

Införandet av vårdval i primärvården

Slutredovisning

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr
2010-02-10

Stockholm 2010 02 12

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting följa upp hur vårdval i primärvården införts. En delredovisning överlämnades till regeringen i oktober 2009. I och med denna redovisning avslutas uppdraget.

Socialstyrelsen kommer även fortsättningsvis att följa hur vårdval inom primärvården påverkar människors tillgång till samt kontinuitet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att följa valfrihetssystemen inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bland annat utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet.

I denna slutredovisning ligger fokus på i vilken mån landstingen hunnit införa vårdval i primärvården inom angiven tidsram, vårdgivarnas grundåtaganden och den kompetens som krävs för att uppfylla åtagandena. Dessutom uppmärksammas medborgarnas möjligheter att välja vårdgivare liksom den information de fått och får för att kunna välja.

Företrädare för berörda regioner, landsting och Gotlands kommun har haft möjligheter att faktagranska och lämna synpunkter på redovisningen, som inom Socialstyrelsen har utarbetats av utredaren *Monica Albertsson*.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	4
<i>Sammanfattning</i>	6
Grundåtagandet och allmänna villkor	6
Vårdgivarnas anslutning - kompetenskrav	6
Medborgarnas anslutning	7
Omfattande informationsinsatser till medborgarna	7
<i>Inledning</i>	8
Uppdraget	8
Bakgrund	8
Syfte	8
Avgränsning	8
Genomförande	9
Vad är primärvård?	9
<i>Vårdvalets införande</i>	11
Tidsperspektivet	11
Mål och inriktning	12
<i>Primärvårdens grundåtagande</i>	13
Likheter i utformningen av vårdvalssystemen	13
Skillnader i vårdvalssystemen	15
Uppföljning	17
Behov av utveckling	18
<i>Vårdgivarnas anslutning</i>	19
Allmänna villkor	19
Tillgänglighet	20
Kompetenskrav	20
<i>Medborgarnas anslutning</i>	22
Listningsförfarandet	22
Aktiv/passiv listning	22
Valet	23
Hur listar man sig?	23
Möjlighet att välja om	23
Vem väljer?	24
<i>Information till medborgarna</i>	25

<i>Avslutande kommentarer</i>	26
Tidsaspekten och utvecklingsbehov	26
Grund- eller basåtagandet	26
LOV och LOU	27
Hälsoval eller Vårdval	27
Dialog om lokalisering	28
Fortsatt utveckling	28
<i>Referenser</i>	29

Sammanfattning

Vårdval i primärvården ger dels medborgarna rätt att fritt välja mellan olika vårdgivare, dels vårdgivare rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning om man uppfyller de krav respektive sjukvårdshuvudman ställer. Alla landsting ska den 1 januari 2010 ha infört vårdval i primärvården enligt bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).

Med undantag av Gotlands kommun hade alla landsting infört sådana vårdvalssystem eller publicerat sina förfrågningsunderlag vid årsskiftet 2009/2010. Gotland avser att publicera sitt förfrågningsunderlag i mitten av februari 2010. I de publicerade förfrågningsunderlagen framhålls följande:

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- patienternas/invånarnas behov ska vara styrande för verksamheten
- vårdenheten ska medverka till en sammanhållen vårdprocess
- primärvården/närsjukvården ska vara ett naturligt förstahandsval när medborgarna söker hälso- och sjukvård.

Grundåtagandet och allmänna villkor

Skillnaderna mellan vårdgivarnas uppdrag och åtaganden i de olika landstingen kan vid en första anblick förefalla större än vad de i realiteten är. Det finns en stor överensstämmelse, en kärna, i de uppdrag som vårdenheterna ska uppfylla inom ramen för det allmänmedicinska kompetensområdet utifrån de krav som sammantaget ställs i grundåtagandena och allmänna villkor.

De skillnader som de olika vårdvalssystemen uppvisar när det gäller åtagandets omfattning handlar främst om hur landstingen valt att hantera barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering m.fl. verksamheter. I detta avseende har Stockholm det minst omfattande åtagandet för vårdval i primärvården, men också flest andra separata vårdvalssystem. Västmanland har det mest omfattande åtagandet.

Socialstyrelsens bedömning: Det finns för närvarande inte anledning att överväga ett centralt lagreglerat grundåtagande. Socialstyrelsen avser emellertid att följa den fortsatta utvecklingen utifrån nationella mål om god vård på lika villkor i hela landet.

Vårdgivarnas anslutning - kompetenskrav

Vårdenheterna ska ha allmänmedicinsk profil. I regel krävs att minst hälften av läkarna ska ha specialistkompetens i allmänmedicin och att minst hälften av sjuksköterskorna ska vara specialistutbildade distriktssköterskor för att

en vårdenhet ska bli godkänd och därmed kunna etablera sig. Geriatriker och pediatriker samt sjuksköterskor specialistutbildade inom barn och ungdom är exempel på andra specialistkompetenser som nämns i sammanhanget. När en vårdenhet också har ansvar för barnhälsovård ställs alltid kravet att sjuksköterskorna ska vara utbildade distriktssköterskor eller ha specialistutbildning inom barn och ungdom. Läkarna ska vara specialister i allmänmedicin eller pediatriker.

Vårdenheterna ska ha tillgång till den breda kompetens som krävs för att uppfylla åtagandet. Lägsta kompetens för omvårdnad är undersköterska. Flera landsting kräver att minst en läkare vid varje vårdenhet ska ha fördjupad utbildning i försäkringsmedicin. Personal som utför åtaganden inom psykisk ohälsa ska vara psykolog, psykoterapeut alternativt ha socionomutbildning eller legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande basutbildning i psykoterapi.

Socialstyrelsens bedömning: De kompetenskrav landstingen ställer på personal vid vårdenheter inom ramen för vårdval i primärvården står i paritet med de uppgifter vårdenheterna i respektive landsting har att fullgöra.

Medborgarnas anslutning

I alla landsting kan invånarna fritt välja vilken vårdenhet man vill tillhöra. Aktiv listning är grunden i alla vårdvalssystemen. De flesta landsting listar passivt dem som inte gör något eget val, det s.k. ickevalsalternativet. I sådana fall tillämpas oftast närhetsprincipen.

Invånarna i alla landsting kan byta vårdenhet hur ofta de vill. Vårdenheterna har heller inte rätt att neka eller avvisa någon som väljer enheten i fråga. Därför finns det heller ingen begränsning av hur många personer som kan vara listade vid en vårdenhet. Under en övergångstid kan emellertid landstinget tillåta en vårdenhet att begränsa sin lista om den medicinska säkerheten inte kan garanteras, vid brist på lokaler, personal eller liknande. Tre månader är då den vanligaste tidsrespite för vårdenheten att vidta de åtgärder som krävs för att kunna ta emot de personer som önskar lista sig. Stockholm utgör ett undantag i detta avseende eftersom landstinget överlåter åt vårdgivaren att avgöra hur många personer som ska vara listade vid vårdenheten.

Socialstyrelsens bedömning: Medborgarnas möjligheter att fritt välja vårdenhet är väl tillgodosedda.

Omfattande informationsinsatser till medborgarna

Informationsinsatserna har varit omfattande när vårdval i primärvården har införts. Brev med information om verksamheten och dess syfte har sänts ut till alla hushåll eller invånare över en viss ålder. I annonser, broschyrer och på landstingens hemsidor sprids information om rätten att fritt välja vårdgivare, hur man väljer och att man kan byta vårdgivare närhelst man önskar.

Information om vårdvalet och möjligheterna att fritt välja vårdenhet finns också på flera olika språk och som teckentolkad information. I vissa fall finns det även möjlighet att få informationen uppläst.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att följa upp hur landstingen inför vårdvalssystem i primärvården. Uppdraget ska utföras i samråd med landstingen. Vid uppföljningen ska Socialstyrelsen särskilt beakta

- definitionen av primärvård
- kraven som ställs på dem som vill etablera sig
- patienternas/invånarnas valmöjligheter
- informationen till medborgarna.

Uppdraget har delredovisats i oktober 2009 och slutredovisas i och med denna rapport.

Bakgrund

Den 25 februari 2009 antog riksdagen propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09:SoU9, rskr. 2008/09:172). Detta innebär att regionerna, landstingen och Gotlands kommun senast den 1 januari 2010 ska ha infört vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare, som uppfyller de krav landstingen¹ ställer, har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Målen är att på detta sätt öka dels patienternas inflytande, dels antalet vårdgivare inom primärvården. Bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) ska följas när landstingen utformar sina respektive valfrihetssystem.

Syfte

Syftet med uppdraget är att ”säkerställa att förslagen i propositionen genomförs på avsett sätt”, dvs. på det sätt som regleras i LOV och avses i dess förarbeten.

Avgränsning

Flera myndigheter har regeringens uppdrag att stödja eller följa upp inrättandet av valfrihetssystem enligt LOV. Kammarkollegiet har i uppdrag att upprätta och ansvara för driften av en nationell databas för annonsering av valfrihetssystem inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tillväxtverket ansvarar för en informationssatsning när det gäller LOV. Målsättningen är

¹ Fortsättningsvis avses med landsting såväl landsting och regioner som Gotlands kommun.

att stimulera flera att starta och driva företag inom vård- och omsorgssektorn och att stödja mindre företag. Konkurrensverket har i uppdrag att följa hur vårdval i primärvården påverkar konkurrensen mellan utförare, förutsättningar för en mångfald utförare inom hälso- och sjukvård samt om och hur kvalitetskonkurrens mellan dessa främjas.

Konkurrensverkets och Socialstyrelsens respektive uppdrag är till vissa delar överlappande. Socialstyrelsen följer emellertid införandet av vårdvalssystem ur ett individ- och medborgarperspektiv, medan Konkurrensverket har ett mer uttalat konkurrensneutralitets- och företagsperspektiv. Mot denna bakgrund belyser Socialstyrelsen i denna redovisning, liksom i den tidigare delredovisningen, framförallt:

- Hur landstingen beskriver primärvårdens grundåtaganden i sina förfrågningsunderlag. Vilka likheter och skillnader finns mellan huvudmännen i detta avseende, vilka kompetenskrav ställs för att fullgöra uppdraget och är uppdraget detsamma oavsett om vårdgivaren är verksam i privat eller offentlig regi.
- Om kraven på dem som vill etablera sig stämmer överens med uppdraget och om alla som uppfyller kompetenskraven kan etablera sig. I detta sammanhang redovisas också hur landstingen hanterar tilläggsuppdrag.
- Medborgarnas valmöjligheter, dvs. hur man väljer, hur ofta man kan byta vårdgivare, vem som får välja och vad som händer om någon inte väljer, dvs. det s.k. ickevalsalternativet
- Vilka informationskanaler landstingen använder för att informera om vårdvalet och vad de informerar om. Om informationen är likvärdig oavsett vårdgivare och om informationen ges på olika språk m.m. är också frågor som belyses.

Genomförande

Socialstyrelsen genomför sitt uppdrag i samråd med landstingen. En viktig plattform för ett sådant samråd är det vårdvalsnätverk som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) initierat. Nätverket har gjort det möjligt för medlemmarna att utbyta erfarenheter och, i den utsträckning de önskat, samordna sina insatser. Genom att delta i och medverka vid nätverkets träffar har Socialstyrelsen fått information om hur arbetet med att införa vårdvalssystem i primärvården fortskridit.

Landstingens förfrågningsunderlag eller motsvarande (t.ex. regelbok, krav- och kvalitetsbok) om vårdvalssystem i primärvården är de huvudsakliga källorna till denna rapport. Hur medborgarna informerats i samband med införandet framgår bland annat av förfrågningsunderlagen och landstingens hemsidor.

Vad är primärvård?

Att diskutera primärvårdens uppdrag underlättas av om det finnas en samstämmig uppfattning om vad primärvård är. Frågan är om det finns en sådan samsyn. Vid tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, kom ett nytt hälsopolitiskt synsätt till uttryck och landstingen fick ett lag-

reglerat ansvar även för det sjukdomsförebyggande arbetet. Med utgångspunkt från HSL utarbetades ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården inför 1990-talet, vilket fick bred politisk uppslutning. Trots det har det varit svårt att förverkliga de mål för primärvården som angavs i HS 90. Till följd av bland annat ädelreformen och den medicinska och medicintekniska utvecklingen har också förutsättningarna för primärvården ändrats och det har förts en nästan ständig debatt om vad som är eller borde vara primärvårdens uppdrag. Verksamhetens organisation och innehåll har också varierat såväl över tid som mellan olika landsting.

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) angavs inriktningen för bland annat primärvård. Ett viktigt inslag i planen var att landstingen skulle precisera primärvårdens uppdrag och skapa balans mellan dess uppdrag och resurser. Socialstyrelsen kunde i sin slutrapport 2005 från uppföljningen av handlingsplanen konstatera dels att få landsting uttryckligen hade behandlat dessa frågor, dels att det inte skett någon omfördelning av resurser från specialiserad somatisk vård till primärvård och psykiatri.

På motsvarande sätt som vid den s.k. husläkarreformen i mitten av 1990-talet måste landstingen, när vårdvalssystem i primärvården enligt LOV införs, precisera vårdenheternas uppdrag, deras åtaganden och skyldigheter, och ta fram ett ersättningssystem för detta. Ersättningssystemet i respektive landsting måste också vara konkurrensneutralt och ges till alla vårdgivare på samma villkor.

Definition

I Socialstyrelsens termbank finns en definition av primärvård som utgår från 5§ HSL: ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”.

Primärvårdsbegreppet definieras alltså inte i sig utan i relation till sin omgivning; hälso- och sjukvårdsverksamhet ”...som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Primärvård och primärvårdens roll förändras successivt till följd av att hälso- och sjukvården i allt större utsträckning kan utföras utanför sjukhusen. Personer med omfattande vårdbehov bor numera i sina egna hem oavsett om dessa finns i det ordinära bostadsbeståndet, i särskilda boendeformer för äldre eller i bostäder med särskild service. Denna utveckling har bidragit till att gränsen mellan olika vårdnivåers ansvar blivit allt mindre entydig.

I den nationella statistiken hänförs till primärvård

- åtgärder av läkare som upprätthåller funktion som specialist i allmänmedicin inom såväl offentlig som privat verksamhet
- distriktssköterskeverksamhet
- barn- och mödrahälsovård exklusive specialistmödravård.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet räknas också som primärvård.

Vårdvalets införande

Tidsperspektivet

Vid ingången av 2010 hade landets 18 landsting och två regioner infört vårdvalssystem i primärvården i den meningen att det sedan dess finns möjligheter för intresserade leverantörer att ansöka om godkännande. Vårdval Gotland med driftstart januari 2009 är inte uppbyggt enligt bestämmelserna i LOV utan enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Avtalen gäller under fyra år och kan endast hävas genom myndighetsbeslut eller kvalitetsbrist. Ett förfrågningsunderlag enligt LOV bereds för närvarande inom Gotlands kommun och beslut väntas i mitten av februari 2010. När så skett kan förfrågningsunderlaget annonseras på Kammarkollegiets hemsida.

Landsting/region	Infört	Landsting/region	Förfrågningsunderlag publicerat
Halland	2007-01-01	Sörmland	2009-06-30
		Jönköping	2009-10-01
Västmanland	2008-01-01	Värmland	2009-10-12
Stockholm	2008-01-01	Gävleborg	2009-10-15
Gotland	2009-01-01	Blekinge	2009-11-06
Kronoberg	2009-03-01	Dalarna	2009-12-08
Region Skåne	2009-05-01	Kalmar	2009-12-28
Uppsala	2009-07-01	Norrbottnen	2009-12-29
Östergötland	2009-09-01	Västernorrland	2009-12-30
VG regionen	2009-10-01	Jämtland	2009-12-31
		Västerbotten	2010-01-01
		Örebro	2010-01-01

Konkurrensverket har i sin uppföljning av vårdval i primärvården² bland annat behandlat frågor som gäller konkurrensfördelar för befintliga vårdgivare och listningskampanjer innan införandet av vårdvalssystemet. I t.ex. Sörmland har man strävat efter så likvärdiga förutsättningar som möjligt för vårdgivarna i dessa avseenden. Men det förutsätter att man i landstinget har haft tid för ett sådant förfaringsätt.

Sörmland publicerade sitt förfrågningsunderlag i slutet av juni 2009. Den initiala listningen av invånarna inleddes den 1 januari 2010. På så sätt kunde

² Konkurrensverkets rapportserie 2009:5. Uppföljning av vårdval i primärvården, Förutsättningar och hinder. Delrapport 1

alla vårdenheter som så önskade finnas med som valbara alternativ, när landstinget genomförde sin informationskampanj till medborgarna under hösten 2009. Detta under förutsättning att vårdgivarna hade inkommit med sina ansökningar om godkännande senast den 1 september 2009.

Mål och inriktning

Landstingen bygger sina vårdvalssystem utifrån bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)³. Det innebär att

- alla medborgare har möjlighet att fritt välja vårdenhet
- medborgarens ställning stärks genom att ersättningen till vårdenheten följer medborgarens val
- en vårdenhet måste vara godkänd av landstinget/regionen för att få etablera sig med offentlig ersättning
- ersättningen till vårdenheten är likvärdig oavsett om den drivs i privat eller offentlig regi.

Hur det övergripande målet för vårdvalet formuleras kan skilja något mellan landstingen. I några betonas befolkningens tillgänglighet till vård och mångfald, medan andra framhåller målen att stärka patientens ställning och/eller den nära vården. Den vårdenhet som den enskilde valt ska vara det naturliga förstahandsalternativet när han eller hon behöver vård och stöd. Ibland återfinns bland målsättningarna att systemet ska ge möjlighet till kostnadskontroll.

I sina förfrågningsunderlag framhåller alla landsting

- hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- ökad tillgänglighet
- att patienternas/invånarnas behov ska vara styrande för verksamheten
- att vårdenheten ska medverka till en samordnad eller sammanhållen vårdprocess
- att den vårdenhet, som man är listad hos, ska vara ett naturligt förstahandsval när medborgarna söker hälso- och sjukvård.

Den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktningen i vårdenheter-
nas verksamhet är tydlig i landstingens förfrågningsunderlag. Det framgår
bland annat av de visioner för hälso- och sjukvården som några landsting
redovisar t.ex.; Västernorrland ”Liv och hälsa”, Jämtland ”God hälsa och
positiv livsmiljö för alla i Jämtlands län”, Västerbotten ”Världens bästa hälsa
och världens friskaste befolkning 2020”.

Den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inriktningen kommer
också till uttryck i några landstings benämning av sina vårdval. Med undan-
tag av Västra Götalandregionens benämning ”VG Primärvård”, använder tio
landsting begreppet ”Hälsoval” och de övriga tio ”Vårdval”.

³ I ett övergångsskede gäller detta alltså inte Gotlands kommun.

Primärvårdens grundåtagande

Utredningen om patientens rätt föreslog i sitt delbetänkande *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37) att ett grunduppdrag för primärvården skulle fastställas nationellt. Inslag i ett sådant grunduppdrag skulle omfatta ”mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring”. Detta innebär, menade utredningen, att det i primärvårdens grunduppdrag ingår att ansvara för att;

- utreda, behandla och kontrollera sjukdom samt behandla skador som inte kräver sjukhusvård. Om patientens tillstånd så kräver ska uppgifterna utföras i patientens hem
- den enskilde vid behov kan nå vården dygnet runt
- hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling som primärvården inte själv kan erbjuda
- utfärda intyg såsom vårdintyg och dödsbevis
- bedriva sådant individuellt förebyggande arbete som naturligt ingår i patientkontakterna
- samordna åtgärder som patienten är i behov av
- samverka med andra service- och vårdgivare liksom med arbetsplatser, försäkringskassa och andra myndigheter etc. när det är av betydelse för den enskilde patienten eller ur folkhälsosynpunkt
- medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt.

Regeringen följde i propositionen om *Vårdval i primärvården* (prop.2008/09:74) inte utredningens förslag om att ett grundåtagande skulle fastställas nationellt. Regeringen menade att ”landstingen bör ha möjlighet att besluta om krav för vårdgivare som vill etablera sig inom vårdvalssystemet i primärvården”, men uttalade också att landstingen borde samverka för att skapa en så ”bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt”. Vidare uttalade regeringen att den även fortsatt kommer att överväga behovet av att genom författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

Likheter i utformningen av vårdvalssystemen

Vårdenheternas arbetssätt ska präglas av helhetssyn på den enskildes behov och sammanhållna vårdprocesser. Detta lyfts fram i alla vårdvalssystem. Vårdenheternas allmänmedicinska uppdrag uppvisar också stora likheter. Men de krav som ställs på vårdenheterna eller de skyldigheter som de har att fullgöra kan återfinnas dels i grund- eller basåtagandet, dels under generella villkor eller motsvarande. Som följd kan vårdgivarnas uppdrag och åtaganden i de olika landstingen vid en första anblick förefalla större än vad de i

realiteten är. Även om ordval, formuleringar och disposition skiljer sig åt i de olika förfrågningsunderlagen ingår emellertid i grundåtaganden och allmänna villkor sammantaget nästan alltid följande:

- Hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska området med planerad och oplanerad vård i form av
 - utredning
 - diagnostik
 - behandling
 - rådgivning
 - uppföljning
- Hembesök
- Psykosociala insatser
- Jour och beredskap
- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård⁴ (exkl. råd och stöd till personal, läkemedelsgenomgångar)
- Hälsoundersökningar för asylsökande m.fl.
- Smittskydd
- Utfärdande av intyg (vårdintyg, rättsintyg, dödsbevis, utlåtande till försäkringskassan, övriga patientrelaterade intyg)
- Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän
- Medverkan vid katastrof och beredskap
- Utbildning, forskning och utveckling
- Uppföljning av verksamheten

I stället för att särskilt ange hälsoundersökningar för asylsökande, smittskydd eller liknande uttrycker en del landsting att vårdenheter har ett samhällsmedicinskt ansvar för sitt närområde. Detta ansvar är alltså skilt från befolkningens val av vårdenhet. Det samhällsmedicinska ansvaret innebär också att vårdenheten ska agera vid olika slags ohälsoutbrott, t.ex. smittsamma sjukdomar och industriutsläpp. Det omfattar även ansvar för personer, t.ex. turister och fritidsboende, som uppehåller sig i närområdet och behöver hälso- och sjukvård. Även förskolor och skolor omfattas av det samhällsmedicinska ansvaret och handlar om information, stöd och åtgärder.

Det är kommunernas ansvar att svara för hemsjukvård i särskilt boende och i bostäder med särskild service. Kommunerna har också befogenhet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende om kommunen och landstinget är överens om det. Drygt hälften av landstingen har avtal med kommunerna om att hemsjukvård i ordinärt boende sker i kommunal regi. Men landstingens ansvar för läkarinsatser kan inte överlåtas till kommunerna. I en vårdenhets skyldigheter ingår därför i regel att ansvara för läkarinsatser till enskil-

⁴ Med undantag av Stockholm. Där är läkarinsatser i särskilt boende ett eget vårdval och landstinget ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende.

da personer, som vårdas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Där- emot finns det skillnader mellan landstingen om ansvaret för läkemedels- genomgångar och råd och stöd till personal vid särskilda boenden eller bo- städer med särskild service ingår i vårdenheternas grundåtagande eller ej.

Landstingen har enligt avtal med staten ansvar för allmäntjänstgöringen (AT) och specialisttjänstgöringen (ST) i läkarutbildningen. Landstingen har också ansvar för att handleda annan vårdpersonal under verksamhetsförlagd utbildning. För att försäkra sig om att vårdenheterna bidrar till sjukvårdshu- vudmannens långsiktiga strategi för personalförsörjning genom att tillhan- dahålla kliniska utbildningsplatser för de professioner som är verksamma vid vårdenheten ingår detta krav oftast i de grundåtaganden landstingen an- ger i förfrågningsunderlagen eller under allmänna villkor. AT-läkarna är i regel anställda av landstinget medan respektive vårdenhet anställer och har arbetsgivaransvaret för ST-läkare.

I ett par fall betecknas AT/ST som tilläggsåtaganden liksom åtagandet att handleda studerande i vårdutbildningarnas verksamhetsförlagda kurser. Men även i dessa fall är det en skyldighet för vårdenheterna att medverka och beslutet om vilka vårdgivare som ska fullgöra tilläggsuppdraget fattas av landstinget. En bedömning av vårdenhetens möjligheter att tillgodose kravet på handledning och utbildningsplanering ligger till grund för ett sådant be- slut. I t.ex. Norrbotten kommer ST-läkare i allmänmedicin under 2010 att vara anställda av landstingets Division Primärvård, som svarar för 90 pro- cent av lönekostnaden inklusive sociala avgifter. Under 2010 kommer de aktuella reglerna för anställning av ST-läkare att ses över.

I primärvården krävs en kraftfull och engagerad FoU-verksamhet, som ska bedrivas överallt, involvera alla personalkategorier och främja samver- kan. I landstingen finns lokala FoU-enheter som samordnar och stödjer FoU som är finansierad av huvudmannen. Att vårdenheten aktivt ska samverka med FoU-enheter och stimulera medarbetarna att bedriva FoU-arbete fram- går av förfrågningsunderlagen.

Trots vissa skillnader tycks det alltså finnas en ganska stor överensstäm- melse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompe- tensområdet.

Skillnader i vårdvalssystemen

De skillnader som de olika vårdvalssystemen uppvisar när det gäller åtagan- dets omfattning handlar främst om hur respektive landsting valt att hantera barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering m.fl. verksamheter. Hur des- sa tidigare varit organiserade, hur ansvaret mellan kommuner och landsting är fördelat (hemsjukvården) m.m. har haft betydelse när sjukvårdshuvud- männen utformat sina respektive vårdval i primärvården. Det är ur dessa aspekter man kan tala om ett smalare eller bredare vårduppdrag.

Vilka verksamheter som ingår (ja) eller inte ingår (nej) i respektive lands- tings vårdvalssystem för primärvården framgår av följande:

Landsting/region	BHV	MHV	Rehab	Hemsjuk- vård	Medicinsk fotvård
Halland	ja	nej	ja	ja	ja
Västmanland	ja	ja	ja	ja	ja
Stockholm	nej	nej	nej	ja	nej
Gotland ⁵					
Kronoberg	ja	nej	ja	ja	nej
Region Skåne	nej	nej	ja	nej	nej
Uppsala	nej	nej	ja ⁶	nej	nej
Östergötland	ja	nej	ja ⁷	ja	ja
VG-regionen	ja	nej	nej	ja	ja
Sörmland	ja	nej	ja	nej	nej
Jönköping	nej	nej	ja	ja	ja
Kalmar	nej	nej	ja	ja	ja
Blekinge	ja	nej	ja	nej	nej
Värmland	ja	ja	ja	ja	ja
Örebro	ja	ja	ja	ja	nej
Dalarna	ja	ja	ja	nej	ja
Gävleborg	nej	nej	ja	nej	ja
Västernorrland	ja	ja	ja	ja	ja
Jämtland	ja	ja	ja	ja	ja
Västerbotten	ja	ja	ja	ja	ja
Norrbottnen	ja	ja	ja	ja	ja

Som framgår ingår ansvaret för rehabilitering i en majoritet av vårdvalssystemen. Rehabiliteringsinsatserna ses i dessa fall som en naturlig del i vårdprocesserna inom vårdgivarens verksamhet. Vårdenheten ska också medverka till en sammanhållen rehabiliterings- eller sjukskrivningsprocess kring individen.

Det är också vanligt att barnhälsovården ingår i vårdvalssystemen medan det motsatta gäller mödrahälsovården. Det förhållandet att mödrahälsovården ofta har varit och i många fall fortfarande är knuten till verksamhet vid sjukhusen har sannolikt haft betydelse i detta sammanhang.

Den största skillnaden finns mellan Stockholms läns landsting och övriga landsting. I Stockholm har man husläkarmottagningar och som medborgare listar man sig i första hand hos en husläkare, inte en vårdenhet. Inom landstinget finns flera andra slags mottagningar som man kan välja såsom barnavårdscentral, barnmorskemottagning/mödravårdscentral, logopedverksamhet m.fl. Dessa utgör egna vårdvalssystem. Ett uttalat mål är att förbättra tillgängligheten genom att öka mångfalden av vårdgivare. Stockholms vårdvalsmodellens utmärks vidare av att den bygger på aktiv listning och att ersättningssystemet till större delen utgörs av en rörlig besöksersättning.

Även andra landsting har flera vårdvalssystem. I t.ex. Skåne är barnhälsovården organiserad som eget vårdval, liksom Multimodala smärtbehandlingar samt Kognitiv beteendeterapi inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

⁵ Politiskt beslut om förfrågningsunderlag saknas, men väntas i mitten av februari 2010.

⁶ Avser arbetsterapi och psykosociala insatser, inte sjukgymnastik.

⁷ Avser psykosociala insatser, inte arbetsterapi och sjukgymnastik.

I Uppsala är medicinsk fotvård ett eget vårdval och det finns politiskt beslut om att barnhälsovården ska bli ett eget vårdvalssystem under 2010.

De geografiska och befolkningsmässiga förutsättningarna för att erbjuda befolkningen service och vård skiftar i hög grad inom landet. För att god hälso- och sjukvård ska kunna erbjudas alla invånare kan det behövas utrymme för att organisera och utforma den första linjens vård efter lokala behov och förutsättningar.

De flesta landsting har en uttalad ambition att öka andelen öppenvård inom ramen för sina vårdvalssystem (täckningsgrad). Halland har tydligt fokus på närsjukvård med målsättningen att 80 procent av all öppenvård ska ske inom vårdenheterna i primärvården. Finns inte den kompetens som behövs är det vårdenhetens sak att lotsa personen i fråga vidare. Bandet mellan vårdenhet och invånare är det centrala och man eftersträvar multidisciplinära team och som följd större vårdenheter.

Västmanland har det mest omfattande grundåtagandet i vilket även ansvaret för ungdomsmottagning ingår. Ungdomsmottagningar finns i alla län men inte alltid med landstinget som huvudman. I övriga landsting med huvudmannansvar för ungdomsmottagningarna har man valt att inte inordna dessa mottagningar i vårdvalssystemet.

I flera landsting finns s.k. familjecentraler⁸. I t.ex. Kronobergs, Uppsalas, Jämtlands och Västerbottens förfrågningsunderlag finns angivet att ansvar för familjecentral är ett tilläggsuppdrag. I Uppsala kan det emellertid bara vara ett tilläggsuppdrag för vårdgivare som bedriver barnhälsovård och/eller mödrahälsovård.

De flesta landsting framhåller att verksamheten ska organiseras på sådant sätt att behov av hälso- och sjukvård hos äldre, patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning särskilt kan tillgodose. Dessa grupper bör erbjudas en fast vårdkontakt vid den vårdenhet där de är listade.

Uppföljning

På motsvarande sätt som vårdvalssystemets utformning varierar mellan landstingen finns det skillnader på vilket sätt man följer upp vårdenheternas verksamheter. Inom ramen för det nationella projektet "Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård" har en modell för uppföljning och utvärdering av vårdval utarbetats (Lindvall, S. & Paulsson, G. 2009). Men det är svårt att få fram en modell som ger reella förutsättningar för jämförelser. Bakom införandet av vårdval finns delvis olika politiska motiv och målsättningar, vårdvalsmodellerna skiljer sig åt i olika avseenden, t.ex. i utformningen av ersättningssystemet, och förutsättningarna för vårdval varierar till följd av geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar och primärvårdens tidigare utformning.

⁸ Familjecentralen är en mötesplats för mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola och socialtjänst. I de fall kommun och landsting samverkar i en sådan ska vårdenheten förlägga sin barnhälsovård till dessa centraler.

Behovet av information om primärvårdens processer och resultat är stort. Alla landsting lägger också stor vikt vid uppföljning. I alla förfrågningsunderlag finns uppföljningsplaner eller motsvarande angivna som vårdenheterna förbinder sig att uppfylla. Utgångspunkten är självfallet vad respektive sjukvårdshuvudman själv anser angeläget att följa upp, men som stöd finns också på nationell nivå Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) samt nationella riktlinjer för god vård.

Riktlinjerna för god vård innehåller indikatorer inom sex områden. Vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges i rimlig tid. I landstingens uppföljningsplaner återfinns oftast indikatorer inom dessa områden och dessutom uppföljningskriterier för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete samt ekonomisk stabilitet.

Hur patienter upplever tillgänglighet och kvalitet i primärvården har landstingen undersökt under hösten 2009 genom en nationell patientenkät. Avsikten är att denna enkät ska upprepas regelbundet med vissa tidsintervall. Vårdenheterna inom vårdvalssystemen är skyldiga att medverka i dessa nationella enkäter.

Behov av utveckling

Flera landsting har pekat på behovet av att utveckla delar av de vårdvalssystem som de infört. Det gäller bland annat indikatorer för att bedöma måluppfyllelse och följa upp verksamhetens prestationer, kvalitet och effekter, att utforma en ersättningsmodell med mer målrelaterad ersättning och att anpassa sin IT-miljö och e-tjänster till den nationella IT-strategin. Några landsting nämner också att grundåtagandets innehåll och omfattning och därmed även frågan om tilläggsuppdrag kan behöva ses över när man fått mer erfarenheter av vårdvalssystemen.

Vårdgivarnas anslutning

Allmänna villkor

Landstingens förfrågningsunderlag/regelböcker är ganska omfattande och disponerade på något olika sätt. Regler och allmänna villkor för godkännandeförfarandet, ansökningsförfarande och tecknande av avtal är emellertid till stora delar överensstämmande. På motsvarande sätt är likheterna stora om vad som gäller när det sker förändringar i regelboken, ett tidigare godkännande återkallas, en vårdenhet upphör m.m.

Vårdgivaren/leverantören ska kunna visa att företaget har en stabil ekonomisk och finansiell ställning. Om leverantören bedriver verksamhet vid flera vårdenheter ska ett separat avtal tecknas för varje vårdenhet. Om vårdgivaren även bedriver annan verksamhet än den som regleras i aktuell regelbok/förfrågningsunderlag ska dessa verksamheter hållas åtskilda om landstinget begär det. Sådan annan verksamhet får inte inverka negativt på kvalitet och tillgänglighet i leverantörens åtagande enligt gällande avtal med landstinget.

Landstingen förbehåller sig rätten att ändra i de riktlinjer och ersättnings-system som ska tillämpas enligt förfrågningsunderlaget. Leverantören ska utan dröjsmål informeras om ändringen. Om leverantören inte kan eller vill acceptera ändringarna har denne i regel 60 dagar på sig från den dag ändringsmeddelandet är avsänt, att skriftligen underrätta landstinget om detta. Om landstinget vidhåller ändringen upphör avtalet att gälla 12 månader efter utgången av 60-dagarsfristen.

Begreppet vårdenhet eller motsvarande benämning ska ses ur ett funktionellt perspektiv snarare än ur ett snävt geografiskt perspektiv eller lokaliseringsperspektiv. Verksamheten kan bedrivas i form av filialmottagningar, genom samarbete mellan olika vårdenheter och/eller underleverantörer.

Andra allmänna villkor handlar om sekretess, revision, information och marknadsföring m.m. Flera landsting har t.ex. tagit fram en symbol för sitt vårdvalssystem som alla godkända vårdenheter ska använda i sin marknadsföring och kommunikation med medborgarna. Symbolen markerar att vårdenheten är godkänd av landstinget och drivs med offentlig ersättning.

Alla landsting har bestämmelser om hur länge ett godkännande kan ”vila” innan verksamhet startas. De flesta landsting har en tidsfrist på sex månader. Region Skåne tillämpar tolv månader och Landstinget i Östergötland två år. De sistnämnda tidsfristerna uppfattas som alltför långa, varför båda huvudmännen överväger en ändring.

För att undvika nya etableringar i områden som är väl tillgodosedda när det gäller vårdenheter uttalar några landsting att en etablering ska ske på ett geografiskt tillfredsställande sätt och/eller föregås av en dialog med landstinget.

Tillgänglighet

Vårdenheter ska erbjuda vård med hög tillgänglighet inom ramen för den nationella vårdgarantin och de krav landstingen i övrigt ställer. I de fall snabba insatser är medicinskt motiverade eller vid allvarliga sjukdomstillstånd där väntetider medför stort mänskligt lidande ska väntetiderna minimeras. Vårdgivaren ska även vara flexibel inför patientens behov och önskemål om tid och plats för vård.

I förfrågningsunderlagen finns oftast preciserade krav på öppettider. Dessa kan uttryckas som att vårdenheterna ska vara öppna och tillgängliga för besök och telefonsamtal mellan 8 – 17 måndag till fredag året om eller att de ska hålla öppet minst 45 timmar per vecka, alla vardagar. I ett landsting finns också krav på att distriktssköterska ska finnas tillgänglig mellan kl. 8 - 17 lördagar, söndagar och helgdagar. Vårdgivaren har inte rätt att utan landstingets medgivande begränsa tillgängligheten. Det förekommer också att landstingen uttrycker ytterligare krav för att medborgarnas tillgänglighet till hälso- och sjukvård ska förbättras. I t.ex. Östergötland ska vårdgivaren

- erbjuda flera olika möjligheter för medborgaren att kontakta vården
- vid behov bistå patient att komma vidare i vårdorganisationen
- kunna ge patienten en tid direkt när det finns behov av ytterligare undersökning/ behandling.

Vidare framhåller landstingen att god tillgänglighet särskilt ska tillförsäkras äldre personer, patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka och personer med funktionsnedsättningar i behov av hälso- och sjukvård.

Att vårdenhetens lokaler ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättningar och i övrigt vara utrustade och anpassade för den typ av verksamhet som åtagandet avser är återkommande krav. I några fall uttalas också att det ska vara möjligt att nå vårdenheten med allmänna kommunikationer och att det ska finnas parkeringsplatser i närheten.

Kompetenskrav

Av 5 § HSL framgår bland annat att landstingen ska organisera primärvården så ”att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem)”. Det tidigare kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin är sedan den 1 april 2009 borttaget bland annat till följd av bemanningssvårigheter. Det är därmed varje landsting som avgör vilken eller vilka specialister som kan vara verksamma inom vårdvalssystemen i primärvården. Men det tycks finnas stor enighet om att läkare med allmänmedicinsk inriktning och distriktssköterskor även framöver ska utgöra kärnan i primärvården. I alla förfrågningsunderlag uttalas att vårdenheterna ska ha allmänmedicinsk profil. En viss, ibland specificerad, andel av läkarna ska vara specialister i allmänmedicin och sjuksköterskorna ska vara specialistutbildade distriktssköterskor. T.ex. ställs i några fall kra-

vet att minst 50 eller 75 procent av läkarna ska ha specialistkompetens i allmänmedicin och minst 50 procent av sjuksköterskorna ska vara specialistutbildade distriktssköterskor. Det finns i två landsting också krav på att vårdenheten under öppettiderna alltid ska vara bemannad med en specialist i allmänmedicin för att uppfylla åtagandet.

Andra specialistkompetenser som anges som lämpliga vid vårdenheter är geriatriker och pediatriker samt sjuksköterskor specialistutbildade inom barn och ungdom. När en vårdenhet också har ansvar för barnhälsovården ställs alltid kravet på att sjuksköterskorna ska vara utbildade distriktssköterskor eller ha specialutbildning inom barn och ungdom. Läkarna ska vara specialister i allmänmedicin eller pediatriker.

Generellt sett ska vårdenheterna ha tillgång till den breda kompetens som krävs för att uppfylla åtagandet. Lägsta kompetens för omvårdnad är undersköterska. Krav på god kunskap om försäkringsmedicin hos läkarna är vanligt. Att minst en läkare vid varje vårdenhet ska ha fördjupad utbildning i försäkringsmedicin krävs för att driva en vårdenhet bland annat inom VG primärvård och Hälsoval Skåne. Dessa regioner tillhandahåller också sådan utbildning.

Personal som utför åtaganden inom psykisk ohälsa ska vara psykolog, psykoterapeut alternativt ha socionomutbildning eller legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande basutbildning i psykoterapi (tre terminer eller den tidigare steg 1-utbildningen).

Det är vårdgivarens ansvar att se till att personal vid vårdenheten uppfyller de lagreglerade kraven på legitimation för vissa yrkesgrupper.

Krav på gruppomtagningar förekommer i regel, vilket bland annat anses vara en förutsättning för att vårdenheten ska kunna medverka i AT/ST-utbildningen.

Vårdenheter inom primärvården ska ha en verksamhetschef. Detta framgår av förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården. Verksamhetschefen ska vara väl förtrogen med de lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd m.m. som gäller för hälso- och sjukvården. Landstinget ska informeras om vem som är verksamhetschef. Också dessa krav återfinns i alla förfrågningsunderlag.

Medborgarnas anslutning

Listningsförfarandet

Aktiv/passiv listning

I alla landsting kan invånarna fritt välja, och uppmanas att välja, vilken vårdenhet man vill tillhöra, s.k. aktiv listning. Aktiv listning är på så sätt grunden i alla vårdvalssystem. I Stockholm och Uppsala tillämpas endast aktiv listning. I övriga landsting listas de som inte gör egna val på någon av de vårdenheter som finns tillgängliga, s.k. passiv listning. I sådana fall tillämpas nästan alltid närhetsprincipen, dvs. den enskilde listas på den vårdenhet som ligger närmast ur geografiskt hänseende. I ett par fall har besök på vårdenhet under det senaste året eller de senaste två åren innan vårdvalssystemets införande varit styrande (t.ex. Halland, Region Skåne). Om något sådant besök inte ägt rum har närhetsprincipen tillämpats. I ett par fall anger landstingen att det är den närmaste vårdenheten inom samma kommun som avses (t.ex. Norrbotten, Värmland).

Om invånare i Västerbotten flyttar inom länet och den nya folkbokföringsadressen medför att avståndet förändras till det s.k. ickevalsalternativet, dvs. den vårdenhet på vilken den enskilde passivt har listats, kan också listningen ändras. Den vårdenhet som efter bytet av bostadsort ligger närmast, geografiskt sett, blir det nya ickevalsalternativet. För den medborgare som gjort ett aktivt val förändras inte tillhörigheten till vårdenhet förrän hon eller han gör ett nytt aktivt val.

De flesta landsting strävar efter att så många som möjligt av deras invånare ska vara listade vid en vårdenhet. Det är också vanligt att personer som sedan tidigare har en fast läkarkontakt/vårdenhet och, i samband med att vårdval i primärvården införs, inte aktivt väljer en ny vårdenhet står kvar som listad vid den ursprungliga vårdenheten. På så sätt underlättas kontinuitet i vårdkontaktarna.

Personer med skyddad identitet registreras inte i landstingens listningssystem/befolkningsregister. I de flesta fall kan invånare, som så önskar, avstå från att listas på någon vårdenhet genom att anmäla detta till landstinget i fråga.

Valet

Hur listar man sig?

Medborgarna väljer i regel vårdenhet genom att fylla i en särskild valblankett. Den finns tillgänglig på vårdenheterna, på landstingens hemsidor och kan även rekvireras från landstingen. Blanketten lämnas till den vårdenhet man väljer eller sänds till landstinget. I de landsting som erbjuder sina invånare e-tjänsten Mina vårdkontakter kan den enskilde enkelt välja vårdenhet eller göra ett nytt val. I alla landsting är det ännu inte möjligt att erbjuda invånarna denna tjänst. I Norrbotten t.ex. tillämpas ett delvis annat förfaringssätt för att understödja landstingets målsättning att så många som möjligt ska göra aktiva val. Det ska vara lätt att välja. Den som listar sig aktivt kontaktar den valda vårdenheten och uppger namn och personnummer. Dessa uppgifter utgör grunden för listningen. Val som görs av god man/förvaltare eller genom ombud i övrigt måste emellertid alltid ske skriftligt på en blankett som landstinget tillhandahåller.

I de flesta landsting listar man sig på en vårdenhet. Inom en vårdenhet kan listning ske på en enskild läkare, men då är det i regel vårdenheten som ansvarar för att så sker. I Blekinge registreras emellertid valet av fast läkarkontakt i landstingets listningssystem. Som tidigare framgått kan man i Stockholm lista sig antingen hos en läkare vid en vårdenhet eller på en vård-enhet.

Det är en uppgift för respektive landsting att se till att till länet nyinflyttade personer och vårdnadshavare till nyfödda eller adopterade barn får information om möjligheten att välja och en uppmaning att lista sig på önskad vårdenhet. Den som inte väljer listas passivt på närmaste vårdenhet.

Möjlighet att välja om

Numera begränsar inget landsting antalet omval som en enskild person kan göra under ett år. Tidigare angav Halland att byte av vårdenhet fick ske högst fyra gånger per år, men detta gäller inte längre. En invånare väljer vårdenhet genom att lämna en undertecknad valblankett till vårdenheten, som sedan snarast inom tre månader ska ta emot invånaren.

I alla landsting utom Stockholm gäller att vårdenheterna inte har rätt att neka eller avvisa någon som väljer enheten i fråga. Som följd finns heller ingen begränsning av antalet listad personer vid en vårdenhet. I Stockholm avgör varje vårdgivare själv hur många personer hon eller han kan ha på sin lista. I övriga landsting finns bestämmelser som gör det möjligt att under en övergångstid tillåta begränsningar i en lista. En vårdenhet som önskar en tillfällig begränsning av antalet personer som den ansvarar för måste ansöka om detta hos berört landsting. Tillfällig begränsning kan beviljas om den medicinska säkerheten inte kan garanteras, vid brist på lokaler, personal eller liknande.

Tre månader är den vanligaste tidsrespien för en vårdenhet att vidta de åtgärder som krävs för att ta emot ytterligare personer som önskar lista sig. I sådana fall tillämpas i regel ett kösystem som innebär att den som stått längst i kö alltid ska beredas plats först, när begränsning inte längre är aktu-

ell. Vårdenhet som beviljats tillfällig begränsning måste emellertid alltid ta emot barn under sex år och nyadopterade barn. I regel är också vårdenheter skyldiga att ta emot dem som inte sedan tidigare är listade hos någon vårdgivare, dvs. olistade personer.

Vem väljer?

I vissa landsting kan den som fyllt 16 år välja sin vårdgivare. Andra landsting sätter gränsen vid 18 år. Vårdnadshavaren väljer för de barn som inte uppnått den åldersgräns som respektive landsting tillämpar. Den som på grund av sjukdom eller av andra särskilda skäl inte kan göra ett eget val får välja genom ombud. En god man/förvaltare har också möjlighet att fatta beslut om val av vårdenhet för sin huvudmans räkning om denne är förhindrad att välja själv.

Information till medborgarna

Medborgarna i alla landsting, vilka har infört vårdvalssystem i primärvården, har fått information om vad syftet med vårdvalet i primärvården är, vad verksamheten har att erbjuda och hur man som invånare väljer vilken vårdgivare man vill vända sig till. Informationsinsatserna har i regel varit omfattande. Allmän information om verksamheten har skickats ut direkt till hushållen eller till alla invånare över en viss ålder; i vissa landsting 16 år, i andra 18 år. Exempel på andra informationsinsatser är respektive landstings tidning, annonser och broschyrer. Information finns också på landstingens hemsidor från vilka det oftast är möjligt att ladda ner vårdvalsblanketter. Blanketter för att välja eller byta vårdenhet finns även på vårdcentralerna.

Informationen har skett på likartat sätt och via motsvarande kanaler i alla landsting. För dem som har tillgång till Internet finns på landstingens hemsidor inte bara information om verksamheten och vad man som medborgare och patient har rätt att förvänta sig av den, utan också information om vilka vårdenheter som finns att välja bland, kontaktuppgifterna till dessa m.m. Sådan information uppdateras löpande.

Information på utländska språk m.m.

Information ges i alla landsting på flera utländska språk och har förmedlats och förmedlas genom motsvarande kanaler som informationen på svenska. Även vårdvalsblanketterna i respektive landsting finns översatta till de språk, som landstingen erbjuder information på, och finns tillgängliga på landstingens hemsidor. Vanligt förekommande språk är bland andra arabiska, bosniska/kroatiska/serbiska, engelska, finska, somaliska, sorani och turkiska. Landstinget Kronoberg har t.ex. information på 20 olika språk exklusive svenska.

På landstingens hemsidor finns i regel även teckentolkad information och i vissa fall också möjligheter att få informationen uppläst för sig.

Avslutande kommentarer

Det tar tid att införa ett nytt system inom den öppna vården. Det tar betydligt längre tid att bedöma om detta nya system på ett avgörande sätt bidragit till att uppnå de mål som eftersträvas. Det övergripande intrycket från Socialstyrelsens uppföljningsuppdrag är emellertid att landstingen betraktar vårdval i primärvården som en möjlighet – ett system för att stödja det man vill uppnå. Och det man vill uppnå handlar ytterst om att stärka medborgarnas ställning, öka patienternas delaktighet i vården och förbättra tillgängligheten. En målsättning är också att ha vårdvalssystem som ger möjlighet att kontrollera kostnaderna. Detta anses angeläget för att kunna leva upp till hälso- och sjukvårdslagens mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen och där den med största behov prioriteras.

Tidsaspekten och utvecklingsbehov

LOV trädde i kraft den 1 januari 2009. Den 25 februari 2009 beslutade riksdagen om Vårdval i primärvården. De landsting som inte redan tidigare börjat planera för ett vårdvalssystem har haft ganska kort tid på sig att förbereda och införa ett sådant anpassat till deras lokala behov och förutsättningar. Som följd kan man förvänta sig att vårdvalssystemen successivt förändras.

Flera landsting har pekat på behovet av att utveckla delar av de vårdvalssystem som de infört. Det gäller bland annat indikatorer för att bedöma måluppfyllelse och följa upp verksamhetens prestationer, kvalitet och effekter, att utforma en ersättningsmodell med mer målrelaterad ersättning, att anpassa sin IT-miljö och e-tjänster till den nationella IT-strategin men också grundåtagandets innehåll och omfattning.

Landstingen får genom vårdvalsnätverket del av varandras erfarenheter och kan inspireras av dessa när vårdvalssystemen successivt utvecklas i olika landsting. De system som tidigare har utarbetats är heller inte statiska, vilket bland annat framgår av utvecklingen i de landsting som var först med att införa vårdvalssystem. En intressant fråga att fortsättningsvis uppmärksamma i detta sammanhang är huruvida utformningen av vårdvalssystemen i de olika landstingen blir alltmer lika eller mer olika och vilka faktorer som påverkar utvecklingen.

Grund- eller basåtagandet

Av tradition har den svenska primärvården präglats av områdesansvar, bred verksamhet, förhållandevis stora enheter och offentligt anställd personal. I ett internationellt perspektiv har detta varit en ovanlig modell. Inom OECD-länderna har primärvård nästan uteslutande bedrivits i privat regi centrerad

till läkarinsatser. I vissa avseenden har denna skillnad minskat under senare årtionden (Anell 2009). I Sverige införde vissa landsting under början av 1990-talet ett husläkar-/familjeläkarsystem med listning och ökade möjligheter att välja vårdgivare. Samtidigt utvecklas primärvården i andra länder mot större enheter och breddad kompetens. Dagens vårdvalssystem har många likheter med den s.k. husläkarreformen i mitten av 1990-talet. En grundläggande skillnad är emellertid att fokus idag ligger på vårdenheten med dess olika kompetenser och inte bara läkarfunktionen.

Vid en första anblick kan det tyckas vara större skillnader mellan de vårdtjänster, som respektive landsting utformar i sina vårdvalssystem än vad som faktiskt är fallet. En orsak till detta är att vissa landsting lägger in de uppgifter som är obligatoriska för vårdgivaren i grunduppdraget, medan andra landsting för in motsvarande uppgifter i allmänna villkor. Skillnaden mellan Stockholm och flera andra landsting sett till vårdtjänstens utformning är därmed mindre än man kanske först tror. Skillnaden ligger snarare i utformningen av ersättningssystemet, att enbart aktiva val tillämpas och att den enskilde väljer husläkare inte vårdenhet.

LOV och LOU

LOV har införts som ett alternativ till upphandling enligt LOU. Primärvårdens vårdvalssystem ska sedan årsskiftet 2009/2010 bygga på LOV. Flera landsting, t.ex. Gotland, har tidigare upphandlat primärvårdsverksamhet enligt LOU i samband med att man infört fritt vårdval. Det är oklart om ett landsting kan säga upp löpande LOU-avtal och inget landsting har heller prövat. Någon rättslig prövning har därmed inte skett.

Tilläggsuppdrag omfattas inte av LOV utan torde ur juridiskt hänseende behöva upphandlas enligt LOU. LOU kan också tillämpas om sjukvårdshuvudmannen inte får någon som vill etablera sig i ett område. Alternativt kan landstinget välja att driva verksamhet i egen regi. I båda dessa fall kan det bara ske i ett tydligt avgränsat område inom landstinget.

Hälsoval eller Vårdval

Tio landsting använder begreppet Hälsoval för sina vårdvalssystem för att framhålla de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande inslagen i vårdenheternas (hälsocentralernas) åtaganden. Utifrån de olika förfrågningsunderlagen tycks emellertid alla landsting, oavsett vilket av begreppen, hälsoval eller vårdval, de använt lägga lika stor vikt vid hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Men om det skulle vara så att begreppet hälsoval speglar en tydligare inriktning av och prioriteringar i verksamheten och som följd får effekter på invånarnas hälsoutveckling och hälsa kan detta inte urskiljas förrän ur ett längre tidsperspektiv.

Dialog om lokalisering

Enligt 7§ HSL ska ett landsting ”planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare”. Mot denna bakgrund uttrycker en del landsting i sina förfrågningsunderlag önskemål om dialog om lokaliseringen av nya vårdenheter eller anger att etablering av en vårdenhet ska ske på ett geografiskt tillfredsställande sätt. Formuleringar av detta slag har ifrågasatts, då de saknar stöd i LOV. Inget landsting ställer heller krav på viss lokalisering av verksamheten för att godkänna en vårdgivare. Valfrihetssystem bygger emellertid på principen att myndigheten, dvs. i detta fall landstinget, ”som huvudman för verksamheten har ansvaret för att tjänsterna tillhandahålls brukaren eller invånaren”.⁹

Fortsatt utveckling

Vårdvalssystem inverkar i hög grad på landstingens styrning och organisation av sin egenproducerade verksamhet. Politikernas roll som medborgarföreträdare och finansiärer snarare än produktionsföreträdare blir tydligare. Behövs det t.ex. två politiska nivåer, en för finansiering och en för produktion, för att på ett bra sätt kunna hantera de frågor som uppkommer i samband med vårdvalssystem i primärvården? Även om detta inte är författningsreglerat anser vissa landsting att det är nödvändigt. Men i små landsting kan det vara svårt att separera dessa roller såväl när det gäller politiker som tjänstemän.

Frågan huruvida landstingen klarar av att skapa en producentneutral modell följs av Konkurrensverket. Den övergripande frågan på sikt för Socialstyrelsen ur ett medborgar- och patientperspektiv är främst om vårdvalssystem i primärvården stimulerar och bidrar till att målet i hälso- och sjukvårdslagen om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (2§ HSL), uppnås. Utvecklingen i detta avseende följer Socialstyrelsen genom sitt uppföljnings- och utvärderingsarbete och genom tillsynen över hälso- och sjukvården.

⁹ LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15), sid. 301

Referenser

- Stockholms läns landsting. Vårdval Stockholm
- Landstinget i Uppsala län. Vårdval Uppsala
- Landstinget Sörmland. Hälsoval Sörmland
- Landstinget i Östergötland. Vårdval Östergötland
- Landstinget i Jönköpings län. Vårdval Jönköping
- Landstinget Kronoberg. Vårdval Kronoberg
- Landstinget i Kalmar län. Hälsoval Kalmar
- Landstinget Blekinge. Hälsoval Blekinge
- Region Skåne. Hälsoval Skåne
- Landstinget Halland. Vårdval Halland
- Västra Götalandsregionen. VG Primärvård
- Landstinget i Värmland. Hälsoval Värmland
- Örebro läns landsting. Hälsoval Örebro
- Landstinget Västmanland. Vårdval Västmanland
- Landstinget Dalarna. Hälsoval Dalarna
- Landstinget Gävleborg. Hälsoval Gävleborg
- Landstinget Västernorrland. Vårdval Västernorrland
- Jämtlands läns landsting. Hälsoval Jämtland
- Västerbottens läns landsting. Hälsoval Västerbotten
- Norrbottnens läns landsting. Vårdval Norrbotten
- Gotlands kommun. Vårdval Gotland
- Anell, A. Vårdval i primärvården – Jämförelser av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner, Skriftserie 2009:1, Lunds universitet
- Lindvall, S. Paulsson, G. Modell för uppföljning och utvärdering av vårdval, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm 2009
- Skoglund, Caj. Diskussionsunderlag, dnr 632-09. Norrbottens läns landsting, Luleå 2009
- Socialstyrelsen 2005. Uppföljning av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Slutrapport