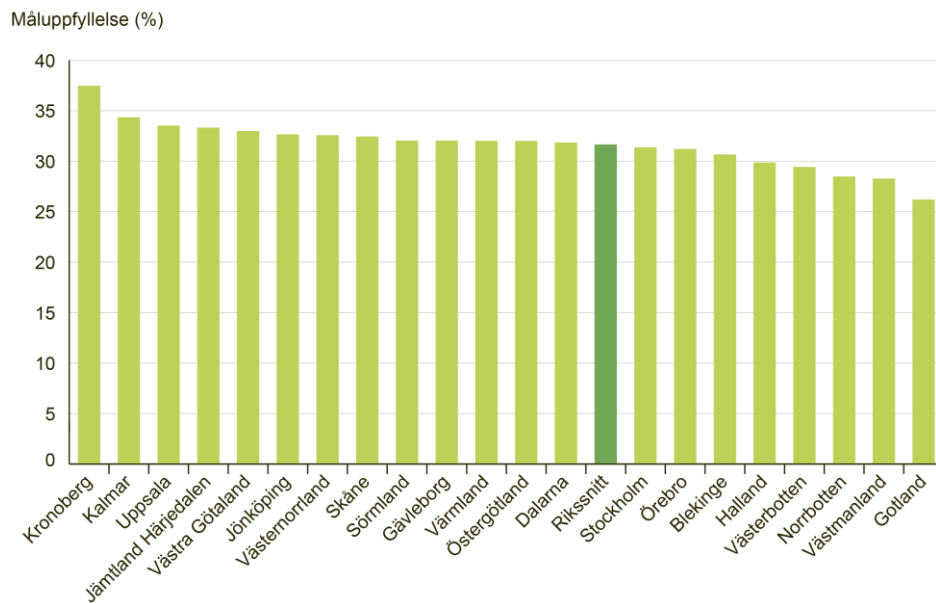
De medicinska resultatmått som vi har funnit och som kan användas för att på nationell nivå följa upp primärvårdens medicinska resultat handlar uteslutande om diabetesvård. Måtten fångar huvudsakligen olika målvärden för blodsocker för patienter med diabetes – se bilaga 4. Tillsammans täcker de långt ifrån alla aspekter av primärvårdens arbete och insatser. Redovisningen nedan ska således snarare ses som ett försök att belysa den viktiga aspekten om resultat i primärvården. Antalet jämförbara indikatorer varierar över tid: för perioden 2011–2014 finns tre tillgängliga sådana och för perioden 2013–2014 sex stycken. För samtliga ingående indikatorer påvisar en högre andel patienter som når måluppfyllelsen ett önskvärt resultat. Vi ser tydliga tecken på förbättringar över tid, för båda indexen. Därtill minskar även variationen mellan landsting (figur 34).

Figur 34. Index över medicinska resultat för sex respektive tre indikatorer avseende diabetesvård 2013–2014 respektive 2011–2014.



Källa: Kolada vars uppgifter baseras på Nationella Diabetesregistret (NDR), egna beräkningar.

Figur 35. Index över medicinska resultat för sex indikatorer avseende diabetesvård, genomsnitt 2013–2014.



Källa: Kolada vars uppgifter baseras på Nationella Diabetesregistret (NDR), egna beräkningar.

I figur 35 visas landstingens genomsnittliga måluppfyllelse för de sex diabetesrelaterade indikatorerna som finns tillgängliga för perioden 2013–2014. Resultaten visar på en stor spridning mellan landstingen: 26 procent på Gotland med lägst resultat och 38 procent i Kronoberg med högst resultat.

6.2 PATIENTRAPPORTERADE UPPLEVELSER TYDER PÅ ATT KONTINUITET OCH KOORDINERING ÄR VIKTIGA UTMANINGAR

I det här avsnittet redovisas patientrapporterade upplevelser av primärvården baserat på Nationell Patientenkät. Resultaten bekräftar den sedan tidigare kända bilden att patienterna upplever brister, särskilt när det gäller primärvårdens kontinuitet och koordinering. Inom denna dimension rapporterar patienterna sämst upplevelser och skillnaderna mellan olika landsting är också förhållandevis stora. För övriga fyra dimensioner: patienters delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande samt emotionellt stöd är resultaten bättre och de geografiska skillnaderna är också mindre. Vidare skiljer sig patienters omdömen markant mellan åldersgrupper, medan skillnaderna mellan män och kvinnor är jämförelsevis små.

Nationell Patientenkät ger värdefull information om patienternas upplevelser av primärvården och är ett av de få underlag som finns för att följa upp primärvårdens mål. Resultaten från enkäten är dock svåra att tolka och analysera vidare. Det beror bland annat på att det är svårt att veta om enkätfrågorna mäter vad de faktiskt är avsedda att mäta, att det saknas potentiellt väsentlig bakgrundsinformation om patienterna och att resultaten inte går att följa över tid.

6.2.1 Patientrapporterade upplevelser av primärvården analyseras med Nationell Patientenkät

Analysen bygger på Nationell Patientenkät för primärvården 2015. Enkäten består av en rad frågor som SKL har grupperat i ett antal övergripande kvalitetsdimensioner som är viktiga ur ett patientperspektiv (figur 36). Faktarutan nedan beskriver hur frågorna vägs samman och hur resultaten för respektive dimension beräknas och redovisas. Se också faktaruta i avsnitt 5.2.3 för en beskrivning av Nationell Patientenkät.

Figur 36. Nationell Patientenkät för primärvården 2015 består av ett antal frågor som grupperas i sex kvalitetsdimensioner.

1. Kontinuitet och koordinering	2. Information och kunskap	3. Delaktighet och involvering	4. Respekt och bemötande	5. Emotionellt stöd	6. Helhetsintryck
<p>I. Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?</p> <p>II. Fick du träffa den läkare du ville träffa?</p> <p>III. Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?</p> <p>IV. Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?</p> <p>V. Upplevde du att personalen samarbetade väl?</p>	<p>I. Förklarade läkaren medicineringen/ behandlingen på ett sätt som du förstod?</p> <p>II. Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?</p> <p>III. Under besöket, informerade personalen dig om eventuella förseningar?</p> <p>Fick du tillräckligt med information om:</p> <p>IV. Medicinering och eventuella biverkningar</p> <p>V. Behandlingen</p> <p>VI. Varnings-signaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling</p>	<p>I. Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?</p> <p>II. Gav läkaren din familj/vårdnadshavare eller närstående den information de önskade?</p> <p>III. Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?</p> <p>IV. Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?</p> <p>V. Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ ditt hälsotillstånd?</p>	<p>I. Bemötte läkaren dig med medkänsla och omsorg?</p> <p>II. Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?</p> <p>III. Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang?</p> <p>IV. Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?</p>	<p>I. Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren (t ex om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)?</p> <p>II. Om du kände obehag beträffande/om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?</p>	<p>I. Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?</p> <p>II. Skulle du rekommendera hälso-/vårdcentralen till vänner och bekanta?</p> <p>III. Upplevde du att atmosfären på hälso-/vårdcentralen var bra?</p>

Not: Utöver dessa sex kvalitetsdimensioner ingår även dimensionen tillgänglighet i Nationell Patientenkät. Tillgänglighet behandlas i kapitel 5.

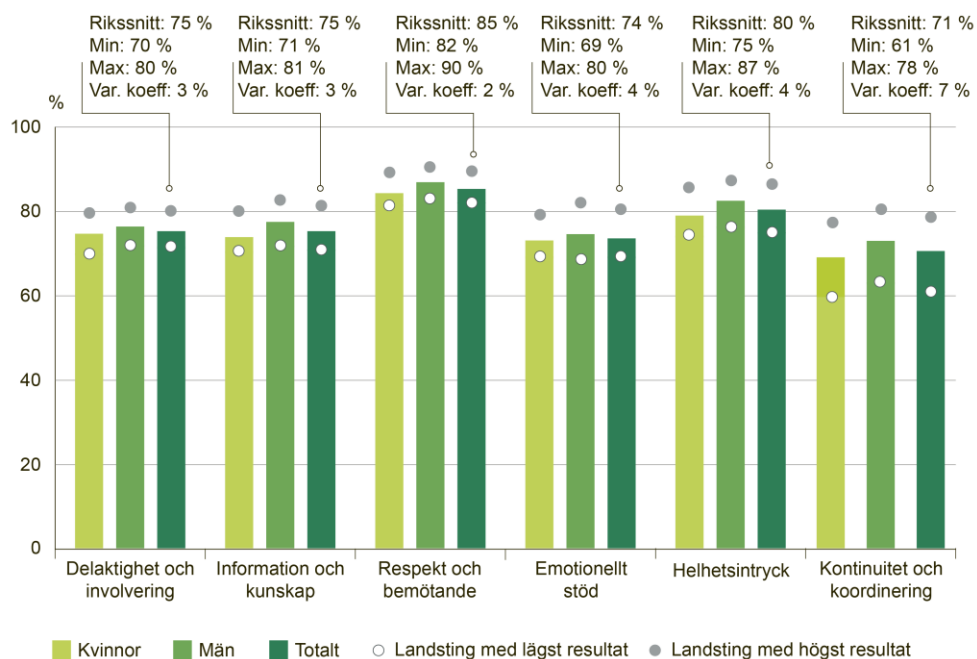
Flera enkätfrågor vägs samman för att belysa väsentliga aspekter av patienternas erfarenheter

Frågorna i Nationell Patientenkät har flera svarsalternativ. Vi redovisar andelen positiva svar på samma sätt som SKL gör. Oftast räknas de två mest positiva svarsalternativen på en femgradig svarsskala som positiva. För att beräkna resultatet för en kvalitetsdimension väger vi samman svaren från de frågor som tillhör den aktuella dimensionen med lika vikter. Vi väger först samman svaren från frågorna inom en dimension för varje individ (med lika vikter för de frågor som personen har besvarat). Varje individ får då ett värde som indikerar hur nöjd hen sammantaget är med en viss dimension, exempelvis information och kunskap. Vi beräknar sedan medelvärdet av individens värde för dimensionen som helhet. Detta innebär att om det finns ett systematiskt bortfall för en viss fråga, det vill säga om en viss fråga har besvarats i mindre utsträckning än andra, ges den frågan mindre tyngd när resultaten för en kvalitetsdimension beräknas. SKL använder sig i stället av statistiska metoder där samvariationen mellan olika indikatorer styr viktningen. En jämförelse av utfallen visar dock att de båda viktningarna ger likvärdiga resultat.

6.2.2 Bristande kontinuitet och koordinering är centrala svagheter i primärvården och variationen är större än för övriga områden

Figur 37 visar resultaten för de sex dimensionerna av patientrapporterade upplevelser, dels totalt för riket och dels uppdelat på män respektive kvinnor.

Figur 37. Patientrapporterade upplevelser i sex dimensioner för män respektive kvinnor samt riket totalt.



Not: Variationskoefficienten är beräknad utifrån landstingens resultat för män och kvinnor totalt.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

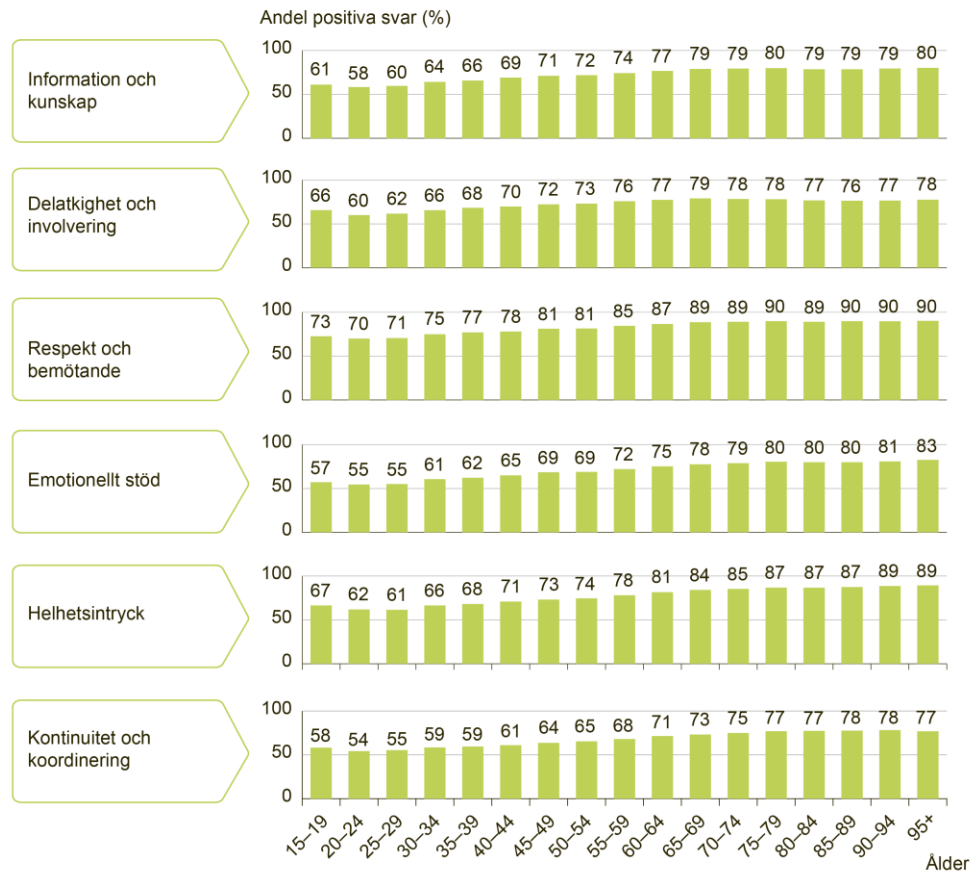
Ett högre värde innebär nöjdare patienter. Respekt och bemötande är den dimension som får högst omdöme av patienterna: 85 procent för riket som helhet, män och kvinnor tillsammans; därefter följer helhetsintrycket. Dimensionerna delaktighet och involvering, information och kunskap samt emotionellt stöd ligger omkring 75 procent för riket (män och kvinnor totalt). Sämst omdömen får dimensionen kontinuitet och koordinering med 71 procent för riket. Intressant är även att variationen mellan landsting är större för kontinuitet och koordinering än för övriga dimensioner. Skillnaden mellan landstingen med högst respektive lägst resultatet är här 18 procentenheter.

De största skillnaderna återfinns mellan åldersgrupper

Vi har även undersökt hur resultaten från Nationell Patientenkät skiljer sig mellan utbildningsgrupper och mellan olika åldersgrupper. Det finns tydliga skillnader mellan åldersgrupperna, enligt ett mönster som är likartat för samtliga dimensioner. Bortsett från den yngsta gruppen (15–19 år) rapporterar de yngre väsentligt sämre upplevelser än de äldre. Upplevelserna förbättras i takt med stigande ålder till omkring 65–75 år, då omdömena antingen planar ut eller går tillbaka något (figur 38). Dessa skillnader består även när vi tar hänsyn till kön, utbildning och landstingstillhörighet (se figur 40 och bilaga 3). Då ser vi skillnader på 20–25 procentenheter mellan de åldersgrupper som rapporterar bäst respektive sämst upplevelser, det vill säga betydligt större skillnader än mellan olika landsting.

Kvinnor rapporterar sämre upplevelser än män

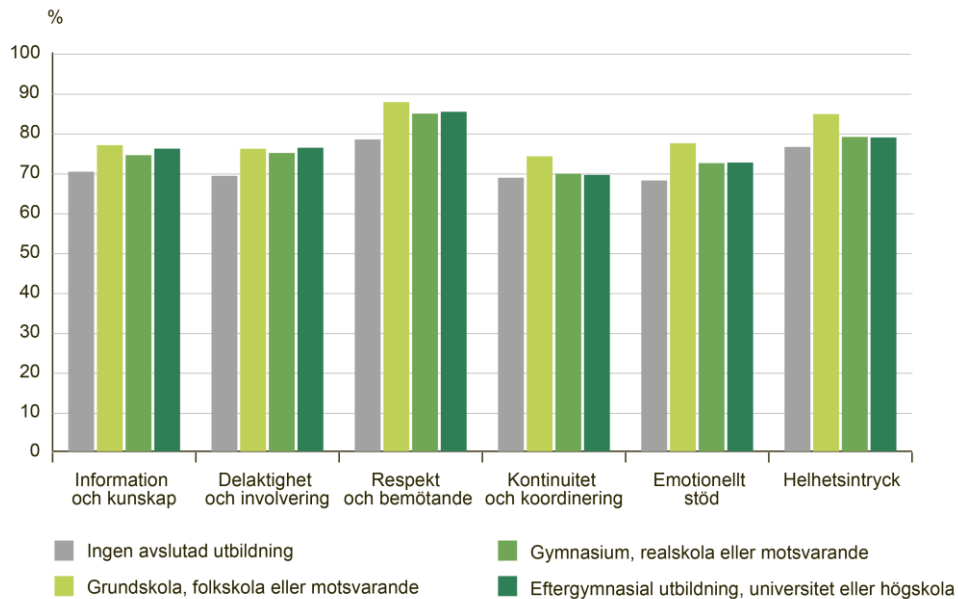
Skillnaderna mellan män och kvinnor är betydligt mindre än skillnaderna mellan olika åldersgrupper. Kvinnor rapporterar sämre upplevelser än män för samtliga dimensioner (figur 37). När hänsyn tas till ålder, utbildning och landstingstillhörighet minskar dock skillnaderna. Den största skillnaden i svaren mellan män och kvinnor i absoluta termer är då endast 2,5 procentenheter för dimensionerna kontinuitet och koordinering samt information och kunskap (figur 40).

Figur 38. Sex dimensioner av patientrapporterade upplevelser separerat på åldersgrupper (femårsintervall).

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

Generellt sett inga markanta skillnader mellan utbildningsgrupper

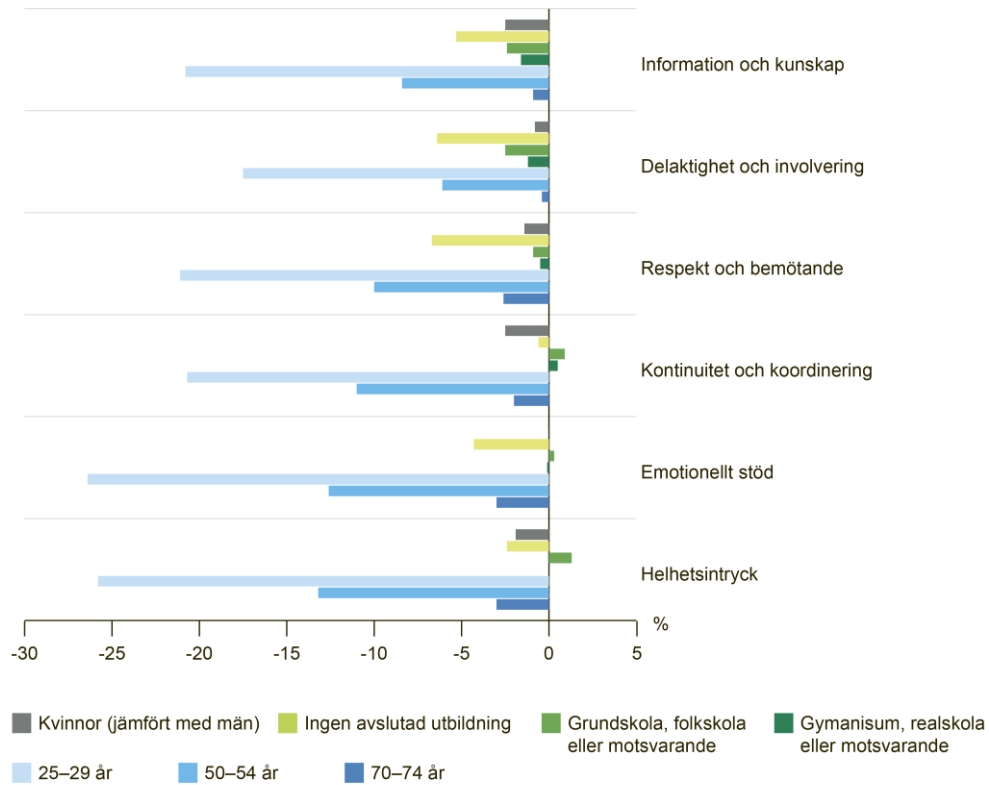
Även skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är förhållandevis små. Figur 39 visar resultaten för fyra utbildningsgrupper. De med lägst utbildning, det vill säga de utan avslutad gymnasieutbildning, rapporterar sämre upplevelser av samtliga dimensioner, även om skillnaden är mindre för kontinuitet och koordinering och för helhetsintryck. De med näst lägst utbildning, det vill säga grundskola, folkskola eller motsvarande, tenderar att rapportera bättre upplevelser än övriga grupper. Skillnaderna mellan de två högsta utbildningsgrupperna, det vill säga mellan dem med gymnasial respektive eftergymnasial utbildning, är generellt små.

Figur 39. Sex dimensioner av patientrapporterade upplevelser fördelat på utbildningsgrupper.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

Figur 40 redovisar de samlade resultaten från den statistiska analysen där hänsyn till kön, ålder, utbildning och landsting tas samtidigt. Figuren visar kvinnors resultat i jämförelse med mäns, de tre lägre utbildningsgruppernas resultat i jämförelse med högsta utbildningsgruppen samt hur resultaten för ett urval av tre åldersgrupper (25–29 år, 50–54 år och 70–74 år) förhåller sig till den äldsta åldersgruppen (95 år och äldre). När hänsyn tas till kön, ålder och landstingstillhörighet ändras mönstret för utbildningsskillnaderna och det blir tydligt att skillnaderna mellan utbildningsgrupper har ett samband med ålder. Skillnaden mellan den lägsta utbildningsgruppen och övriga består, men de bättre resultaten bland dem med grundskola eller motsvarande försvinner till stor del, och blir i stället i vissa fall sämre jämfört med den högsta utbildningsgruppen. De tidigare observerade bättre resultaten bland dem med grundskola kan alltså till stor del förklaras av att denna grupp består av många äldre som generellt rapporterar bättre upplevelser än andra åldersgrupper. Fortfarande framträder inga markanta skillnader mellan de två högsta utbildningsgrupperna (figur 40). Även om särskilt kvinnor och den lägsta utbildningsgruppen rapporterar sämre upplevelser, återfinns betydligt större skillnader mellan åldersgrupperna.

Figur 40. Skillnader mellan män och kvinnor, utbildnings- och åldersgrupper för sex dimensioner av patient-rapporterade upplevelser baserade på multivariat analys där hänsyn tas till kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet.



Not: Figuren är skapad utifrån resultat från multipel regression. Skillnaderna uttrycks i procentenheter. Se bilaga 3 för fullständiga resultat.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

6.2.3 Patientenkäten ger värdefull information men resultaten är delvis svåra att tolka och analysera vidare

Nationell Patientenkät bidrar med värdefull information om patienternas upplevelser av primärvården. De dimensioner som enkätfrågorna ska spegla är centrala ur ett patientperspektiv och utgår till stor del från patientlagen. Men resultaten är delvis svåra att tolka och gör det problematiskt att dra långtgående slutsatser. Nedan beskrivs några observationer som är betydelsefulla för tolkningen och för fortsatta analyser.

Det finns begränsat med bakgrundsinformation om patienten

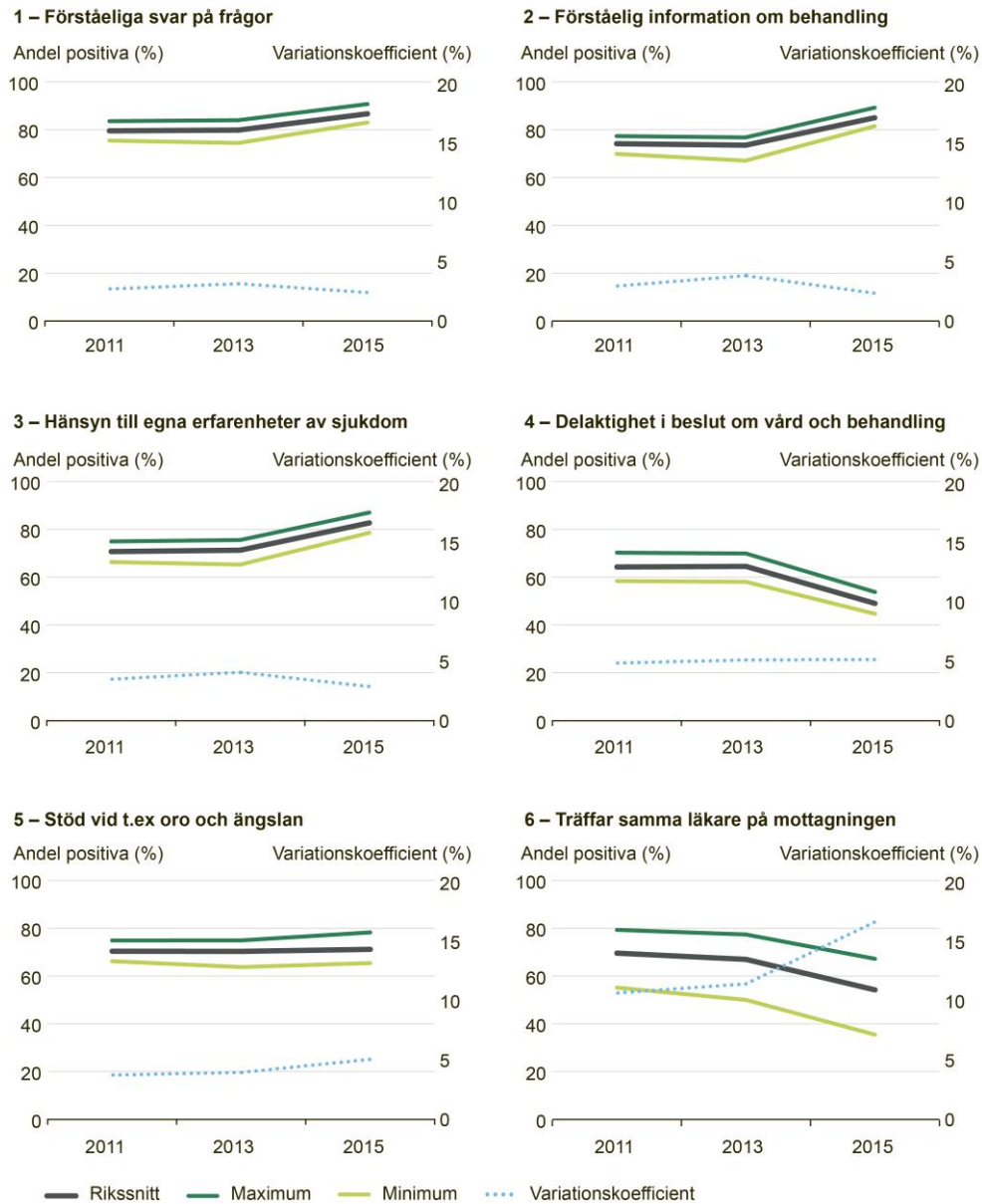
Det saknas information om patientens allmänna hälsostatus, om patienten besöker vården ofta och om patienten besökt vårdcentralen flera gånger för samma besvär. Sådan information kan vara viktig för att förklara varför resultaten skiljer sig mellan olika patienter och landsting. Tidigare analyser har exempelvis visat att hälsotillstånd samvarierar starkt med både förtroende och uppfattning om tillgänglighet (Vårdanalys 2013a, SKL 2015a).

Svårt att analysera utvecklingen över tid

Mellan 2013 och 2015 gjordes Nationell Patientenkät om väsentligt. Många av de frågor som tidigare ställts byttes ut mot andra, svarsalternativen ändrades och urvalsmetoden förändrades. Det är därför inte möjligt att direkt jämföra de resultat som presenteras ovan med resultat från tidigare år. För sex frågor, som ställts tämligen likartat flera år, väljer vi dock att visa utvecklingen över tid (figur 41). Figuren beskriver resultaten på nationell nivå samt för det landsting med bäst och sämst resultat 2011, 2013 och 2015. Dessutom inkluderas variationskoefficienten som alltså är ett mått på spridningen mellan landstingen.

Då varken frågor, svarsalternativ eller urvalsmetod är desamma för de olika åren kan vi inte dra några långtgående slutsatser. Att döma av figur 41 verkar dock vissa förbättringar ha skett när det gäller att ge patienter förståelig information och att ta hänsyn till patientens egna erfarenheter. Däremot upplever färre att de är tillräckligt delaktiga i beslut. Stöd vid ångslan och oro ser inte ut att ha ändrats. Andelen som anger läkarkontinuitet ser väsentligt sämre ut över tid.

Figur 41. Patientrapporterade upplevelser, utveckling över tid 2011, 2013, 2015.



Not: Se bilaga 5 för specificering av vilka frågor och svarsalternativ som har använts respektive år.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL, egna beräkningar.

Osäkert i vilken utsträckning enkätfrågorna mäter olika kvalitetsdimensioner av patientupplevelser

Landstingens resultat för de olika kvalitetsdimensionerna samvarierar i stor utsträckning med varandra. Det innebär att landsting vars resultat hamnar i toppen i en dimension ofta är i toppen också i andra dimensioner. Detta gör det svårt att veta om de sex dimensionerna faktiskt mäter olika saker eller snarare motsvarar ett allmänt kvalitetsomdöme. Det väcker frågan om undersökningens validitet, det vill säga i vilken utsträckning som frågorna mäter vad de faktiskt är avsedda att mäta.

Tabell 16 redovisar samvariationen på regional nivå mellan de sex dimensionerna av patientupplevelser. Det som kan utläsas är att samtliga dimensioner är högt korrelerade med varandra. Kontinuitet är den dimension som har lägst samband med övriga. Resterande fem dimensioner korrelerar mycket starkt.

Tabell 16. Korrelation mellan de sex dimensionerna av patientrapporterade upplevelser.

	Information och kunskap	Delaktighet och involvering	Respekt och bemötande	Kontinuitet och koordinering	Emotionellt stöd	Helhetsintryck
Info	1					
Delaktighet	0,942	1				
Bemötande	0,951	0,955	1			
Kontinuitet	0,870	0,861	0,850	1		
Emotionellt	0,936	0,946	0,953	0,831	1	
Helhet	0,948	0,914	0,962	0,859	0,937	

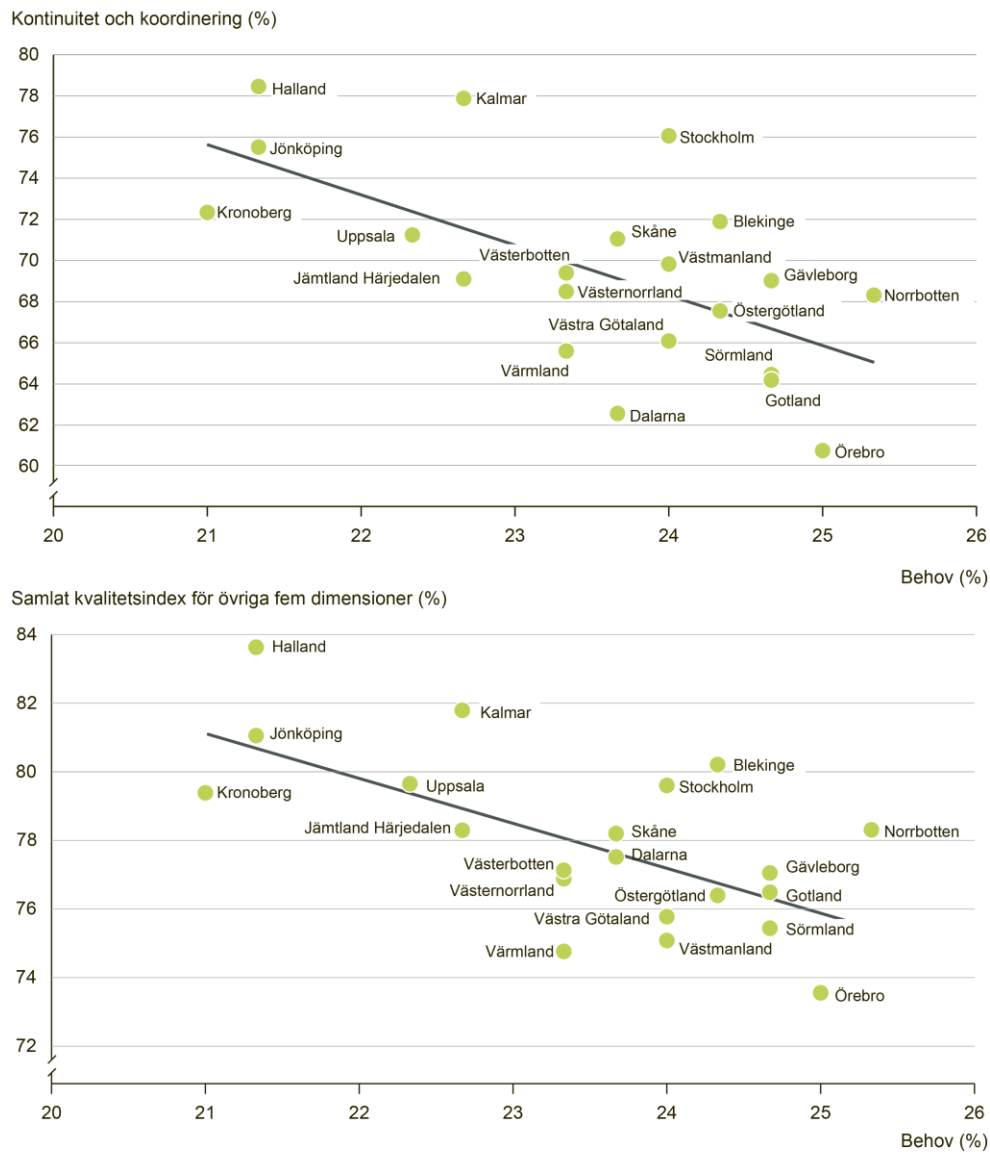
Not: Korrelationen är beräknad på landstingsnivå, det vill säga baserad på 21 observationer, och är ett mått på hur väl två variabler samvarierar. Ett högre värde innebär större samvariation; 1 är max och innebär total samvariation.

Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

Resultaten samvarierar starkt med ohälsa hos befolkningen i landstingen, men vår analys förklarar inte de kvarstående skillnaderna

Våra analyser tyder på att de patientrapporterade upplevelserna är bättre i de landsting där befolkningen också skattar sin egen hälsa som bättre. En förklaring kan vara att skillnader i ohälsa ger upphov till skilda regionala behovsstrukturer och därmed också skilda förutsättningar att ge vård. Det kan även vara så att relativt friska patienter som mer sällan har kontakt med vården har en bättre upplevelse av vården jämfört med sjukare patienter som har en mer regelbunden vårdkontakt. Befolkningens hälsotillstånd verkar således vara en förklaring till de skillnader i patientrapporterad kvalitet som observeras i Nationell Patientenkät.

I figur 42 visas sambandet mellan patientrapporterad kontinuitet och koordinering och självskattad ohälsa. Motsvarande analys kan göras för övriga patientrapporterade kvalitetsdimensioner: information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd och helhetsintryck. Eftersom dessa dimensioner samvarierar i hög grad har vi i figur 42 valt att väga samman dem till ett likaviktat kvalitetsindex.

Figur 42. Negativt samband mellan patientrapporterad kvalitet och självskattad ohälsa.

Not: Kvalitetsindexet består av ett likaviktat index av frågorna i de patientrapporterade kvalitetsdimensionerna: information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd och helhetsintryck. Ohälsa (behov) omfattar invånare 16–84 år som inte uppger god självskattad tandhälsa, inte gott självskattat hälsotillstånd samt anger nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika.

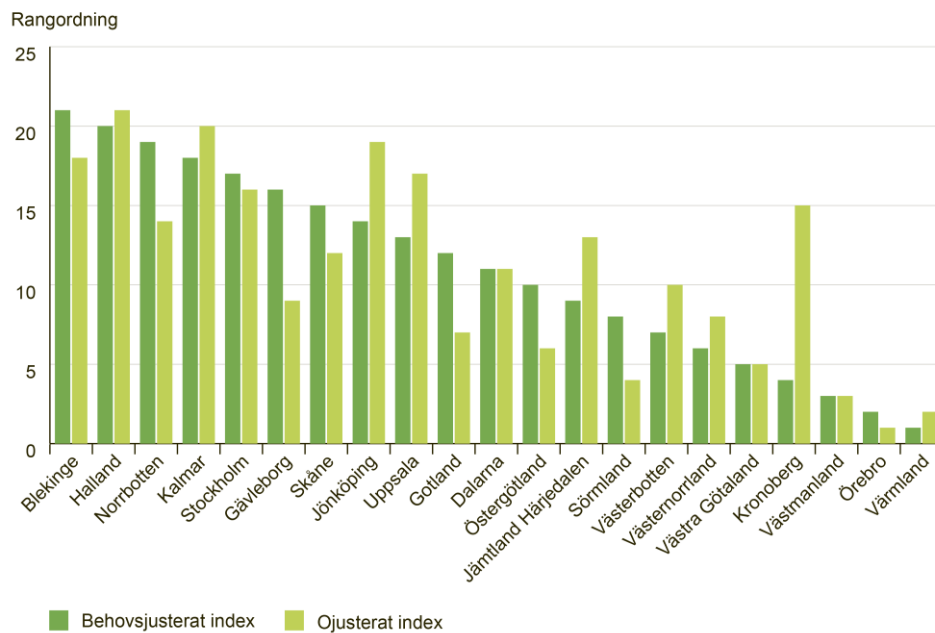
Källa: Nationell Patientenkät 2015, SKL; Nationella folkhälsoenkäten 2011–2015, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

Som framgår av figuren finns det ett starkt negativt samband mellan patientrapporterad kvalitet och ohälsa. Regional ohälsa är således associerad med lägre kvalitet. Landsting som ligger ovanför linjen överträffar den kvalitetsnivå som kan förväntas, givet hälsolivå, medan resultaten i de landsting som ligger nedanför linjen är sämre än väntat. Avvikelserna från

linjen förklaras således av andra faktorer än just ohälsa och kan därför ge en viss indikation på regionala skillnader i vårdens resultat, givet befolkningens hälsotillstånd. Tänkbara förklarande faktorer för de skillnader som kvarstår är exempelvis materiella och personella resurser, organisatoriska egenskaper och vårdens innehåll. Men det begränsade materialet med endast 21 observationer innebär att det inte är möjligt att analysera dessa tänkbara förklarande faktorer vidare.

Ett annat sätt att analysera skillnader i patienters upplevelser av primärvården är att rangordna landstingen utifrån måluppfyllelse. Figur 43 visar landstingens rangordning för det samlade kvalitetsindexet när hänsyn tas till befolkningens hälsa. De ojusterade resultaten inkluderas som referens. Det landstinget som har bäst resultat har rangordningen 21 medan landstinget med sämst resultat har rangordningen 1. Som framgår skiljer sig den behovsjusterade rangordningen från den ojusterade. Blekinges Hallands och Kalmars rangordning är fortfarande hög efter behovsjusteringen, även om den inbördes ordningen skiljer sig. Norrbotten är ett exempel på ett landsting som ökar väsentligt i rang vid behovsjusteringen. Andra landsting får i stället en lägre rang, till exempel Kronoberg och Jönköping. De tydliga skillnaderna vid korrigerad kontra okorrigerad ranking tyder på att det är viktigt att tolka geografiska jämförelser av resultaten i Nationell Patientenkät på ett nyanserat sätt.

Figur 43. Rangordning av landstingens resultat (män och kvinnor totalt) samlat kvalitetsindex för dimensionerna: information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd och helhetsintryck.



Källa: Nationell Patientenkät, SKL 2015 och Nationella folkhälsoenkäten 2015, Folkhälsomyndigheten, egna beräkningar.

7 Övergripande systemmätt och sambandsanalyser

I det här kapitlet visas att befolkningens förtroende för primärvården är svagt och att det har försämrats över tid. Även produktiviteten tycks sjunka. Att i nästa steg påvisa hur landstingens utformning av primärvården påverkar vårdens tillgänglighet, produktivitet och befolkningens förtroende för densamma visar sig dock vara svårt. En central slutsats är emellertid att förtroendet för primärvården samvarierar med flera kvalitetsindikatorer. Inte minst kan vårdens tillgänglighet påverka patienternas förtroende. Vi ser också att hög produktivitet samvarierar med hög personkontinuitet till läkare. Det tycks heller inte finnas någon motsättning mellan en hög produktivitet och patientrapporterad eller medicinsk kvalitet.

7.1 FÖRBÄTTRAD KONTINUITET ETT SÄTT ATT ÖKA VÅRDENS PRODUKTIVITET

Vi har analyserat hur produktiviteten, mätt som kostnad per besök, har utvecklats sedan 2011. Resultaten visar att produktiviteten minskar över tid och att det finns stora skillnader mellan landsting. När vi analyserar besökens karaktär närmare ser vi att hög produktivitet samvarierar med hög personkontinuitet till läkare. Hög personkontinuitet tycks också samvariera med kortare besök. Detta motsäger den vanliga uppfattningen att hög personkontinuitet leder till stigande kostnader. Vi ser heller inte någon motsättning mellan hög produktivitet och patientrapporterad eller medicinsk kvalitet.

7.1.1 Ökad kostnad per besök i primärvården

Den behovsjusterade kostnaden per fysiskt besök har i fasta priser ökat med cirka 230 kronor under perioden 2011–2015. Detta motsvarar en produktivetsförsämring om cirka 8 procent (Tabell 17). Kostnaden per viktat besök var mellan 2011 och 2015 i genomsnitt lägst i Halland, Stockholm och på Gotland och högst i Jämtland, Värmland och Dalarna (figur 44).

Enligt vår beräkning var kostnaden per besök cirka 550 kronor lägre i Halland än Dalarna under denna tidsperiod. Uttryckt som förbättringspotential – det vill säga om kostnaden per besök i alla landsting skulle motsvara landstinget med lägst kostnad – skulle primärvårdens samlade nettokostnad för 2015 minska med cirka 11 procent eller cirka 4,3 miljarder kronor.

Utvecklingen av produktiviteten och skillnaderna mellan landsting måste dock tolkas med försiktighet eftersom vi saknar information om både besökens innehåll och tidslängd, det vill säga information om besökens svårighetsgrad. Dessutom fångar vi inte alla prestationer som utförs inom primärvården. Vi har här valt att fokusera på antalet fysiska besök som genomförs hos olika personalgrupper. Däremot har telefonkontakter och olika former av videobesök exkluderats, eftersom osäkerheten i rapporteringen av dessa uppgifter bedöms som stor.

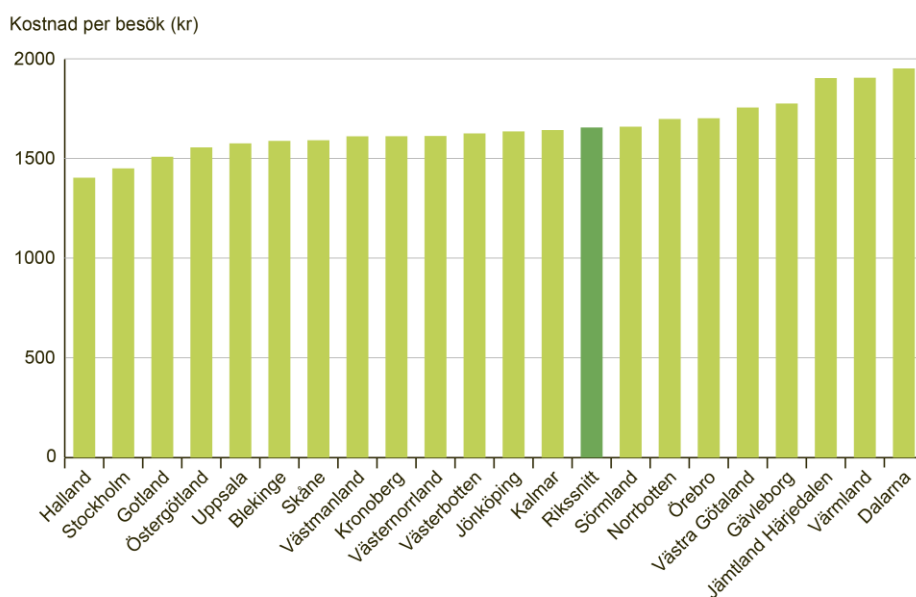
Tabell 17. Behovsjusterad nettokostnad, kronor per viktat besök 2011–2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Rikssnitt	1 592	1 625	1 671	1 677	1 723	8,3 %
Min	1 386	1 440	1 349	1 368	1 476	6,5 %
Max	1 941	1 935	1 997	1 986	2 174	12,0 %
Variationskoefficienten	9 %	9 %	10 %	10 %	10 %	15,8 %
Procentuell förändring produktivitet	0 %	- 2,1 %	- 5,0 %	- 5,4 %	- 8,3 %	

Not: Se faktaruta för en beskrivning av hur vi har beräknat behovsjusterad kostnad per besök. Kostnader och besök inom slutna primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL 2011–2015; Statistik om kostnadsutjämnings för landsting, SCB 2011–2015, egna beräkningar.

Figur 44. Behovsjusterad kostnad per viktat besök och per landsting, genomsnitt 2011–2015.



Not: Se faktaruta för en beskrivning av hur vi har konstruerat måttet behovsjusterad kostnad per besök. Kostnader och besök inom slutna primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL 2011–2015; Statistik om kostnadsutjämnings för landsting, SCB 2011–2015, egna beräkningar.

Ett ytterligare uttryck för den minskade produktiviteten ser vi när vi beräknar det genomsnittliga antalet besök per läkare och arbetsdag. Vid beräkningen fördelas först samtliga fysiska besök i primärvården på samtliga årsarbetande läkare, och sedan per arbetsdag, där antalet arbetsdagar per år sätts till 220. I snitt minskar antalet läkarbesök per

läkare och arbetsdag från 10,8 till 9,8 mellan 2011 och 2015, vilket är en minskning på drygt 9 procent. Snittet på drygt 10 besök per arbetsdag och läkare under perioden framstår som väsentligt lägre än i Norge och Danmark, där olika skattningar pekar mot cirka 30 fysiska besök per dag.

En förklaring till skillnaderna kan vara att läkarbesöken är längre i Sverige. Bland de 10 länder som ingick i en internationell enkätundersökning (IHP 2015) var besöken längst i Sverige: i genomsnitt 24 minuter. Näst längst besök rapporterades från Schweiz med 20 minuter. Besöken var kortast i Tyskland med genomsnittslängden 10 minuter (Vårdanalys 2015b).

Beräkning av behovsjusterad kostnad per besök

För att göra jämförelserna mer relevanta justerar vi beräkningen av kostnad per besök utifrån utjämningsystemets uppskattning av förväntad kostnad. Nettokostnaderna justeras därför med hänsyn till befolkningens sammansättning och geografiska förutsättningar etcetera, varpå landsting med sämre förutsättningar i denna bemärkelse kompenseras. I beräkningen utesluts även kostnader för vårdtillfällen i hemsjukvård respektive slutna primärvård, eftersom dessa uppdrag till stor del skiljer sig mellan landstingen. Därtill exkluderas kostnader för läkemedel.

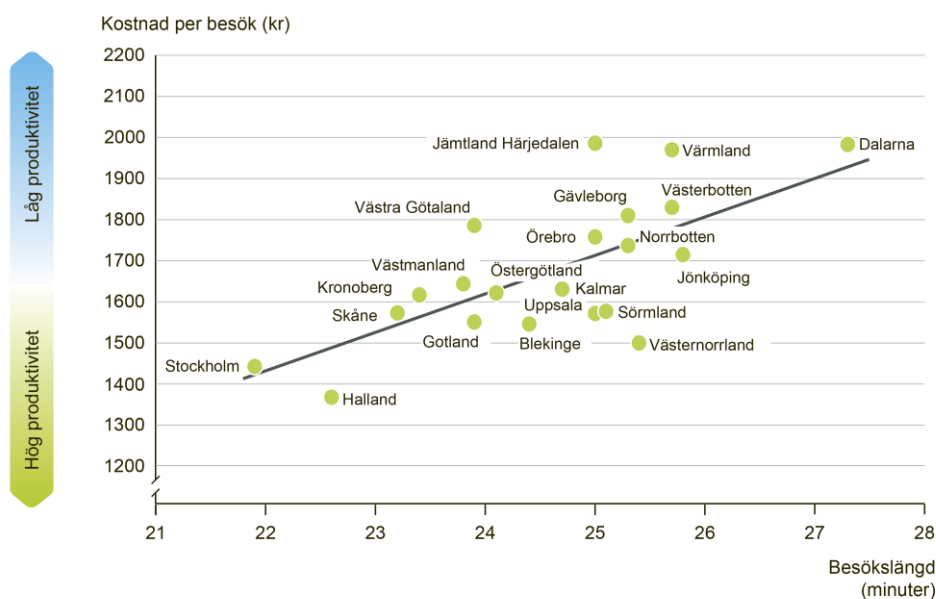
Besöken utförs av både mottagningsbesök och hembesök som utförs av antingen läkare eller annan personal inom primärvården. Besöken har viktas utifrån SKL:s beräkningar av den relativa resursåtgång som är förknippad med olika former av besök. Ett hembesök ges dubbel vikt i relation till ett mottagningsbesök. Besök hos annan personalkategori än läkare viktas till 0,4 av ett läkarbesök.

7.1.2 Positivt samband mellan korta besök, kontinuitet och hög produktivitet

Tidigare analyser av primärvårdens produktivitet har kritiserats för att de inte beaktar att besökens innehåll kan ha försämrats genom att de blivit kortare och ibland även delats upp i flera besök för att maximera intäkter. I detta avsnitt försöker vi belysa denna fråga genom några enkla sambandsanalyser mellan produktivitet, besökens längd och kontinuitet.

Vi ser ett negativt samband mellan produktivitet och besökens längd, det vill säga en hög produktivitet (låg kostnad per besök) samvarierar med kortare besök (figur 45). I enlighet med den kritik som framförts mot tidigare analyser av primärvårdens produktivitet kan detta resultat tolkas som att produktiviteten ökar på grund av att besök kortas eller delas upp.

Figur 45. Positivt samband mellan kostnad per besök och besökslängd.



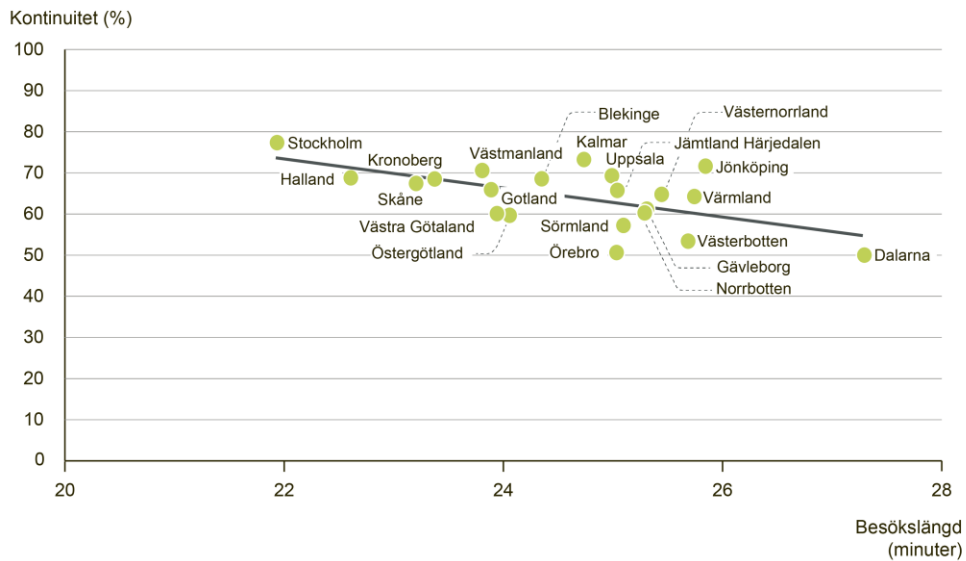
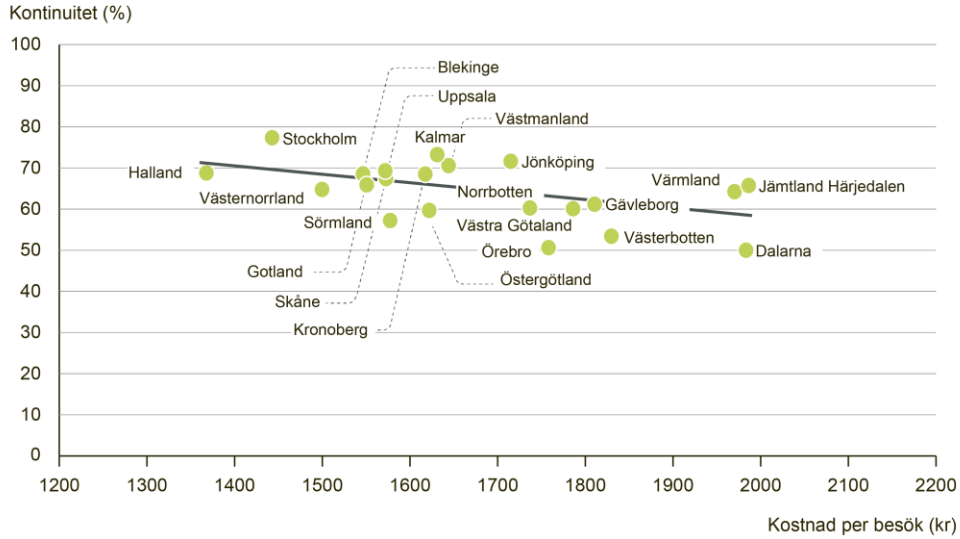
Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården 2014 – se faktaruta för beskrivning av måttet. Besökslängd är det genomsnittliga svaret per landsting på enkätfrågan "Hur lång tid kan du i genomsnitt ägna åt en patient under ett rutinbesök?" Frågan ställdes till primärvårdsläkare i IHP 2015 (insamlad 2014). Sambandet är statistiskt signifikant (1 procent) och variationen i längden på besöken förklarar nära 50 procent av variationen i kostnaden per besök.

Källa: IHP 2015; Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL 2014; Statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB 2014, egna beräkningar.

Figur 46 visar dock på att även kontinuitet kan spela en viktig roll. Hög kontinuitet samvarierar nämligen med såväl hög produktivitet som kortare besök. En möjlig tolkning av detta samband är att god kontinuitet ändrar förutsättningarna för innehållet i ett besök. Med en god kontinuitet är läkaren mer uppdaterad om patientens sjukdomshistoria och har bättre kunskap om journalinnehåll etcetera, vilket sannolikt minskar tidsåtgången och på så vis möjliggör effektivare besök. Denna tidsvinst kan användas för fler besök av andra patienter eller återbesök. De kortare besöken behöver således inte innebära en försämring, de skulle även kunna avspegla effektivare besök som möjliggörs genom större kontinuitet.

Det är viktigt att poängtera att resultaten endast visar samvariationer och inte kan tolkas som orsakssamband. De bör tolkas med försiktighet eftersom analysen är baserad på skillnader på en hög aggregerad nivå (landsting), endast gäller för ett år och är begränsad till 21 observationer. Det är emellertid intressant att flera samband är signifikanta trots ett litet antal observationer, och det finns anledning att fortsätta analysera dessa samband i mer detaljerade studier.

Figur 46. Negativt samband mellan kontinuitet och kostnad per besök respektive besökslängd.



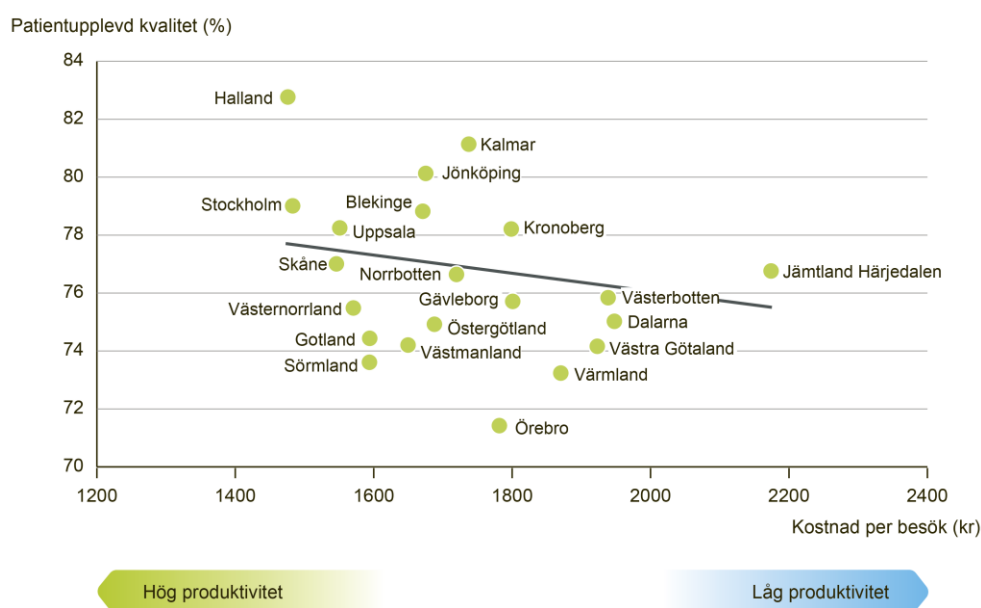
Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården 2014 – se faktaruta. Kostnader per besök beräknas exklusive slutna primärvård, hemsjukvård och läkemedel (2015 års priser). Besökslängd är det genomsnittliga svaret per landsting på enkätfrågan "Hur lång tid kan du i genomsnitt ägna åt en patient under ett rutinbesök?" Frågan ställdes till primärvårdsläkare i IHP 2015 (insamlad 2014). Kontinuitet är andelen patienter som svarat "Ja, alltid eller nästan alltid" på enkätfrågan "Brukar du få träffa samma läkare vid dina besök på den här mottagningen?" i Nationell Patientenkät 2013. Sambanden är statistiskt signifikanta (5 procent) och variationen i kostnad per besök och besökslängd förklarar 29 respektive 35 procent av variationen i kontinuitet.

Källa: IHP 2015; Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL 2014; Statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB 2014; Nationell Patientenkät, SKL 2013, egna beräkningar.

7.2 INGEN MOTTSÄTTNING MELLAN GOD PRODUKTIVITET OCH PATIENTUPPLEVD ELLER MEDICINSK KVALITET

God produktivitet är endast ett delmål mot god effektivitet. Därför är det intressant att studera hur vårt mått på produktivitet förhåller sig till de övergripande kvalitetsvariablerna. En vanlig hypotes är att hög produktivitet (låg kostnad per besök) sker på bekostnad av den patientupplevda eller medicinska kvaliteten i verksamheten. För 2015 ses dock ett positivt samband mellan god produktivitet (låg kostnad per besök) och hög patientupplevd kvalitet (figur 47).

Figur 47. Ingen motsättning mellan låg kostnad per besök och hög patientrapporterad kvalitet.

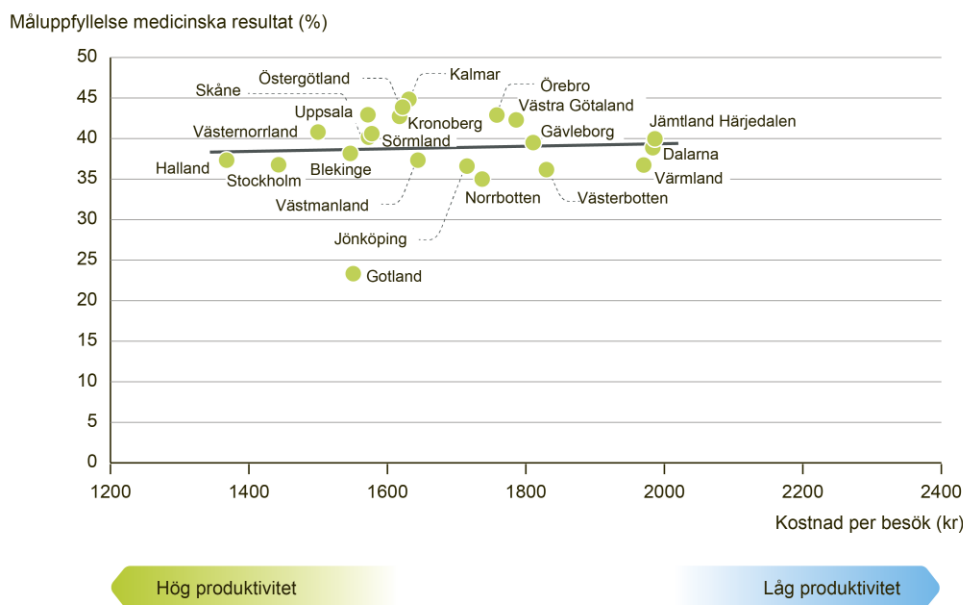


Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2015 – se faktaruta för en beskrivning av måttet. Kostnader och besök inom sluten primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Patientrapporterad kvalitet mäts enligt ett likaviktat index av de sex kvalitetsdimensionerna från Nationell Patientenkät.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL 2014; Statistik om kostnadsutjämning för landsting, SCB 2014, Nationell Patientenkät, SKL 2015, egna beräkningar.

Vi ser heller ingen motsättning mellan god produktivitet och medicinska resultat avseende ett index för diabetesvård 2014 (figur 48).

Figur 48. Ingen motsättning mellan låg kostnad per besök och medicinska resultat (sammanvägning av tre indikatorer avseende diabetesvård) 2014.



Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2014 – se faktaruta för en beskrivning av måttet. Kostnader och besök inom slutna primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser. Måluppfyllelse medicinska resultat avser tre resultatmått inom diabetesvården 2014 – se bilaga 4.

Källa: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL; Statistik om kostnadsutjämnning för landsting, SCB; Nationella Diabetesregistret (NDR), egna beräkningar.

7.3 FÖRTROENDET FÖR SVENSK PRIMÄRVÅRD ÄR LÅGT OCH SKILLNADERNA MELLAN LANDSTING ÖKAR

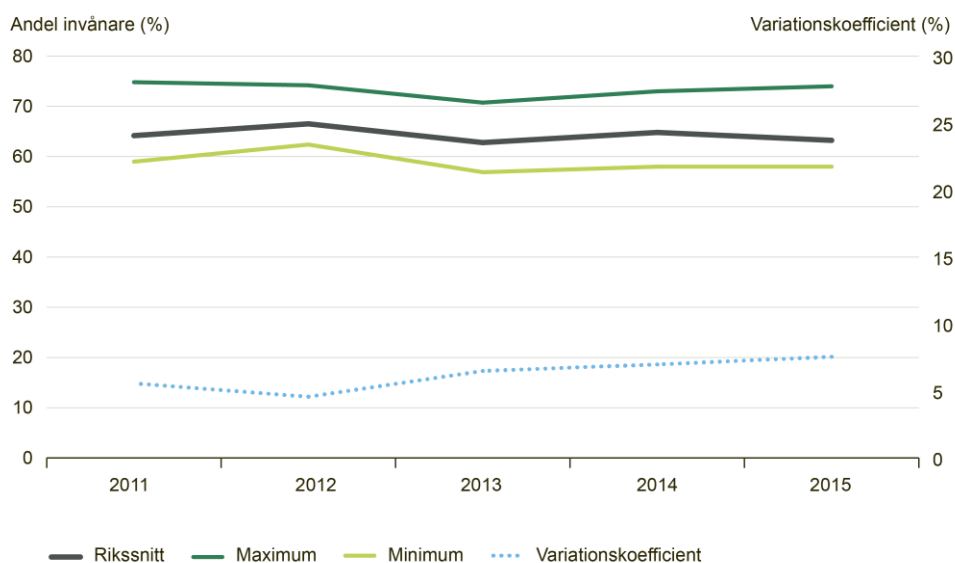
I det här avsnittet redovisar vi statistik om medborgarnas förtroende för primärvården liksom hur förtroendet samvarierar med andra resultatdimensioner, som patientrapporterade upplevelser och tillgänglighet. Resultaten visar att förtroendet generellt är lågt, men att det varierar mellan landstingen. I landsting med bättre utfall när det gäller patientrapporterad kvalitet och tillgänglighet tenderar också befolkningen att ha ett större förtroende för primärvården.

7.3.1 Lågt förtroende för primärvården

Ett övergripande mått på primärvårdens resultat utgörs av befolkningens förtroende för primärvården. I Vårdbarometern, som är en återkommande befolkningsundersökning, ställs varje år frågan om du som invånare har förtroende för vårdcentraler eller motsvarande i ditt landsting eller region.

I figur 49 visas utvecklingen över andelen i befolkningen som anger att de har högt förtroende för sin vårdcentral under 2011–2015. Befolkningens förtroende för svensk primärvård är svagt och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. Mellan 2012 och 2015 ser vi dessutom en viss nedgång, vilket bryter den positiva trend som observerades 2005–2012 (Vårdanalys 2014b). Dessutom ökar variationen mellan landsting något över tid.

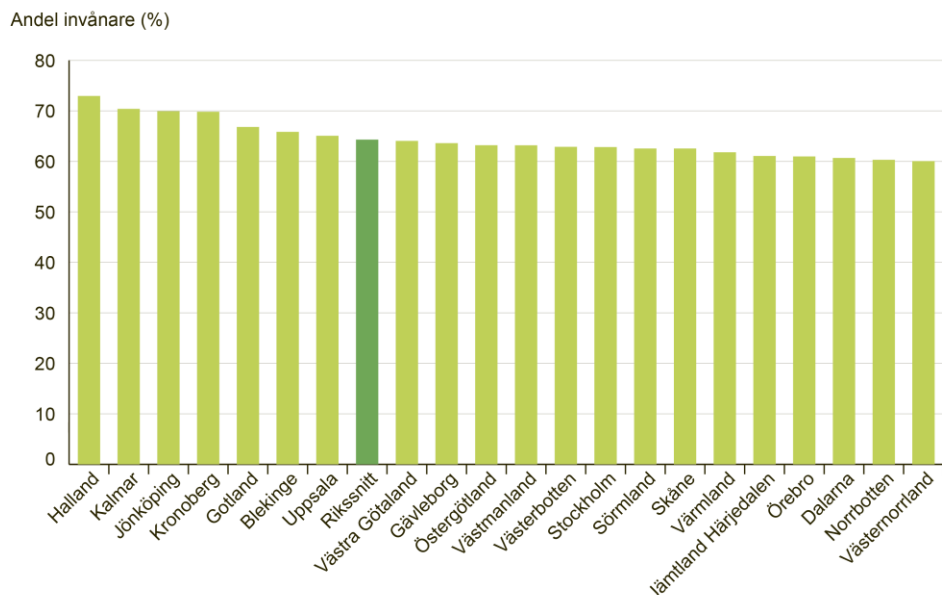
Figur 49. Andelen invånare som anger att det har mycket eller ganska stort förtroende för vårdcentral eller motsvarande i sitt landsting/sin region 2011–2015, procent.



Källa: Vårdbarometern, egna beräkningar.

Figur 50 visar en samlad bild av motsvarande indikator per landsting 2011–2015. Av denna framgår att förtroendet är störst i Halland, Kalmar och Jönköping samt lägst i Dalarna, Norrbotten och Västernorrland.

Figur 50. Andelen invånare som anger att det har stort förtroende för sin vårdcentral per landsting, genomsnitt 2011–2015.



Källa: Vårdbarometern.

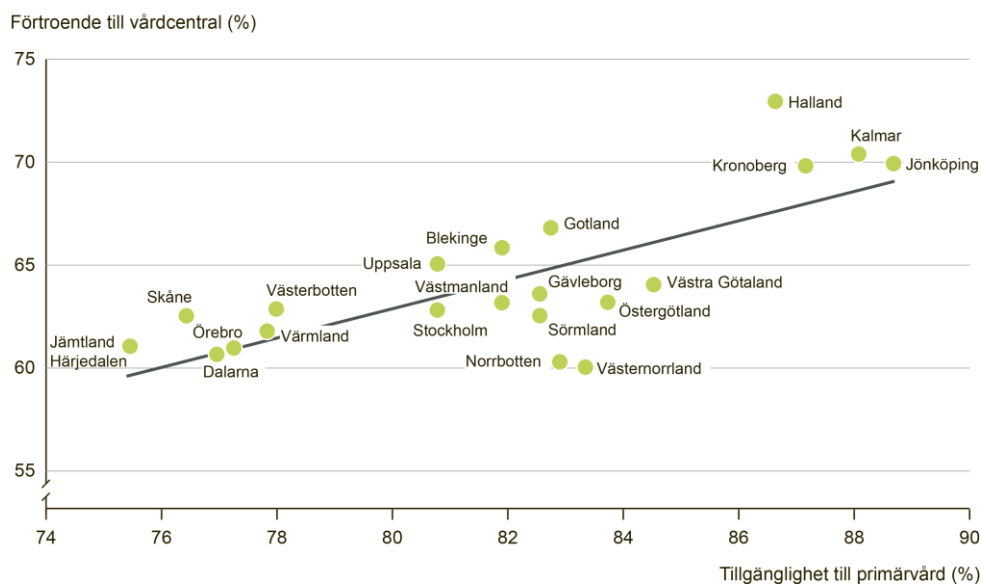
7.3.2 Hög patientupplevd kvalitet samvarierar med högt förtroende

Medborgarnas förtroende för vården på vårdcentral kan ses som ett övergripande mått på primärvårdens funktionssätt. Således bör förtroendet rent teoretiskt ha samband med såväl vårdens struktur, processer och övriga resultatdimensioner. På landstingsnivå ser vi också en hög samvariation mellan förtroende för vårdcentraler eller motsvarande och de patientrapporterade kvalitetsdimensionerna från Nationell Patientenkät – kontinuitet, information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck. Samtliga av dessa variabler är signifikant positivt korrelerade med förtroendet under 2015 och samvariationen är starkast för helhetsintryck (0,75). Förändringen av den nationella patientenkäten från och med 2015 gör det dock inte möjligt att testa samvariationen mellan de patientupplevda kvalitetsdimensionerna och förtroende över tid.

7.3.3 Tillgänglighet är en annan viktig faktor för förtroendet

Även vårdens tillgänglighet tycks vara en viktig faktor för förtroendet. Sambandet mellan förtroende och tillgänglighet beräknat utifrån landstingens genomsnittliga värden för förtroende och tillgänglighet för perioden 2011–2015, indikerar att om tillgängligheten ökar med 1 procentenhet så ökar förtroendet med 0,7 procentenheter (figur 51).

Figur 51. Samband mellan förtroende och tillgänglighet, genomsnitt 2011–2015.



Not: Förtroende mäter andelen invånare som angett mycket eller ganska stort förtroende för vårdcentraler i sitt landsting. Tillgänglighet är ett index som omfattar tre indikatorer: andel som fått läkarbesök inom sju dagar, telefontillgänglighet samt andelen som instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetider till vårdcentraler är rimliga.

Källa: Vårdbarometern, Väntetidsdatabasen, egna beräkningar.

Enkla sambandsanalyser tar dock inte hänsyn till att flera faktorer samtidigt kan påverka förtroendet. Analysen tar heller inte hänsyn till att skillnader i behov mellan olika landsting kan påverka resultatet. Vår analys visar att det finns ett starkt negativt samband mellan förtroende och självskattad ohälsa (korrelationskoefficient $-0,7$ baserat på 2015 års data). Det innebär att förtroendet är högre i landsting där befolkningens självskattade hälsa är bättre. Således är det viktigt att även ta hänsyn till befolkningens hälsa när relationen mellan förtroende och tillgänglighet analyseras. Vi har därför analyserat sambandet mellan förtroende och tillgänglighet samtidigt som vi tar hänsyn till andra faktorer. Detta har vi gjort med regressionsanalys för perioden 2011–2015.

Resultaten från denna analys visar att tillgänglighet samvarierar starkt med förtroende även när vi tar hänsyn till självskattad hälsa och landstingsspecifika faktorer som inte förändras över tid, exempelvis geografiskt läge – se bilaga 6. Att inkludera andra skillnader i struktur- eller processkvalitet eller organisation påverkar inte sambandet och bidrar inte till att öka förklaringsgraden.

En brist i analysen är att vi inte inkluderar några indikatorer över vårdens resultat utan endast ser till process- och strukturmått. Vi finner alltså ett positivt samband mellan tillgänglighet och förtroende, men vi kan dessvärre inte avgöra hur viktig denna aspekt är i förhållande till andra kvalitetsaspekter som kontinuitet, bemötande och delaktighet.

Det finns naturligtvis ytterligare faktorer som kan påverka befolkningens förtroende för vårdcentraler – som inte ingår i någon statistik och därför inte kunnat inkluderas i analysen ovan. I Vårdbarometern finns en fråga om varför förtroendet för vårdcentralen brister. I linje med resultaten ovan angav 9 procent långa väntetider som ett skäl till bristande förtroende, och 14 procent angav bristande läkarkontinuitet som skäl. Men även andra faktorer lyfts fram. Till exempel angav cirka 20 procent dålig kompetens hos läkare som skäl för bristande förtroende. Mer än 10 procent svarade att de inte får den hjälp de behöver och en lika stor andel angav att de inte blir tagna på allvar (SKL 2015b).

7.4 FÅ TYDLIGA SAMBAND MELLAN MÅLUPPFYLLELSE OCH PRIMÄR- VÅRDSMODELL – MEN BEROENDE AV INHYRD PERSONAL ÄR ENTYDIGT NEGATIVT

Tidigare i denna promemoria har vi redogjort för primärvårdens måluppfyllelse när det gäller bland annat tillgänglighet, patientrapporterad kvalitet, förtroende och produktivitet. Vi har också visat sambanden mellan dem. I det här avsnittet fokuserar vi på frågan om huruvida landstingens utformning av primärvården har samband med vårdens tillgänglighet, produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården.

Primärvårdens decentraliserade styrmodell innebär att de enskilda landstingen har relativt stora frihetsgrader att utforma sin primärvårdsmodell på egen hand. Det gäller till exempel primärvårdens relativa andel av den totala hälso- och sjukvården. Det gäller också fördelningen mellan personalkategorier, där vissa landsting har en mindre läkardominerad primärvård än andra.

För att analysera samband mellan primärvårdsmodell och resultat har vi delat in landstingen i tre grupper – låg, medel och hög – i fem organisatoriskt påverkbara dimensioner som beskriver primärvårdsmodellen. Dessa dimensioner är andel primärvård, ersättningsprincip, antal läkare i relation till antal sjuksköterskor, andel hyrläkare samt grad av utbudskonkurrens. Vi inkluderar också förväntad kostnad, eller standardkostnad, som en indikator på en opåverkbar förutsättning. För samtliga indikatorer utom ersättningsprincip delas landstingen upp så att de sju lägsta i dimensionen finns i gruppen låg, de sju högsta i gruppen hög och resten i gruppen medel. Ersättningsprincipen följer i stället indelningen ingen, viss och hög rörlig ersättning – se bilaga 6.

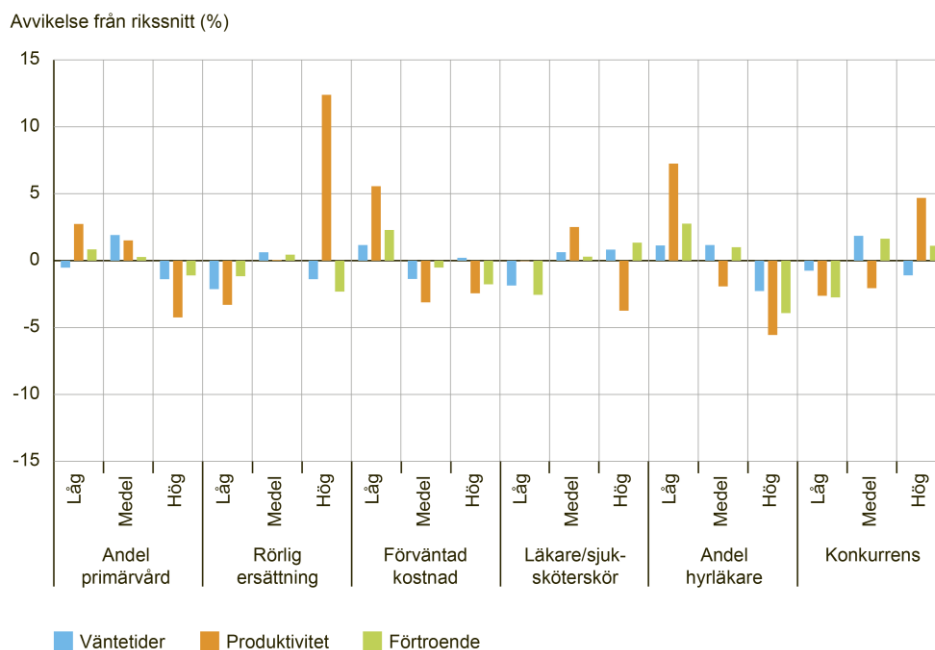
Syftet med indelningen är att undersöka om vi kan identifiera några avgörande skillnader mellan dessa grupperingar, för resultatdimensionerna: tillgänglighet, produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården. I figur 52 visas den procentuella avvikelsen från rikssnittet för de tre resultatdimensionerna 2011–2015 uppdelat på de olika grupperingarna mellan landsting. En positiv avvikelse från rikssnittet är önskvärt för samtliga dimensioner.

Resultaten visar generellt få entydiga mönster. En viss bakgrund, organisation eller struktur innebär ofta inte en positiv eller negativ avvikelse från rikssnittet i samtliga tre resultatdimensioner. Avvikelsen är snarare positiv ibland och negativ ibland. Det är därför svårt att säga att en viss primärvårdsmodell överlag är förknippad med bättre resultat.

Men resultaten visar att i den tredjedel av landstingen som har lägst andel hyrläkare är resultaten för samtliga dimensioner bättre än rikssnittet, medan resultaten är sämre i de landsting som har högst andel hyrläkare. Vid en simultan analys, det vill säga där vi inkluderar samtliga faktorer som redovisas i figur 52 samtidigt, kvarstår också att en högre andel hyrläkare har ett signifikant samband med sämre utfall för de tre resultatdimensionerna (se även bilaga 6). Det innebär att sambanden mellan resultaten och andel hyrläkare inte kan förklaras av skillnader i andel primärvård, ersättningsprincip eller något av de andra inkluderade strukturmåtten.

Andra observationer i figur 52 är att resultaten är något sämre i landsting med en hög andel primärvård, ingen rörlig ersättning, högre förväntad kostnad och låg konkurrens. Resultaten är bättre i landsting med låg förväntad kostnad. Men dessa samband kvarstår endast i viss utsträckning i den simultana analysen.

Figur 52. Procentuell avvikelse från rikssnitt för tre resultatdimensioner per bakgrundskategori. En positiv avvikelse är önskvärd för alla dimensioner. Beräknad på genomsnitt för 2011–2015.



Not: Väntetider är ett likaviktat index som består av tre indikatorer: de två mätpunkterna som avser primärvård som ingår i den nationella vårdgarantin (Väntetidsdatabasen) och svaren på en fråga till befolkningen om de upplever att väntetiden till vårdcentralen är rimlig (Vårdbarometern). Produktivitetetsmättet motsvarar den behovsjusterade kostnaden per viktat besök i primärvård. Förtroende är befolkningens förtroende för vårdcentralerna eller motsvarande i sitt landsting (Vårdbarometern).

Den simultana analysen visar även att en högre andel resurser inom primärvården och en lägre grad av konkurrens mellan vårdcentraler har signifikant samband med högre kostnad per viktat besök, det vill säga sämre produktivitet. Analysen visar också att högre förväntade kostnader samvarierar med lägre förtroende. Sambanden är alltså inte genomgående för de

olika resultatdimensionerna. Exempelvis uppvisar en högre andel resurser i primärvården å ena sidan ett positivt – men inte signifikant – samband med högre förtroende och bättre tillgänglighet men å andra sidan ett signifikant negativt samband med god produktivitet. Sammantaget är det därför endast en hög andel hyrläkare som på ett signifikant sätt samvarierar med sämre resultat i alla analyserade dimensioner.

Referenser

- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S2013:4). Lund: Lunds universitet.
- Anell, A., Nylinder, P., Glengård, A.H. (2012). *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm: SKL.
- Arah, O.A., Westert, P.G., Hurst, J., Klazinga, N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), s. 5–13.
- e-Hälsomyndigheten (2014). *Läkemedelsprisindex med årsmedeltal 2016*. <https://www.ehalsomyndigheten.se/contetassets/c5foddb9d48d4eeefa53f8e69a9d7f230/lakemedelsprisindex-med-arsmedeltal.pdf> [Besökt:2017-12-06]
- Erlingsson, G.Ó., Syssner, J., Ödalen, J. (2015). *Strategier för att möta småkommunernas utmaningar*. Stockholm: SNS Analys, 2015:26.
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., Wiesen, D. (2015). The effects of introducing mixed payment systems for physicians – experimental evidence. *Health Economics*, 26(2), s. 243–262.
- Culyer, A.J., Wagstaff, A. (1992). Need, equity and equality in health and health care. Discussion paper 95. York: University of York Centre for Health Economic.
- DeSalvo, K.B., Fan, V.S., McDonell, M.B., Fihn, S.D. (2005). Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*, 40(4), s. 1234–1246. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00404.x.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q.* 1966: 44(3) (suppl), s. 66–206. Reprinted in *Milbank Q.* 2005: 83(4), s. 691–729.
- Glengård, A.H. (2015). *Primärvården efter vårdualet. Valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Greß, S., Delnij, D.M.J., Groenewgen, P.P. (2006). Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. I Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W. (red.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), s. 223–255.
- IOM, Institute of Medicine (1994). *Statement of Quality of Care*. National Academy of Sciences. Washington DC.
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård (CMT Rapport 2007:2)*. Linköping: Linköpings universitet.
- Kelley, E., Hurst, J. (2006). *Health Care quality indicators project conceptual framework paper*. OECD Health Working Paper Series 23.

- Konkurrensverket (2012). *Val av mottagning. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen*. Konkurrensverkets rapportserie 2012:2. Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport*. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3. Stockholm: Konkurrensverket.
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimension. *BioMed Central*, 65(10).
- Le Grand, J. (2007). *Delivering public services through choice and competition – The other invisible hand*. Princeton: Princeton University Press.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- McGuire, T. (2011). Physician agency and payment for primary medical care. I Smith, P., Glied, S. (red.), *The Oxford handbook of health economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Mutter, R.S., Romano, P.S. (2004). The Evolving Science of Quality Measurement for Hospitals: Implications for Studies of Competition and Consolidation. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 4, s. 131–157.
- Prop. 1981/82:97. *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag, m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Regeringen (2017). Överenskommelse om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmåner m.m. för år 2017. Diarienummer: S2017/02911/FS.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RiR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- Sassi, F., Merkur, S., McDaid, D. (2015). Introduction to the economics of health promotion and disease prevention. I McDaid, D., Sassi, F., Merkur, S. (red.), *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*, s. 3–18. Maidenhead: Open University Press.
- Sassi, F., Hurst, J. (2008). The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework, OECD Health Working Paper Series 321.
- Schnittker, J., Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *Public Library of Science*, 9(1). doi:10.1371/journal.pone.0084933.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2017* (dnr: 17/00810). Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg, sektionen för hälso- och sjukvård.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016a). *Ersättningssystem i hälso- och sjukvården. Redovisning landstingsenkät 2016*. (Ej publicerad.)
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016b). *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård* (dnr: 16/06587). Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg, sektionen för hälso- och sjukvård.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016c). *Nationell Patientenkät*. <https://patient-enkat.se/sv/> [Hämtad: 2017-04-19].

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016d). *Vårdbarometern*. <http://www.vardbarometern.nu/> [Hämtad :2017-04-19].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015a). *Vårdbarometern – befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015b). *Vårdbarometern frekvenstabell 2015*. http://www.vardbarometern.nu/PDF/Frekvenstabell_VB_2015.pdf [Hämtad: 2017-02-16].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Personaltäthetsmodellen: Landstingens och regionernas personalresurser inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SLF – Sveriges Läkarförbund (2013). *Primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Socialstyrelsen (2016a). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b). *Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *Öppna jämförelser 2014 – Hälso- och sjukvård – Del 1. Övergripande indikatorer*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Statskontoret (2014). *Det kommunala utjämningsystemet – en beskrivning av systemet från 2014 (rapport 2014:2)*. Stockholm: Statskontoret.
- Walander, A., Ålander, S., Burström, B. (2004). *Sociala skillnader i vårdutnyttjande*. Stockholm: Socialmedicin.
- Winblad, U., Blomqvist, P., Boström, L. (2015). *Patientcentrering i Sverige – aktuella initiativ*. Arbetsmaterial presenterat vid Forum för Health Policy Workshop 11 februari 2015. Uppsala: Uppsala universitet.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017 (rapport 2017:2)*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum (rapport 2017:2)*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (PM 2016:5)*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande (rapport 2015:6)*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (rapport 2015:9)*. Stockholm: Vårdanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015c). *Variierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2015:5). Stockholm: Vårdanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Vårdanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (rapport 2014:3). Stockholm: Vårdanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation* (rapport 2013:4). Stockholm: Vårdanalys.

Bilagor

BILAGA 1 – SAMMANSTÄLLNING AV VILKA UPPDRAG SOM INGÅR I LANDSTINGENS GRUNDUPPDRAG KAPITEL 2

I kapitel 2 beskrevs hur landstingen organiserat primärvården. I tabell 19 visas en sammanställning av verksamheter som ingår i primärmottagningarnas grunduppdrag. Av tabellen framgår att ungdomsmottagning ingår i grunduppdraget endast i Norrbotten och Västmanland. När det gäller de övriga uppdragen kan landstingen delas in i tre kategorier: landsting där samtliga verksamheter ingår i grunduppdraget; landsting där ingen av verksamheterna ingår fullt ut i grunduppdraget; och övriga landsting. I tabell 18 klassificeras landstingen utifrån dessa kategorier. Tabellen visar även hur landstingen klassificerades i en tidigare kartläggning av Anell med flera (2012). Jämförelsen visar att uppdragets utformning i huvudsak har varit stabila över tiden.

Tabell 18. Bredden i primärvårdsmottagningarnas grunduppdrag 2012 och 2016.

Landsting där samtliga verksamheter ingår i grunduppdraget		Landsting där ingen av verksamheterna ingår fullt ut i grunduppdraget		Övriga landsting	
2012	2016	2012	2016	2012	2016
Dalarna	Dalarna	Stockholm	Skåne	Blekinge	Blekinge
Jämtland	Jämtland	Uppsala	Stockholm	Kronoberg	Kronoberg
Norrbotten	Norrbotten	Kalmar		Sörmland	Sörmland
Västernorrland	Västernorrland			Östergötland	Östergötland
Västerbotten	Västerbotten			Jönköping	Jönköping
				Västra Götaland	Västra Götaland
				Västmanland	Västmanland
				Gävleborg	Gävleborg
				Värmland	Värmland
				Gotland	Gotland
				Örebro	Örebro
				Halland	Kalmar
				Skåne	Uppsala

Not: Redovisningen bygger delvis på Vårdanalys enkät där landstingen själva har lämnat information. Hur uppdraget organiseras i praktiken kan skilja sig från denna sammanställning.

Källa: Socialstyrelsen 2016a och kompletteringar från Vårdanalys enkät bland landsting 2016.

Skåne är det enda landstinget som enligt denna klassificering har ett smalare uppdrag. Kalmar och Uppsala är i sin tur de enda landstingen vars uppdrag har vidgats. Uppsala klassificeras som ett övrigt landsting 2016 på grund av att psykosociala insatser organiseras inom grunduppdraget, men i kartläggningen från 2012 ingick inte psykosociala insatser.

Tabell 19. Uppdrag som ingår i grunduppdraget för primärvårdsmottagningar inom vårdvalet.

Landsting	Psykosocia- la insatser	Barn- hälsovård	Mödra- hälsovård	Rehabilite- ring	Medicinsk fotvård	Ungdoms- mottagning
Blekinge	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Gotland	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	Nej	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Ja	Nej
Halland	Ja	Ja	–	Ja	–	–
Jämtland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej (separat vårdval)	Nej
Jönköping	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Kalmar	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Nej	Ja	Delvis (även viss del endast i egen regi)	Nej
Norrbottnen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Delvis (även tilläggs- uppdrag och separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Delvis (även separat vårdval)	Nej	Nej
Stockholm	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval)	Delvis (även separat vårdval och tilläggs- uppdrag)	Nej (separat vårdval)	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	–
Uppsala	Ja	Nej (separat vårdval)	Nej (separat vårdval och tilläggs- uppdrag)	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Nej	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja	Delvis (även separat vårdval)	Ja	–
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Västernor- rland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Ja	Ja
Västra Göta- land	Ja	Ja	Nej	Delvis (även tilläggs- uppdrag)	Ja	Nej
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej

Not: Redovisningen bygger delvis på Vårdanalys enkät där landstingen själva har lämnat information. Hur uppdraget organiseras i praktiken kan skilja sig från denna sammanställning.

Källa: Socialstyrelsen 2016a och kompletteringar från Vårdanalys enkät bland landsting 2016.

BILAGA 2 – HERFINDAHL-HIRSCHMAN INDEX KAPITEL 2

Herfindahl-Hirschman Index (HHI) används i kapitel 2. Indexet beräknas enligt formeln:

$$HHI = \sum_i^N s_i^2$$

Där s är marknadsandelen för respektive i producent. Med producenter avses här vårdcentraler. Marknadsandelen beräknas utifrån antalet listade. Exempelvis, om en marknad består av endast två mottagningar som har halva marknaden vardera får vi följande värde på HHI: $0,502+0,502=1/2$.

Indexet har således ett värde på 1,0 om marknaden är ett monopol, men faller till 0,5 om två lika stora primärvårdsmottagningar konkurrerar. Allteftersom fler primärvårdsmottagningar träder in på marknaden sjunker indexet mot noll. Det bör dock noteras att indexet är baserat på producenternas marknadsandelar och inte antalet producenter. Vi kan således finna lika många producenter på två marknader, men ändå stora skillnader i konkurrensen enligt HHI.

HHI som mått på konkurrens är känsligt för hur marknaden avgränsas. I denna rapport betraktas respektive landsting som en marknad. Först har marknadsandelen beräknats som andelen listade per mottagning, av det totala antalet listade vid mottagningar inom samma kommun. I nästa steg har resultaten viktats upp till landstingsnivå utifrån kommunens befolkningsstorlek.

BILAGA 3 – MULTIVARIAT ANALYS I AVSNITT 5.2.4 OCH 6.2.2

Vi använder Nationell Patientenkät för att belysa primärvårdens måluppfyllelse när det gäller tillgänglighet och andra patientrapporterade kvalitetsmått som exempelvis kontinuitet, delaktighet och information i avsnitt 5.2.4 och 6.2.2. Enkäten möjliggör även användning av multivariat regressionsanalys för att justera skillnaden i patientrapporterad kvalitet med hänsyn till exempelvis kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet. En multivariat regressionsanalys innebär att analysen inkluderar och tar hänsyn till flera faktorer samtidigt, till skillnad från att enbart se till enkla (bivariata) samband. Detta är värdefullt för att försöka isolera och beskriva sambandet mellan just de variabler som är i fokus för analysen. Om det exempelvis skulle finnas ett samband mellan patientrapporterad kvalitet och, låt säga, utbildning, är det möjligt att detta samband skulle kunna förklaras av exempelvis skillnader i ålder. Genom att inkludera både ålder och utbildning samtidigt i analysen går det urskilja sambandet mellan just patientrapporterad kvalitet och ålder, givet utbildningsnivå.

I analysen av Nationell Patientenkät har vi genomfört så kallade OLS-regressioner (Ordinary Least Square), och tagit hänsyn till ålder, kön, utbildning och landstingstillhörighet. Det aktuella utfallet, det vill säga exempelvis patientens sammanvägda svar på frågorna om delaktighet och involvering, sätts som beroende variabel, och patientens ålder (åldersgrupper i femårsintervall), kön, utbildningsnivå (fyra grupper) och landstingstillhörighet inkluderas som oberoende variabler. Skillnader mellan ålder, kön och utbildning utvärderas sedan baserat på dessa resultat. Tabell 20 redovisar de regressionsresultat som ligger till

grund för analysen av skillnader mellan personer med olika kön, ålder och utbildning när det gäller upplevelsen av rimliga väntetider till vårdcentral i avsnitt 5.2.4.

Tabell 20. Utfall av OLS-regression: Skillnader mellan personer med olika kön, ålder och utbildning när det gäller upplevelsen av rimliga väntetider till vårdcentral (avsnitt 5.2.4).

	Besök inom rimlig tid
Kvinna	- 0,012 ***
Man	Referens
Ingen avslutad utbildning	- 0,067 ***
Grundskola, folkskola eller motsvarande	0,015 ***
Gymnasium, realskola eller motsvarande	- 0,000
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Referens
15–19 år	- 0,131 ***
20–24 år	- 0,160 ***
25–29 år	- 0,160 ***
30–34 år	- 0,137 ***
35–39 år	- 0,123 ***
40–44 år	- 0,118 ***
45–49 år	- 0,092 ***
50–54 år	- 0,084 ***
55–59 år	- 0,058 **
60–64 år	- 0,042
65–69 år	- 0,023
70–74 år	- 0,017
75–79 år	- 0,024
80–84 år	- 0,019
85–89 år	- 0,016
90–94 år	0,002
95 år och äldre	Referens
R2	0,01
Antal observationer	101 660

*** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Utfallsvariabel: Binär variabel (0 eller 1), där 1 anger att personen svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.

Källa: Nationell Patientenkät 2015.

Avsnitt 6.2.2 i rapporten visar att den patientrapporterade kvaliteten skiljer sig mellan landsting. När landstingsskillnaderna utvärderas i en regression där kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet inkluderas, det vill säga på samma sätt som beskrivs ovan, förblir landstingsskillnaderna i all väsentlighet desamma. Det innebär att de landstingsskillnader som observeras inte kan förklaras av eventuella skillnader i ålder, kön och utbildning mellan

patienterna i de olika landstingen. Tabell 21 och tabell 22 redovisar de regressionsresultat som ligger till grund för figur 40 i avsnitt 6.2.2.

Tabell 21. Utfallsvariabler i OLS-regression delaktighet, information, emotionellt stöd, bemötande och helhetsintryck (avsnitt 6.2.2)

Område	Utfallsvariabel
Delaktighet	Delaktighet står för dimensionen "Delaktighet och involvering" och är en sammanslagning av fem frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa fem frågor.
Information	Information står för dimensionen "Information och kunskap" och är en sammanslagning av sex frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa sex frågor.
Emotionellt	Emotionellt står för dimensionen "Emotionellt stöd" och är en sammanslagning av totalt två frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa två frågor.
Bemötande	Bemötande står för dimensionen "Respekt och bemötande" och är en är en sammanslagning av totalt fyra frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa fyra frågor.
Helhet	Helhet står för dimensionen "Helhetsintryck" och är en är en sammanslagning av totalt tre frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa tre frågor.

Tabell 22. Utfall av OLS-regression: delaktighet, information, emotionellt stöd, bemötande kontinuitet och koordinering samt helhetsintryck (avsnitt 6.2.2).

	Information	Delaktighet	Bemötande	Kontinuitet	Emotionellt	Helhet
Kvinna	- 0.025***	- 0.008***	- 0.014***	- 0.025***	- 0.000	- 0.019***
Man	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
Ingen avslutad utbildning	- 0.053***	- 0.064***	- 0.067***	- 0.006	- 0.043***	- 0.024***
Grundskola, folkskola eller motsvarande	- 0.024***	- 0.025***	- 0.009***	0.009***	0.003	0.013***
Gymnasium, realskola eller motsvarande	- 0.016***	- 0.012***	- 0.005**	0.005**	- 0.001	0.000
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
15–19 år	- 0.172***	- 0.119***	- 0.180***	- 0.181***	- 0.242***	- 0.213***
20–24 år	- 0.218***	- 0.190***	- 0.217***	- 0.219***	- 0.274***	- 0.257***
25–29 år	- 0.208***	- 0.175***	- 0.211***	- 0.207***	- 0.264***	- 0.258***
30–34 år	- 0.163***	- 0.137***	- 0.168***	- 0.177***	- 0.208***	- 0.210***
35–39 år	- 0.148***	- 0.109***	- 0.147***	- 0.167***	- 0.193***	- 0.194***
40–44 år	- 0.113***	- 0.095***	- 0.135***	- 0.153***	- 0.165***	- 0.167***
45–49 år	- 0.094***	- 0.070***	- 0.105***	- 0.128***	- 0.132***	- 0.145***
50–54 år	- 0.084***	- 0.061***	- 0.100***	- 0.110***	- 0.126***	- 0.132***
55–59 år	- 0.060***	- 0.032	- 0.071***	- 0.084***	- 0.095***	- 0.098***
60–64 år	- 0.035	- 0.015	- 0.051***	- 0.052**	- 0.065**	- 0.065***
65–69 år	- 0.013	0.001	- 0.031*	- 0.034	- 0.041	- 0.041*
70–74 år	- 0.009	- 0.004	- 0.026	- 0.020	- 0.030	- 0.030
75–79 år	- 0.003	- 0.005	- 0.019	- 0.002	- 0.014	- 0.017
80–84 år	- 0.012	- 0.016	- 0.023	0.003	- 0.018	- 0.018
85–89 år	- 0.010	- 0.019	- 0.013	0.007	- 0.021	- 0.011
90–94 år	- 0.002	- 0.016	- 0.011	0.014	- 0.005	0.002
95 år och äldre	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
R2	0.036	0.025	0.039	0.054	0.035	0.052
Antal observationer	102,449	101,767	103,392	102,677	73,597	103,227

*** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Utfallsvariabler beskrivs i tabell 20 nedan. Källa: Nationell Patientenkät 2015. I varje regression ingår även variabler för landstings-tillhörighet. Koefficienterna för dessa har exkluderats från tabellen.

BILAGA 4 – INDIKATORER I INDEX FÖR DIABETSVÅRD OCH SJUKDOMS-SPECIFIKA PROCESSMÅTT KAPITEL 5 OCH 6

I kapitel 6 redovisar vi resultat för ett index för medicinsk kvalitet, det består av sex resultatmått för diabetesvården. Dessa mått samt källa som anger bäring på primärvården redovisas i tabell 23.

Tabell 23. Resultatmått diabetesvård

Resultatmått diabetesvård	Källa som anger bäring på primärvård	År
Barn och ungdomar med diabetes som når behandlingsmålet för HbA1c (blodsockervärde), andel (%)	Kolada	2011–14
Patienter med typ 2 diabetes med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l, andel (%)	Kolada	2011–14
Patienter <80 år med typ 1 diabetes som når mål för blodsockervärde i primärvård, andel (%)	Kolada	2011–14
Patienter med typ 2 diabetes med blodtryck lika med eller lägre än 130/80 mmHg, andel (%)	Kolada	2013–14
Patienter med typ 2 diabetes med systoliskt blodtryck lika med eller högre än 150 mmHg, andel (%)	Kolada	2013–14
Patienter med typ 2 diabetes med HbA1c lägre än 52 mmol/mol, andel (%)	Kolada	2013–14

I kapitel 5 redovisas även ett index för sjukdomsspecifika processmått. Tabell 24 redogör för de processmått som vi har identifierat med bäring på primärvården.

Tabell 24. Sjukdomsspecifika processmätt

Processmätt primärvård	Nyckeltal	Källa som anger bäring på primärvård	År
Diabetesvård	Barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, andel (%)	Kolada	2011–14
	Patienter med typ 1 diabetes som gjort en ögonbottenfotografering någon gång under de senaste två åren, andel (%)	Kolada	2013–14
	Patienter med typ 1 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, andel (%)	Kolada	2011–14
	Patienter med typ 2 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, andel (%)	Kolada	2011–14
	Patienter med typ 2 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren, andel (%)	Kolada	2011–14
Läkemedelsanvändning	Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression, andel (%)	SKL	2011–14
Hjärtsjukvård	Patienter med sjukhusvårdad hjärtsvikt som påföljande halvår behandlas med RAAS-hämmare och/eller betablockerare, andel (%)	SKL	2013–14
	Patienter som behandlats med antikoagulantia vid förmaksflimmer och riskfaktor, andel (%)	SKL	2013–14
Depression	Patienter som utvärderats med MADRS/MADRS-S efter ECT vid depression, andel (%)	SKL	2013–14
Levnadsvanor	Patienter som anger att de har diskuterat tobak eller alkoholvanor med personalen på vårdcentralen, PUK	Kolada	2011–14
Palliativ vård	Brytpunktssamtal i livets slutskede för patienter och anhöriga, andel (%)	SKL	2011–14
Rörelseorganens sjukdomar	Höftledsopererade patienter som genomgått artrosskola, andel (%)	SKL	2013–14
Vaccination	MPR-vaccinerade barn 3 år, andel (%)	Kolada	2011–14

BILAGA 5 – FRÅGOR OCH SVARSALTERNATIV I NATIONELL PATIENTENKÄT OLIKA ÅR

I avsnitt 6.2.3 beskriver resultaten för sex frågor i Nationell Patientenkät på nationell nivå samt för det landsting med bäst och sämst resultat 2011, 2013 och 2015. Det är viktigt att notera att frågorna inte är samma för år 2015 som för 2011 och 2013 och att svarsalternativen skiljer sig åt. Detta gör det svårt att dra slutsatser om utvecklingen över tid. Tabell 25 specificerar vilka frågor och svarsalternativ som har använts respektive år.

Tabell 25. Frågor och svarsalternativ i Nationell patientenkät år 2011 och 2013 respektive 2015.

	2011 och 2013	2015	
Fråga 1 – Information och kunskap	Fråga	När du frågade läkaren om något som var viktigt för dig, fick du då svar som du förstod?	Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?
	Svarsalternativ	– Ja, alltid eller nästan alltid, – Ibland, – Jag hade inget behov av att fråga – Jag vågade inte fråga, – Nej	– Nej, inte alls, – 2, – 3, – 4 – Ja, helt och hållet, – Ej aktuellt
	Resultat	Andel som svarat "Ja, alltid eller nästan alltid". De som svarat "Jag hade inget behov av att fråga" exkluderas.	Andel som svarat "Ja, helt och hållet" eller angivit en 4:a. De som svarat "Ej aktuellt" exkluderas.
Fråga 2 – Information och kunskap	Fråga	Fick du information om din behandling på ett sätt som du förstod?	Förklarade läkaren medicineringen/ behandlingen på ett sätt som du förstod?
	Svarsalternativ	– Ja, helt och hållet, – Delvis, – Jag behövde ingen info, – Nej	Samma som för föregående fråga
	Resultat	Andel som svarat "Ja, helt och hållet". De som svarat "Jag behövde ingen info" exkluderas.	Samma som för föregående fråga
Fråga 3 – Delaktighet	Fråga	Tog läkaren tillräcklig hänsyn till dina kunskaper och erfarenheter av din sjukdom/dina besvär?	Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?
	Svarsalternativ	– Ja, helt och hållet, – Delvis, – Nej, – Ej aktuellt	Samma som för föregående fråga
	Resultat	Andel som svarat "Ja, helt och hållet". De som svarat "Ej aktuellt" exkluderas.	Samma som för föregående fråga
Fråga 4 – Delaktighet	Fråga	Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
	Svarsalternativ	– Ja, helt och hållet, – Delvis, – Nej	Samma som för föregående fråga
	Resultat	Andel som svarat "Ja, helt och hållet"	Andel som svarat "Nej, inte alls" eller angivit en 2:a. De som svarat "Ej aktuellt exkluderas".
Fråga 5 – Respekt och bemötande	Fråga	Om du kände oro eller ängslan över ditt tillstånd eller din behandling, hade du möjlighet att prata med läkaren om det?	Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren (t ex om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)?
	Svarsalternativ	– Ja, helt och hållet, – Delvis, – Jag kände ingen oro eller ängslan, – Jag ville inte prata om det, – Nej	Samma som för föregående fråga
	Resultat	Andel som svarat "Ja, helt och hållet" eller "Jag ville inte prata om det". De som svarat "Jag kände ingen oro eller ängslan" exkluderas	Andel som svarat "Ja, helt och hållet" eller angivit en 4:a. De som svarat "Ej aktuellt" exkluderas.
Fråga 6 – Kontinuitet	Fråga	Brukar du få träffa samma läkare vid dina besök på mottagningen?	Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
	Svarsalternativ	– Ja, alltid eller nästan alltid, – Jag har inte besökt läkare på den här mottagningen mer än en gång, – Nej, sällan eller aldrig	– Ja, alltid, – 4, – 3, – 2, – Nej aldrig, – Ej aktuellt
	Resultat	Andel som svarat "Ja, alltid eller nästan alltid". De som svarat "Jag har inte besökt läkare på den här mottagningen mer än en gång" exkluderas.	Andel som svarat "Ja, alltid" eller angivit en 4:a. De som svarat "Ej aktuellt" exkluderas.

BILAGA 6 – KVANTITATIV ANALYS AVSNITT 7.3.3 OCH 7.4

För de variabler som ingår i dessa analyser har vi information för varje landsting för flera år. Materialet består således av så kallad paneldata, där det finns information från en och samma enhet (det vill säga landsting) från flera tillfällen (det vill säga år). Vi har därför dragit nytta av panelstrukturen och använt två typer av paneldata-modeller: fixed effects och random effects. I tabellerna nedan redovisar vi resultaten för dessa analyser.

Regressionsresultat avsnitt 7.3.3

Vi använder en fixed effects-modell i avsnitt 7.3.3. Analysens beroende variabel är andelen invånare per landsting som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentral. Tillgänglighet avser en likaviktad sammanvägning av tre indikatorer per landsting (telefon-tillgänglighet – andel besvarade samtal samma dag, andel patienter som får träffa läkare inom sju dagar och andel invånare som anser att väntetiden till vårdcentral är rimlig). Dålig självskattad hälsa avser invånare 16–84 år som svarat att de inte har bra tandhälsa, dåligt allmänt hälsotillstånd och nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika.

Tabell 26. Utfall av fixed effects-modell 2011–2015. Beroende variabel förtroende för vårdcentral

	Förtroende för vårdcentral
Tillgänglighet	0,292 *** (-8,353)
Dålig självskattad hälsa	-0,185 * (-0,301)
R2	0,456
Hausman	0,038
Antal observationer	105

*** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Det har skattats med OLS-regression med dummy-variabler för varje landsting, och värdena inkluderar även den del av variationen som förklaras av de landstingsspecifika effekterna. Längst ner i tabellen anges p-värdet från ett Hausman-test. Ett alternativ till en fixed effects-modell, som vi använder, är en så kallad random effects-modell som inte tar hänsyn till de landstingsspecifika effekterna. Hausman-testet är ett statistiskt test som anger huruvida en random effects-modell hade fungerat lika bra att använda. Ett lågt p-värde i Hausman-testet talar för att fixed effects bör användas.

Regressionsresultat avsnitt 7.4 Få tydliga samband mellan måluppfyllelse och primärvårdsmodell – men ett beroende av inhyrd personal verkar entydigt negativt

I denna analys har vi istället valt att använda en så kallad "random-effects-modell" där de landstingsspecifika effekterna inte tas hänsyn till.

Tabell 27. Utfall av random-effects model

	Kostnad per besök	Förtroende	Tillgänglighet
Förväntad kostnad	-3,72 (5,17)	-0,33 ** (0,15)	-0,16 (0,16)
Rörlig ersättning	-30,24 (53,47)	-0,55 (2,02)	0,63 (2,31)
Andel primärvård	43,49 *** (9,67)	0,35 (0,30)	0,47 (0,31)
Andel hyrläkare	10,56 *** (2,80)	-0,20 ** (0,08)	-0,18 ** (0,08)
Läkare/sjuksköterskor	1,75 (1,67)	0,04 (0,05)	0,01 (0,05)
Utbudskoncentration	4,13 * (2,34)	0,00 (0,09)	-0,01 (0,10)
R2	0,49	0,20	0,07
Antal observationer	100	100	100

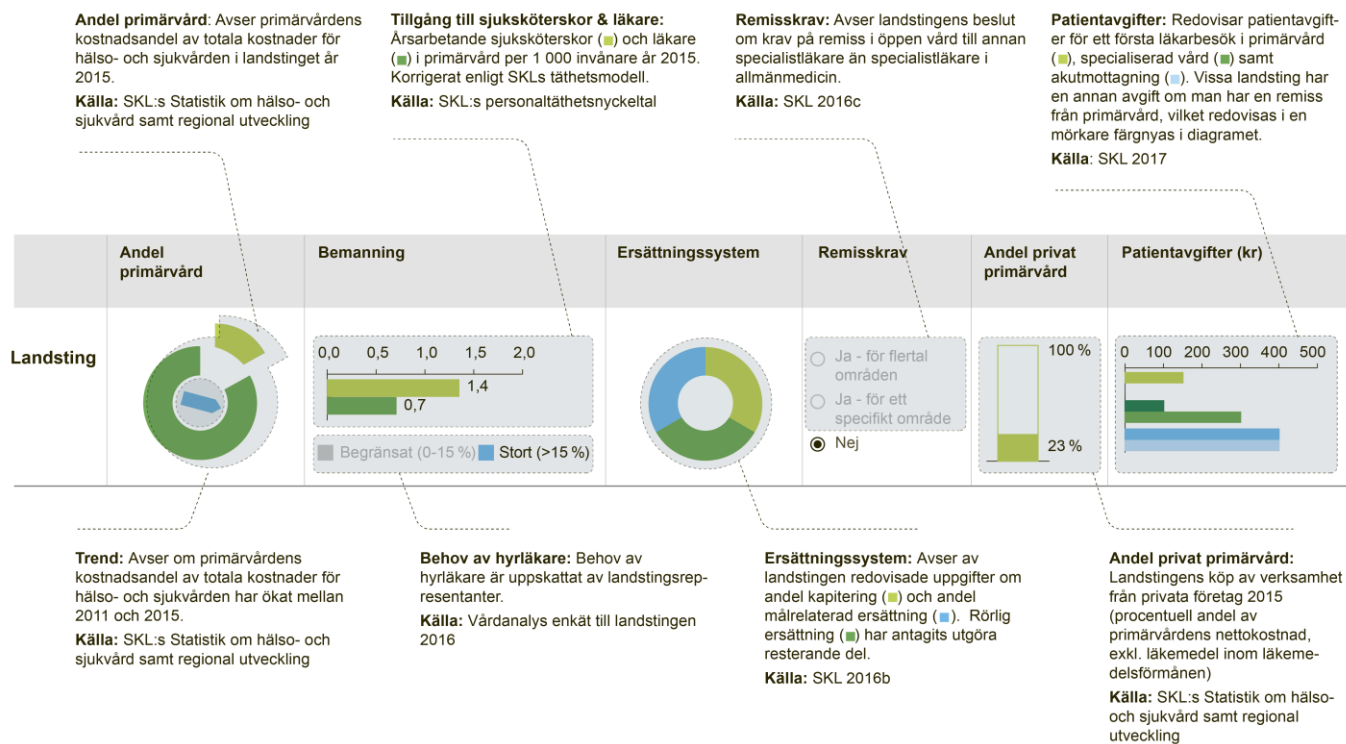
*** innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, ** på 5-procentsnivån och * på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R2 är mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras i modellen. Vi använder en random-effects-modell då dess flexiblere form tillåter att vi inkluderar tidskonstanta förklaringsvariabler, såsom ersättningssystem.

Tabell 28. Indelning av landsting i kategorier

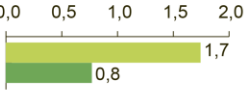
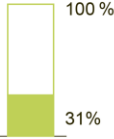
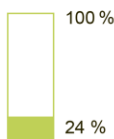
	Grupp I	Grupp II	Grupp III
Ersättningsmodell (egenskap)	Ingen rörlig ersättning	Viss rörlig ersättning	Hög rörlig ersättning
Antal landsting	4	16	1
Andel primärvård (primärvårdens resursandel av total nettokostnad)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7
Läkare/sjuksköterskor (antal årsarbetande läkare/årsarbetande sjuksköterskor)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	6
Andel hyrläkare av total läkarbemannning	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	6	7	7
Förväntad kostnad (standardkostnad per landsting i relation till rikets standardkostnad)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7
Grad av utbudskonkurrens (HHI-index per landsting)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7

BILAGA 7 – LANDSTINGENS STYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN

I figurerna nedan sammanställs översiktligt landstingens styrning av primärvården.

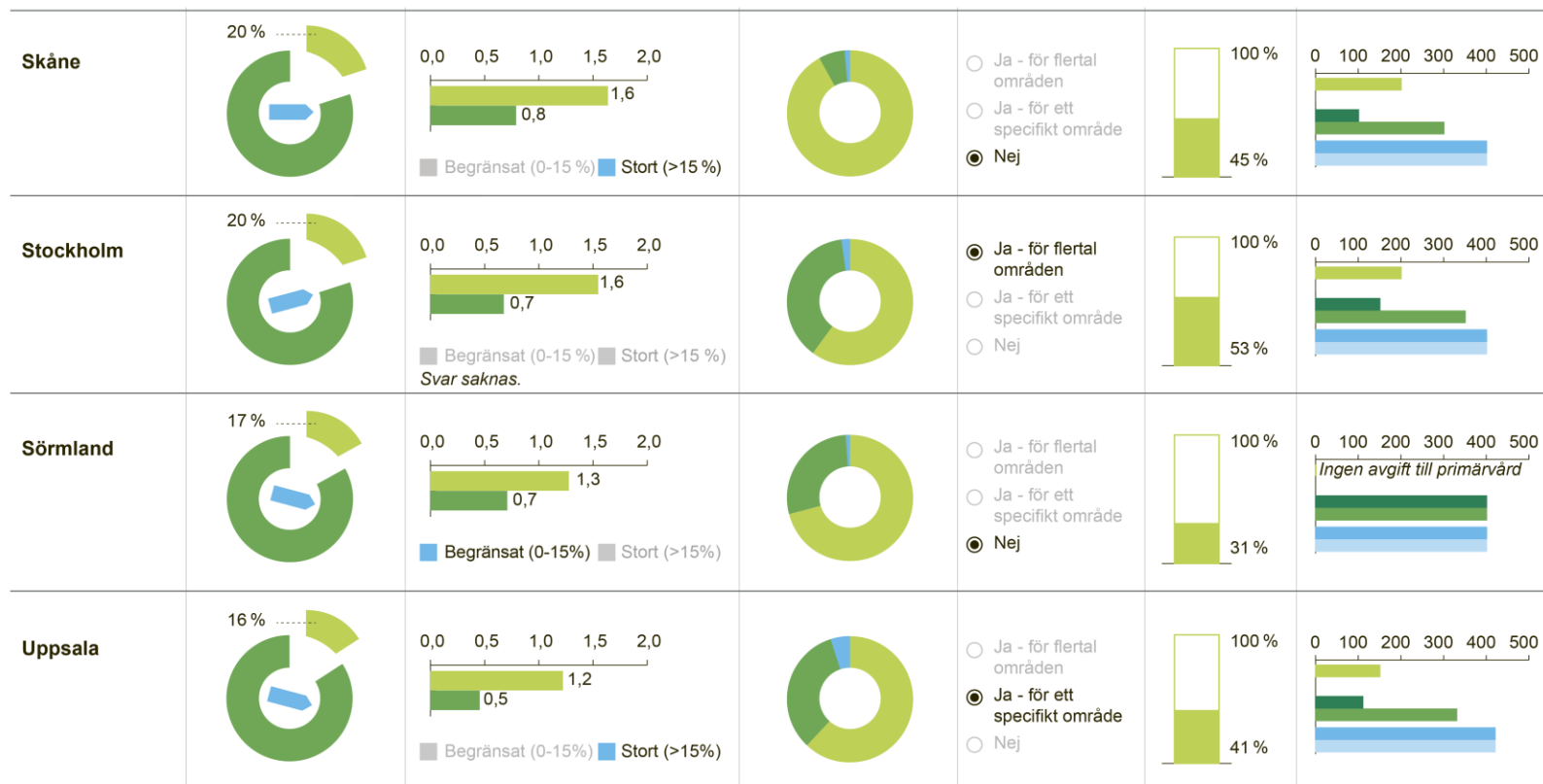


	Andel primärvård Kostnad primärvård Kostnad övrig vård Förändring, 2011-2015	Bemanning <i>Tillgång till sjuksköterskor & läkare:</i> Antal sjuksköterskor per 1 000 inv. Antal läkare per 1 000 inv. <i>Behov av hyrläkare</i> Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)	Ersättningsystem Kapitering Rörlig ersättning Målrelaterad ersättning	Remisskrav	Andel privat primärvård	Patientavgifter (kr) Primärvård Specialistvård efter remiss Specialistvård Akutmottagning efter remiss Akutmottagning
Blekinge	17% 			<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej		
Dalarna	18% 			<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej		
Gotland	15% 			<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej		

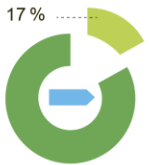
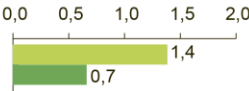

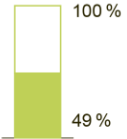
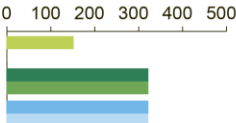
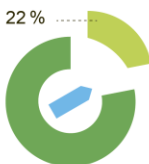
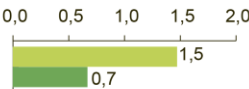

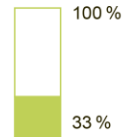
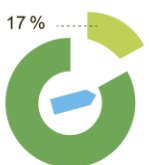


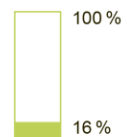
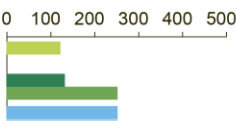
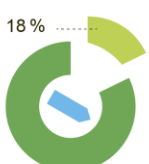


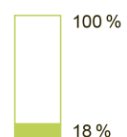
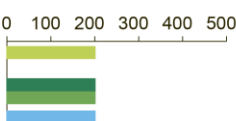
<p>Gävleborg</p>	 <p>21 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,7 0,8</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 31 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Halland</p>	 <p>20 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,4 0,7</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 39 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Jämtland Härjedalen</p>	 <p>21 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,3 0,9</p> <p>■ Begränsat (0-15%) ■ Stort (>15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 12 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Jönköping</p>	 <p>19 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,0 0,7</p> <p>■ Begränsat (0-15%) ■ Stort (>15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 24 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p> <p>Ingen avgift vid remiss</p>

	Andel primärvård Kostnad primärvård Kostnad övrig vård Förändring, 2011-2015	Bemanning <i>Tillgång till sjuksköterskor & läkare:</i> Antal sjuksköterskor per 1 000 inv. Antal läkare per 1 000 inv. <i>Behov av hyrläkare</i> Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)	Ersättningsystem Kapitering Rörlig ersättning Målrelaterad ersättning	Remisskrav <input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	Andel privat primärvård 100 % 15 %	Patientavgifter (kr) Primärvård Specialistvård efter remiss Specialistvård Akutmottagning efter remiss Akutmottagning
Kalmar	20% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,4 0,8 Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100 % 15 %	0 100 200 300 400 500
Kronoberg	18% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,3 0,7 Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100 % 28 %	0 100 200 300 400 500
Norrbottn	20% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,4* 0,8* Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100 % 14 %	0 100 200 300 400 500 Ingen avgift vid remiss

* Avser 2014



	Andel primärvård Kostnad primärvård Kostnad övrig vård Förändring, 2011-2015	Bemanning <i>Tillgång till sjuksköterskor & läkare:</i> Antal sjuksköterskor per 1 000 inv. Antal läkare per 1 000 inv. <i>Behov av hyrläkare</i> Begränsat (0-15 %) Stort (>15 %)	Ersättningsystem Kapitering Rörlig ersättning Mårelaterad ersättning	Remisskrav <input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej	Andel privat primärvård 100 % 18 %	Patientavgifter (kr) Primärvård Specialistvård efter remiss Specialistvård Akutmottagning efter remiss Akutmottagning
Värmland	18% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,1 0,7 Begränsat (0-15%) Stort (>15%)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej	100 % 18 %	0 100 200 300 400 500
Västerbotten	18% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,4 0,8 Begränsat (0-15%) Stort (>15%)		<input checked="" type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej	100 % 20 %	0 100 200 300 400 500
Västernorrland	16% 	0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 1,4 0,6 Begränsat (0-15%) Stort (>15%)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100 % 33 %	0 100 200 300 400 500

<p>Västmanland</p>	 <p>17 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,4 0,7</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 49 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Västra Götaland</p>	 <p>22 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,5 0,7</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 33 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Örebro</p>	 <p>17 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,3 0,7</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 16 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p>Östergötland</p>	 <p>18 %</p>	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>1,3 0,5</p> <p>■ Begränsat (0-15 %) ■ Stort (>15 %)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	 <p>100 % 18 %</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>

Primärvården i belysning

Jämförelser mellan landsting och regioner 2011–2015

Behovet av att satsa på primärvården har fått förnyad aktualitet de senaste åren. Men hur fungerar primärvården egentligen? I studien beskrivs viktiga dimensioner av primärvårdens verksamhet.

Genom-gången visar på geografiska skillnader när det gäller dess organisation, styrning och resultat. Även om det är svårt att peka på någon enskild framgångsmodell framstår hög kontinuitet och tillgänglighet som viktiga komponenter för att stärka produktiviteten och befolkningens förtroende för primärvården. Vår förhoppning är att studien kan tjäna som ett kunskapsunderlag för fort-satta diskussioner om hur primärvården kan stärkas.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.