

# Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningar

2008-06-26

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ Analys
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Sammanfattning (1/2)

---

- ▶ Efter genomförandet av Vårdval Stockholm och införandet av den nya ersättningsmodellen har HSN Förvaltningen beslutat att göra en kunskapsinhämtning för att undersöka patientmixens betydelse för effektiviteten för olika husläkarmottagningar (hslm). Syftet är att öka förståelsen för hslms förutsättningar att bedriva verksamhet i länet och att fånga upp synpunkter och inspel.
- ▶ Inom ramen för denna rapport har intervjuer genomförts med fem hslm som har högt socioekonomiskt index samt fem som har lågt socioekonomiskt index
  - Parallellt med genomförda intervjuer har data\* insamlats från HSN Förvaltningen och ett antal relevanta vetenskapliga artiklar har analyserats
- ▶ Slutsatser
  - Analysen påvisar att patientmixen har betydelse och utgör den särskiljande faktorn avseende olikheter i förutsättningar att bedriva en effektiv verksamhet för hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index
  - Samtliga hslm har stora möjligheter att förbättra och optimera den egna organisationen, styrningen och arbetssättet. Analysen visar att det föreligger en stor potential och vilja för ett sådant förbättringsarbete i syfte att uppnå en effektiv verksamhet, dvs öka tillgänglighet av vård, upprätthålla en hög medicinsk kvalitet samt skapa en bra arbetsmiljö.
  - Flera hslm i områden med högt socioekonomiskt index poängterar att hantering av dagens arbetsbörda sker på bekostnad av utbildningstid och kunskapsöverföring mellan anställda. En risk för att den medicinska kvaliteten försämras på sikt anses också kunna bli en följd av den höga arbetsbördan.

---

\* Projektet har utgått ifrån att data som tillhandahållits projektet är korrekt

# Sammanfattning (2/2)

---

- ▶ Projektets rekommendation är att HSN Förvaltningen bör
  - Utöka analysen att innefatta samtliga hslm i Stockholms län för att verifiera resultaten av denna rapport
  - Överväga att justera ersättningsmodellen avseende åldersviktning, åldergränser och grundkapitering för att uppnå en modell som bättre speglar förutsättningarna för länets hslm
  - Säkerställa att tillgängligheten till tolkar är rimlig i förhållande till efterfrågan samt se över riktlinjerna för användandet av auktoriserade och icke-auktorerade tolkar. Dessutom bör det administrativa förfarandet kring tolkbokning, registrering och uteblivna tolkar ses över.
  - Säkerställ att regelbunden uppföljning av primärvårdens kvalitetsmål genomförs och att relevanta åtgärder initieras

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ Analys
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Bakgrund och syfte

---

## Bakgrund

- ▶ HSN Förvaltningen (HSN F) har som uppgift att fördela ersättning för hem- och husläkaruppdraget till Stockholms läns hslm på ett resurseffektivt sätt
- ▶ Historiskt sett har mottagningar i områden med högt socioekonomiskt index erhållit högre ersättning per invånare i form av en kombination av grundkapitering och ett socioekonomiskt tillägg. Denna högre ersättning syftade till att ersätta mottagningen för en förväntan om en högre andel tunga besök.
- ▶ I och med Vårdval Stockholm harmoniserades grundkapiteringen och det socioekonomiska tillägget togs bort samtidigt som man valde att bibehålla åldersviktningen för kapiteringsersättningen som funnits sedan tidigare
- ▶ HSN F önskar nu genomföra en utredning för att se om de områden som har högt socioekonomiskt index har en annan patientmix, samt vilken betydelse patientmixen har för möjligheten att bedriva verksamheten effektivt

## Syfte

- ▶ Syftet med projektet har varit att undersöka om hslm i områden med högt socioekonomiskt index uppvisar en skillnad i patientmix och om denna skillnad i patientmix ger olika förutsättningar till effektivitet i jämförelse med hslm i områden med lågt socioekonomiskt index. Detta för att ge underlag till eventuella beslut om förändringar i ersättningsmodellen.
- ▶ Projektet syftar inte till att utvärdera huruvida målsättningarna med Vårdval Stockholm har uppnåtts
- ▶ Målsättningen med detta uppdrag har varit att skapa insikt kring huruvida patientmixens betydelse för effektiviteten på mottagningarna skiljer sig åt mellan områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index samt ge förslag och inspel på hur ersättningsmodellen kan förändras.

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ Analys
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Avgränsningar och uppdragsförutsättningar

---

- ▶ Uppdraget omfattar hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index och analysen har i huvudsak baserats på en jämförelse mellan dessa urvalsgrupper
  - Intervjuer har genomförts hos de 5 hslm som finns i områden med länets högsta socioekonomiska index samt med 5 hslm som har länets lägsta socioekonomiska index
  - Urvalet innehåller såväl hslm som ingår i Vårdval Stockholm samt hslm som har andra ersättningsmodeller
- ▶ Den ekonomiska data som använts i rapporten härrör från ersättning för kapitering, besöksstatistik och utsagor från respektive hslm
- ▶ Den data som legat till grund för rapporten är sammanställd av HSN Förvaltningen och härrör främst från VAL-databasen. Privata hslm har inte bistått med årsredovisningar. För dessa hslm har 2007 års årsredovisningar inhämtats från Bolagsverket.
  - Den data som ligger till grund för analysen är baserad på januari – april 2008
- ▶ Ett antal vetenskapliga artiklar har använts för att finna belägg för och säkerställa samband rörande uttalanden
- ▶ Verksamhetscheferna på samtliga hslm har intervjuats samt erbjudits möjlighet att gå igenom anteckningar och komma med synpunkter
- ▶ Denna rapport innefattar inte någon utvärdering av ersättningsmodellen som sådan utan beaktar endast patientmixens betydelse för effektiviteten i isolerad bemärkelse



# Urvalet av hslm indelas i två huvudsakliga grupper med det socioekonomiska indexet som avskiljare

Område	Hslm	Privat / SLSO	Vårdval Stockholm	Antal listade patienter	Socioekonomiskt index för området	Resultat tkr (januari-april) 2008*/****
Rinkeby - Kista	Rinkeby VC	SLSO	Ja	12 011	1,65	96
Järfälla	Vibblaby VC	Privat	Nej	5 639	1,38	216**
N Botkyrka/Fittja	Fittja VC	SLSO	Ja	8 070	1,74	-137
Spånga - Tensta	Tensta VC	SLSO	Ja	15 697	1,74	-293
Södertälje	Carema Wasa	Privat	Nej	6 046	1,59	0**
Danderyd	Enebyberg VC	SLSO	Ja	6 523	0,51	184
Norrmalm	Kvartersakuten Surbrunn	SLSO	Ja	11 683	0,63	-350
Täby	Täby Centrum Doktorn	Privat	Ja	18 800	0,59	746**
Kungsholmen	Serafen 1	Privat	Ja	11 931	0,73	415***
Östermalm	Narvavägens Husläkare	Privat	Nej	11 694	0,89	449**

**7 av 10 hslm är med i Vårdval Stockholm, resterande har gamla avtal**

\* Redovisning SLSO för perioden januari-april 2008 samt \*\* MM Partner och Bolagsverket för föregående års siffror för de privata hslm  
 \*\*\* SLSO 200612 \*\*\*\* Risk finns för felaktigheter i periodiseringen av kostnader i resultaträkningar

# Intervjuade och involverade personer

Hslm		HSN Förvaltningen
Rinkeby VC	Lena Kjellberg	Catharina Barkman
Vibblaby VC	Ingegerd Lagerbäck	Anders Olsson
Fittja VC	Helena Josefsson	Michael Högberg
Tensta VC	Leena Laitinen	Mats Nälebrand
Carema Wasa	Jan Kolasa	Anders Walander
Enebyberg VC	Eva Lindqvist Neramo	Agneta Vistam
Kvartersakuten Surbrunn	Olof Linder	Mats Ek
Täby Centrum Doktorn	Anders Nilsson	<b>Övriga</b>
Serafen 1	Ulf Hallum	Lars Carlsson, ekonomidirektör SLISO
Narvavägens Husläkare	Claes Wirgin, Claes de Verdier	Ann Öberg, verksamhetschef Norra och Västra länet, SLISO
		Leif Haraldsson, avdelningen för näringsliv och arbetsmarknad, SCB

# Tillvägagångssätt

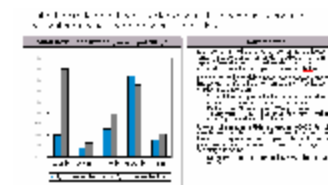
## Nuläge

- ▶ Datainsamling och kartläggning av de utvalda hslm
- ▶ Beskrivning av hslm utifrån perspektiven organisation och arbetssätt samt patientmix



## Analys

- ▶ Analys utifrån observationer kring ålderstruktur, kapitering och tolkar



## Slutsatser

- ▶ Analys, slutsatser och rekommendationer
- ▶ Förslag på områden som HSN Förvaltningen bör se över

År	2014	2015	2016
Antal patienter	120	150	180
Genomsnittlig ålder	65	68	70
Andelen kvinnor	60%	62%	65%
Andelen män	40%	38%	35%

# Analysen av hslm utgår från två dimensioner



## Nyckeltal

- ▶ Organisationssammansättning
- ▶ Antal listade patienter per läkare och per anställd
- ▶ Antal besök per läkare och per anställd
- ▶ Antal besök per listad
- ▶ Kostnad per läkare
- ▶ Andel fast respektive rörlig ersättning
- ▶ Andel besök med tolk samt andel av rörlig ersättning som härrör från tolk

## Observationer

- ▶ Arbetsmiljö
- ▶ Personalomsättning och rekrytering
- ▶ Entreprenad
- ▶ Patientbesök
- ▶ Öppettider
- ▶ Övrigt

## Nyckeltal

- ▶ Andel besök genomförda av olika åldersgrupper
- ▶ Andel listade i olika åldersgrupper
- ▶ Andel återbesök jämfört med andel nybesök i olika åldersgrupper
- ▶ Differens mellan det egna områdets socioekonomiska index och det viktade indexet för besök

## Observationer

- ▶ Åldersgrupper
- ▶ Tolkbesök
- ▶ Patientmix
- ▶ Vetenskapliga artiklar
  - Etnicitet och klass
  - Socioekonomiskt index
  - Tolkbesök och resurser

# Beskrivning av nuvarande ersättningsmodeller

Illustration av ersättningsmodell*	Kommentar
<p>The diagram shows a central box representing 'Listade hos hslm' (Listed at HSLM) with a house icon. To the left, a dashed arrow labeled 'Inflöde listade' (Inflow of listed) points towards the box. To the right, a dashed arrow labeled 'Utflöde listade' (Outflow of listed) points away from the box. Below the central box, a dashed arrow labeled 'Faktiska besök' (Actual visits) with a smiley face icon points to the right.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Listade (fast ersättning) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grundkapitering per listad patient</li> <li>– Åldersviktning</li> <li>– Enhetlig kapitering i länet</li> <li>– Taknivåer baserat på listade patienter</li> </ul> </li> <li>▶ Besök (rörlig ersättning) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Grundersättning per besök</li> <li>– Besökstak</li> <li>– Extra ersättning för <ul style="list-style-type: none"> <li>– Speciella besök och undersökningar</li> <li>– Besök som inkluderar tolk</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▶ Hslm ansvarar själv för att patienterna skall lista sig på hslm <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienter kan lista sig på egen vald hslm</li> <li>– Patient kan endast lista sig på en hslm</li> <li>– Patienter kan själva välja vilken hslm de vill gå till oavsett vart de är listade</li> </ul> </li> </ul>

\* [www.uppdragsguiden.sll.se](http://www.uppdragsguiden.sll.se), Regelbok för husläkarverksamhet. Ersättningssystemet innehåller fler parametrar än de som anges här.

# Två index omnämns och används i analysen av hslm

---

## Aldersviktning

- ▶ Indexvärde per kommun eller stadsdel som summerar åldersfördelningen i området, tas fram av Samhällsmedicin inom SLL
- ▶ Indexvärde är uppdelat i åldersgrupper; 0-5 år (1,19), 6-64 år (1), 65-74 år (2,59), 75+ (3,56)
- ▶ Indexvärdet är en parameter i Vårdval Stockholm

## Socio-ekonomiskt index

- ▶ Indexvärde per kommun eller stadsdel som summerar skillnader i ohälsa till följd av socioekonomiska faktorer, tas fram av Samhällsmedicin
- ▶ Indexvärdet för det område med högst socioekonomiskt index är Norra Botkyrka och Spånga med 1,74, lägst socioekonomiskt index har Danderyd med 0,51
- ▶ Indexvärdet är inte en parameter i Vårdval Stockholm

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ Analys
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Sammanfattning - Organisation och arbetssätt

Organisation och arbetssätt

Patientmix

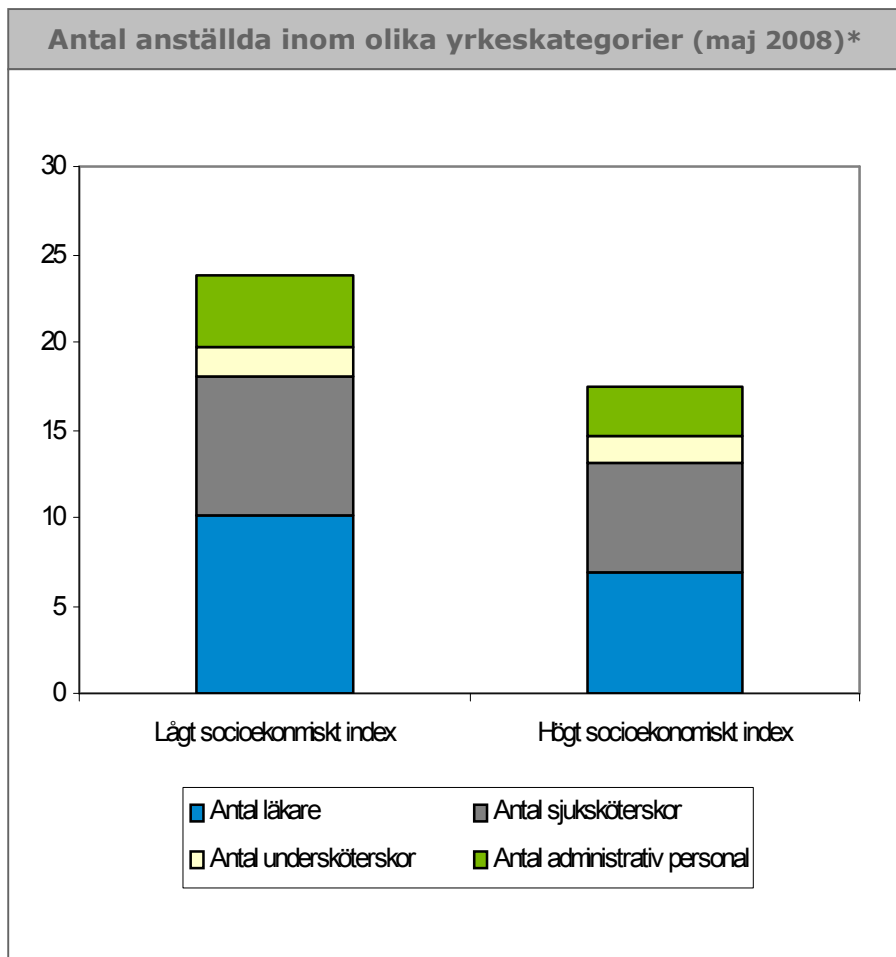
Nyckeltal	Bakgrund till nyckeltal	Utfall
<b>Organisationssammansättning</b>	Skiljer sig organisationssammansättningen mellan områden med olika socioekonomiska index?	Data påvisar ingen skillnad i organisationssammansättning
<b>Antal listade patienter per läkare respektive per anställd</b>	Skiljer sig antalet listade patienter per läkare och per anställd mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att antal listade per läkare och antal listade per anställd är högre i områden med högt socioekonomiskt index
<b>Antal besök per läkare respektive per anställd</b>	Skiljer sig antalet besök per läkare respektive anställd mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar skillnad i antal besök som genomförs per läkare: i områden med högt socioekonomiskt index är antalet högre. Det förekommer en mindre skillnad i antal besök som genomförs per anställd - områden med högt socioekonomiskt index har högre antal.
<b>Antal besök per listad</b>	Skiljer sig antalet besök per listad mellan områden med olika socioekonomiskt index?	För de hslm i områden med högt socioekonomiskt index genomförs i genomsnitt fler besök per listad person
<b>Totala intäkter per läkare respektive per anställd</b>	Skiljer sig den totala intäkten (resultaträkning) per läkare och anställd mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att intäkten per läkare är högre i områden med högt socioekonomiskt index. Dock förekommer osäkerhet i data.
<b>Total- och personalkostnad per läkare respektive per anställd</b>	Skiljer sig den totala kostnaden (resultaträkning) per läkare och anställd mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att total kostnad per läkare är högre i områden med högt socioekonomiskt index. Dock förekommer osäkerhet i data.
<b>Andel fast respektive rörlig ersättning</b>	Skiljer sig andelen fast respektive rörlig ersättning mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar ingen skillnad i andel fast respektive rörlig ersättning mellan urvalsgrupperna
<b>Andel besök genomförda med tolk samt andel av rörlig ersättning som härrör från tolkersättning</b>	Skiljer sig andelen besök med tolk, samt andelen av den rörliga ersättningen som härrör från tolk, mellan områden med olika socioekonomiska index?	Data påvisar en stor skillnad i andel av besök genomförda med tolk och andel av rörlig ersättning som härrör från tolkersättning. Områden med högt socioekonomiskt index har mycket högre andel av båda.
<b>Observationer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Arbetsmiljö</li> <li>▶ Personalomsättning och rekrytering</li> <li>▶ Entreprenad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Patientbesök</li> <li>▶ Öppettider</li> <li>▶ Övrigt</li> </ul>



# Organisationssammansättningen skiljer sig inte markant mellan hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index

Organisation och arbetssätt

Patientmix



**Kommentar**

- ▶ Totalt antal anställda skiljer sig mellan urvalsgrupperna, dock skiljer sig inte fördelningen av antalet anställda inom olika yrkeskategorier; läkare, sjuksköterskor/distriktssköterskor, undersköterskor, administration/läkarsekreterare
  - Antalet läkare är ungefär samma som antalet sjuksköterskor/distriktssköterskor
  - Antalet undersköterskor är ca 1/3 av antalet sjuksköterskor/distriktssköterskor
  - Antalet administrativ personal/läkarsekreterare är ca hälften av antalet sjuksköterskor/distriktssköterskor
- ▶ Majoriteten av hslm har valt externa leverantörer för städning etc
- ▶ Antal AT och ST läkare varierar mellan de två urvalsgrupperna och tillsätts av studierektor tillsammans med verksamhetschef och handläggare på HSN Förvaltningen. Placering görs utifrån hslm lämplighet och förvaltningens kvalitetskrav.

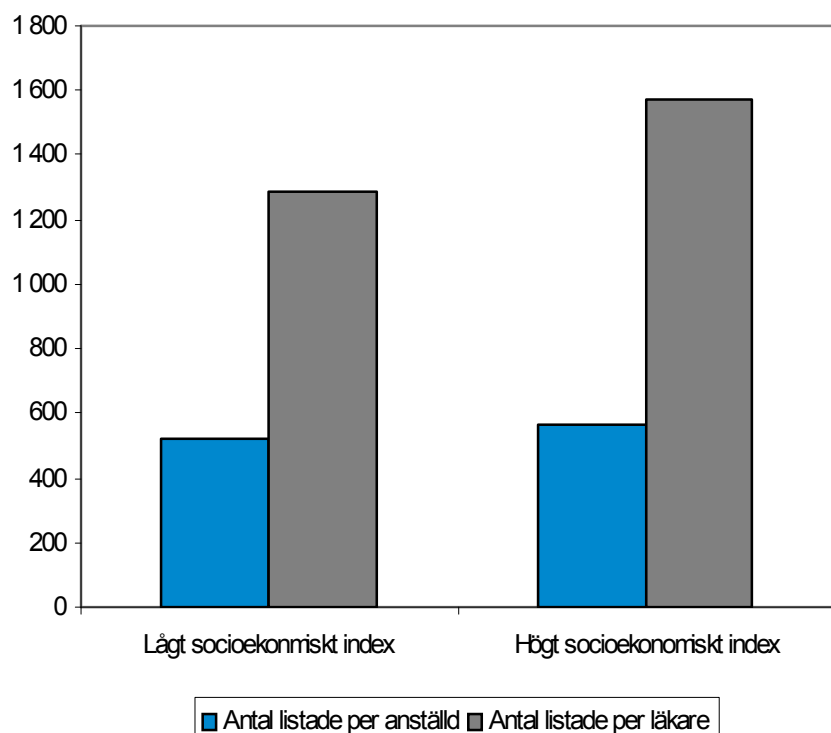
\* Data från intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj 2008

# I områden med högt socioekonomiskt index är antalet listade patienter per läkare högre än i områden med lågt socioekonomiskt index

Organisation  
och  
arbetsätt

Patientmix

Genomsnittligt antal listade (januari-april 2008)\*



Kommentar

- ▶ Det genomsnittliga antalet listade per läkare i april 2008 skiljer sig till viss del mellan de två urvalsgrupperna
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index har varje läkare i genomsnitt 1283 listade
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet listade
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index har varje läkare i genomsnitt 1569 listade
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet listade
- ▶ En jämförelse av antalet listade för samtliga anställda\*\* påvisar en mindre skillnad mellan urvalsgrupperna
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index har varje anställd i genomsnitt 522 listade
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet listade
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index har varje anställd i genomsnitt 564 listade
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet listade
- ▶ Andel listade är inte relaterad till tidigare upptagningsområde eller tidigare antal listade och tar inte hänsyn till en eventuell minskning

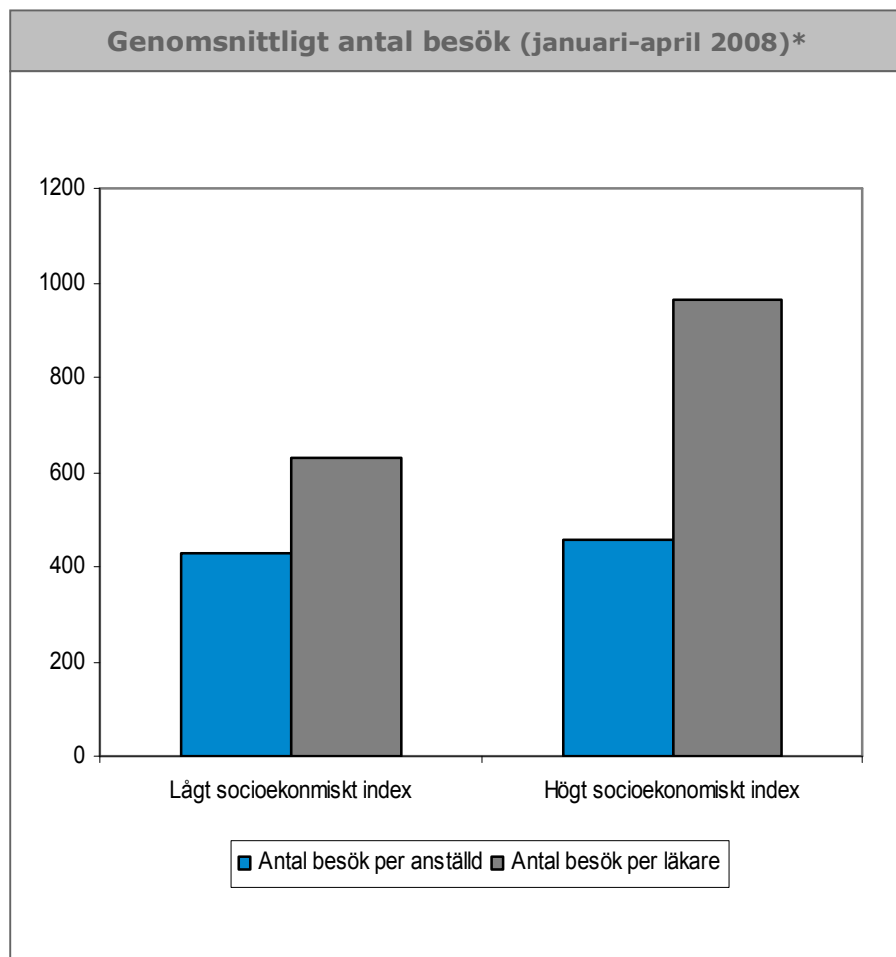
\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008, samt intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj 2008

\*\* Med samtliga anställda avses läkare, sjuksköterskor/distriktssköterskor, undersköterskor, och administration/läkarsekreterare

# Antalet genomförda besök per läkare är högre i områden med högt socioekonomiskt index

Organisation  
och  
arbetsätt

Patientmix



## Kommentar

- ▶ Det genomsnittliga antalet läkarbesök (hem- och mottagningsbesök) per läkare under perioden januari-april 2008 skiljer sig mellan de två urvalsgrupperna
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index har varje läkare i genomsnitt genomfört 632 besök under perioden
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet genomförda besök
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index har varje läkare i genomsnitt genomfört 966 besök under perioden
    - Inom gruppen förekommer stor variation av antalet genomförda besök
- ▶ En jämförelse av antalet genomförda besök samtliga kategorier\*\* per samtliga anställda\*\*\* påvisar liten skillnad mellan urvalsgrupperna
  - För båda urvalsgrupperna låg genomsnittligt antal besök per anställd mellan 455 och 427 under perioden
    - Inom grupperna förekommer viss variation av antalet genomförda besök
- ▶ Totalt antal besök i de olika urvalsgrupperna skiljer sig något
  - I de 5 hslm i områden med högt socioekonomiskt index har totalt 45 487 besök (alla kategorier) genomförts under perioden
  - I de 5 hslm i områden med lågt socioekonomiskt index har totalt 49 815 besök (alla kategorier) genomförts
- ▶ I denna jämförelse beaktas inte eventuell övertid som lagts ned för att klara av antalet besök och tillhörande administration

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008, samt intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj 2008

\*\* Med samtliga kategorier besök avses läkare, distriktssköterske- och undersköterskebesök i hemmet eller på mottagning

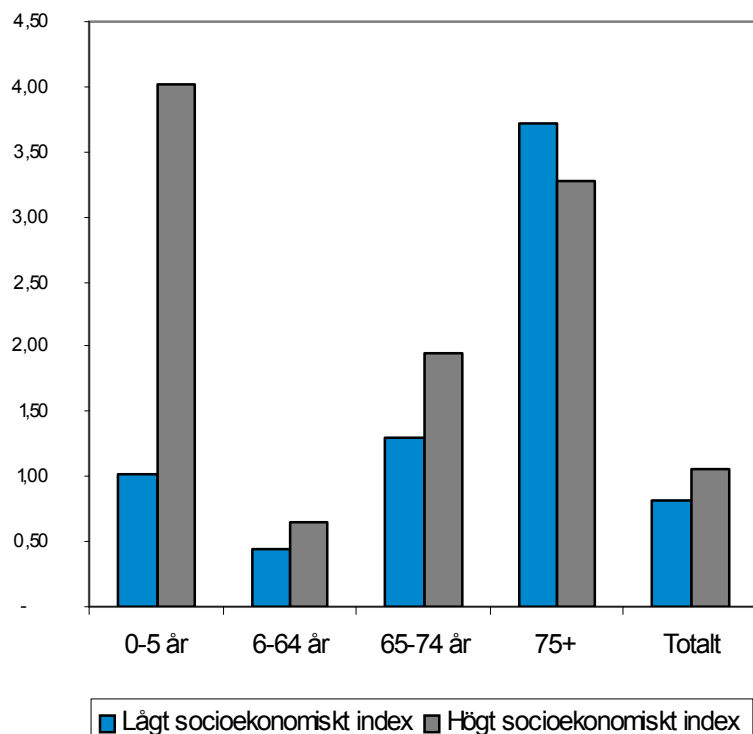
\*\*\* Med samtliga anställda avses läkare, sjuksköterskor/distriktssköterskor, undersköterskor, administration/läkarsekreterare

# Hslm i områden med högt socioekonomiskt index har i genomsnitt fler genomförda besök per listad

Organisation  
och  
arbetsätt

Patientmix

Antal besök per listade (januari-april 2008)\*



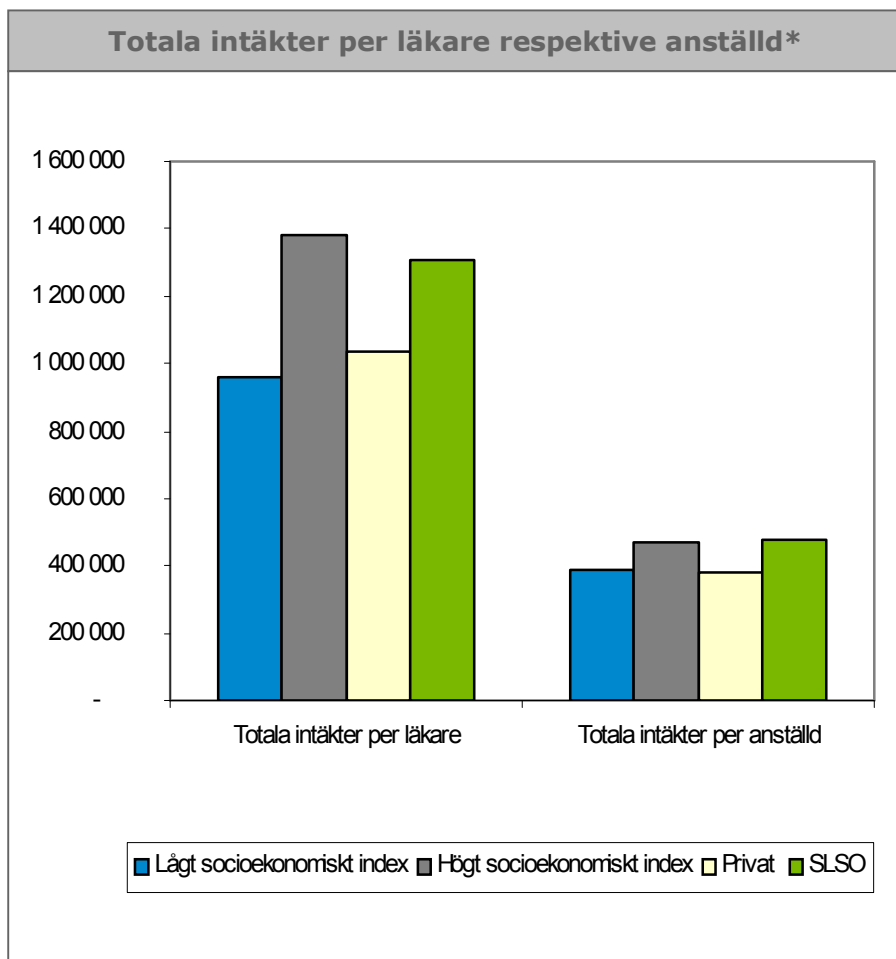
## Kommentar

- ▶ Det genomsnittliga antalet genomförda besök per antal listade personer under perioden januari- april 2008 skiljer sig mellan de två urvalsgrupperna
- ▶ För hslm i områden med högt socioekonomiskt index genomförs i genomsnitt 28% fler besök för varje listad person
  - Inom åldersgrupperna förekommer stor variation av antalet genomförda besök per listad person
  - Endast inom åldersgruppen 75+ genomförs i genomsnitt fler besök per listade för hslm i områden med lågt socioekonomiskt index
- ▶ Utöver skillnaden i åldersgruppen 0-5 år, där områden med högt socioekonomiskt index har en betydlig högre andel besök per listade, följer de två urvalsgrupperna varandra i variationen genom åldersgrupperna
  - Lägst antal besök per listade återfinns i åldersgruppen 6-64 år
  - Viss felregistrering relaterat till BVC kan finnas i siffrorna, då främst gällande åldersgrupp 0-5 år

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

# I områden med högt socioekonomiskt index är de totala intäkterna per läkare i genomsnitt högre än i områden med lågt socioekonomiskt index

Organisation och arbetssätt      Patientmix



**Kommentar**

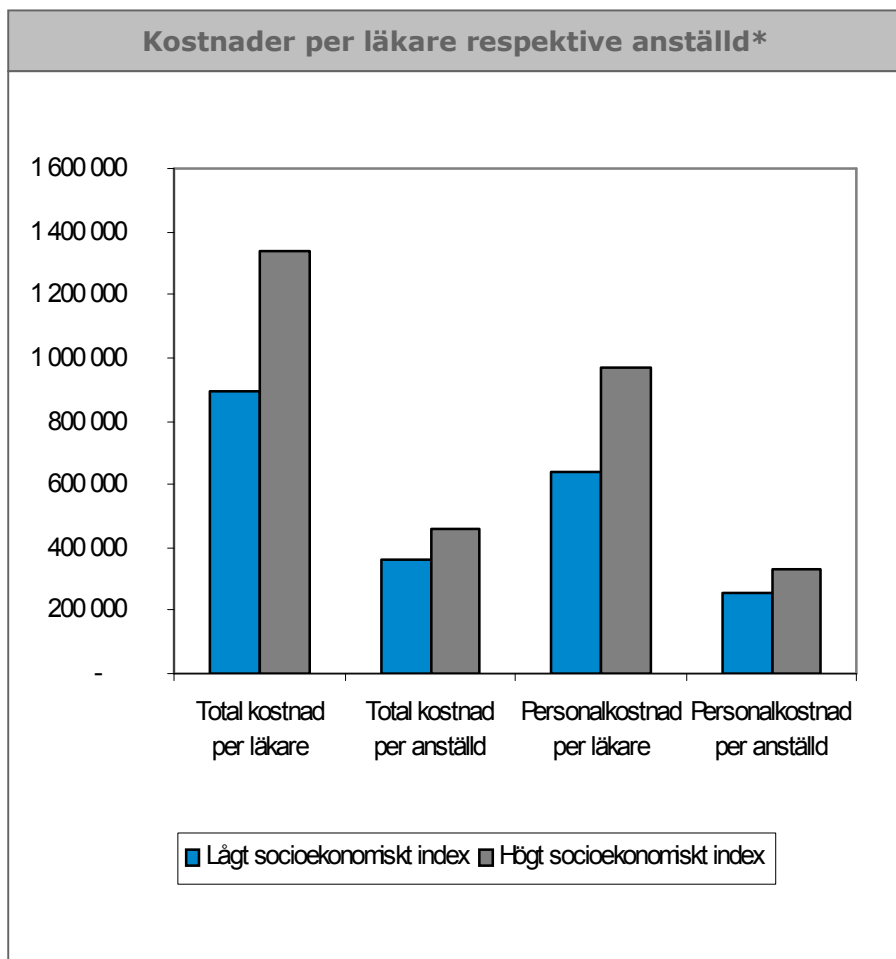
- ▶ Den genomsnittliga totala intäkten per läkare skiljer sig under perioden januari-april 2008 mellan hslm i de två olika urvalsgrupperna där hslm i områden med högt socioekonomiskt index i genomsnitt har 44% högre intäkter per läkare
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index är den totala intäkten per läkare ca 960 000kr
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index är den totala intäkten per läkare ca 1 400 000kr
- ▶ Den genomsnittliga totala intäkterna per anställd skiljer sig till en mindre grad mellan hslm i de två olika urvalsgrupperna
  - Den genomsnittliga totala intäkten per anställd är ca 22% högre i områden med högt socioekonomiskt index
- ▶ Vinstmarginalen för hslm i områden med lågt respektive högt socioekonomiskt index motsvarar i genomsnitt ca 8% respektive 3%\*\*

\* Data från SLSOs ekonomiska redovisning samt årsredovisningar från MM Partner och Bolagsverket (perioden januari-april 2008 samt uppskattningar), samt intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj 2008 \*\* Fittja VC, Tensta VC och Kvartersakuten Surbrunn är ej inräknade då dessa hslm hade negativ resultat

# I områden med högt socioekonomiskt index är de totala kostnaderna per läkare i genomsnitt högre än i områden med lågt socioekonomiskt index

Organisation och arbetssätt

Patientmix



**Kommentar**

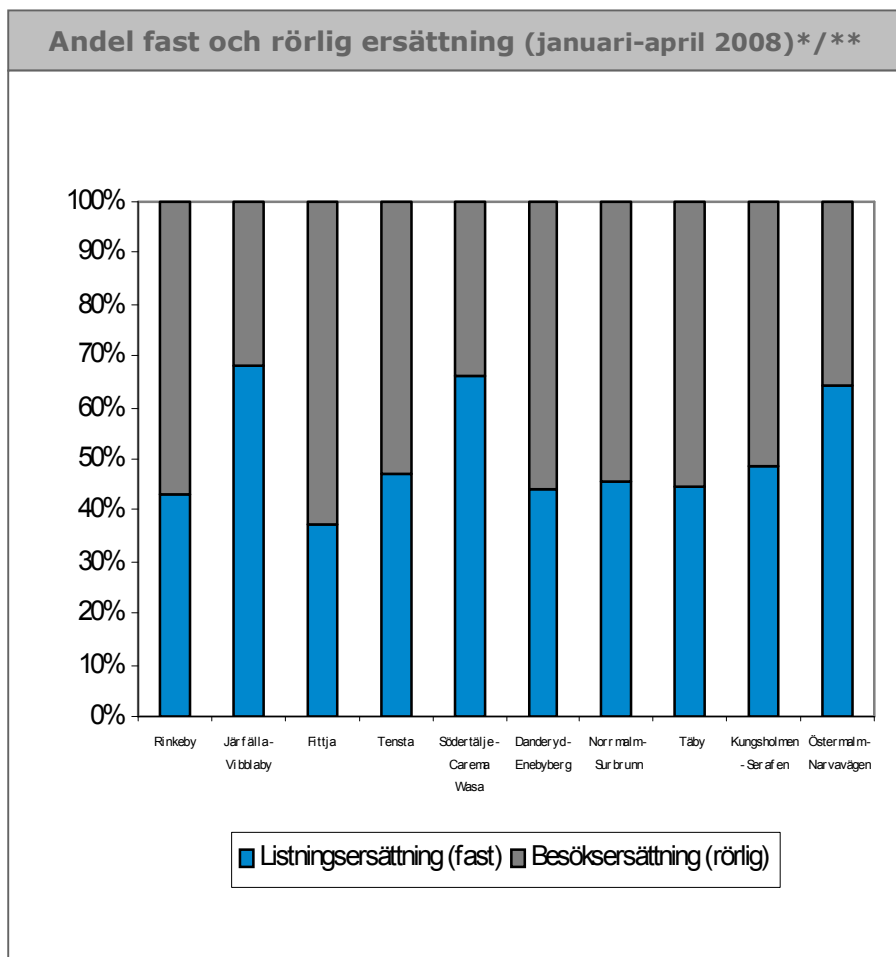
- ▶ Den genomsnittliga totala kostnaden och personalkostnaden per läkare skiljer sig mellan hslm i de två urvalsgrupperna
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index är den totala kostnaden per läkare ca 900 000kr
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index är personalkostnaden per läkare ca 640 000kr\*\*\*
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index är den totala kostnaden per läkare ca 1300 000kr
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index är personalkostnaden per läkare ca 970 000kr\*\*\*
- ▶ Den genomsnittliga totala kostnaden och personalkostnaden per anställd skiljer sig inte mellan hslm i de två urvalsgrupperna

\* Data från SLSOs ekonomiska redovisning samt årsredovisningar från MM Partner och Bolagsverket (perioden januari-april 2008 samt uppskattningar), samt intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj 2008 \*\* Privata hslm använder troligtvis en del av vinsten för att lönekompensera anställda \*\*\*Detta motsvarar inte personalkostanden för en läkare då den totala personalkostnaden är relaterad till samtlig personal

# Andel fast respektive rörlig ersättning skiljer sig inte markant mellan de två urvalsgrupperna

Organisation och arbetssätt

Patientmix



**Kommentar**

- ▶ Andel fast respektive rörlig ersättning varierar i stor utsträckning mellan hslm
- ▶ Vid jämförelse mellan de två urvalsgrupperna noteras en liten skillnad
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index utgör den rörliga ersättningen 52%
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index utgör den rörliga ersättningen 48%
- ▶ Vid jämförelse mellan privata respektive landstingsdrivna hslm med nuvarande avtal kan en större skillnad noteras
  - För hslm som drivs privat utgör den rörliga ersättningen 42%
  - För hslm som drivs i landstingets regi utgör den rörliga ersättningen 56%

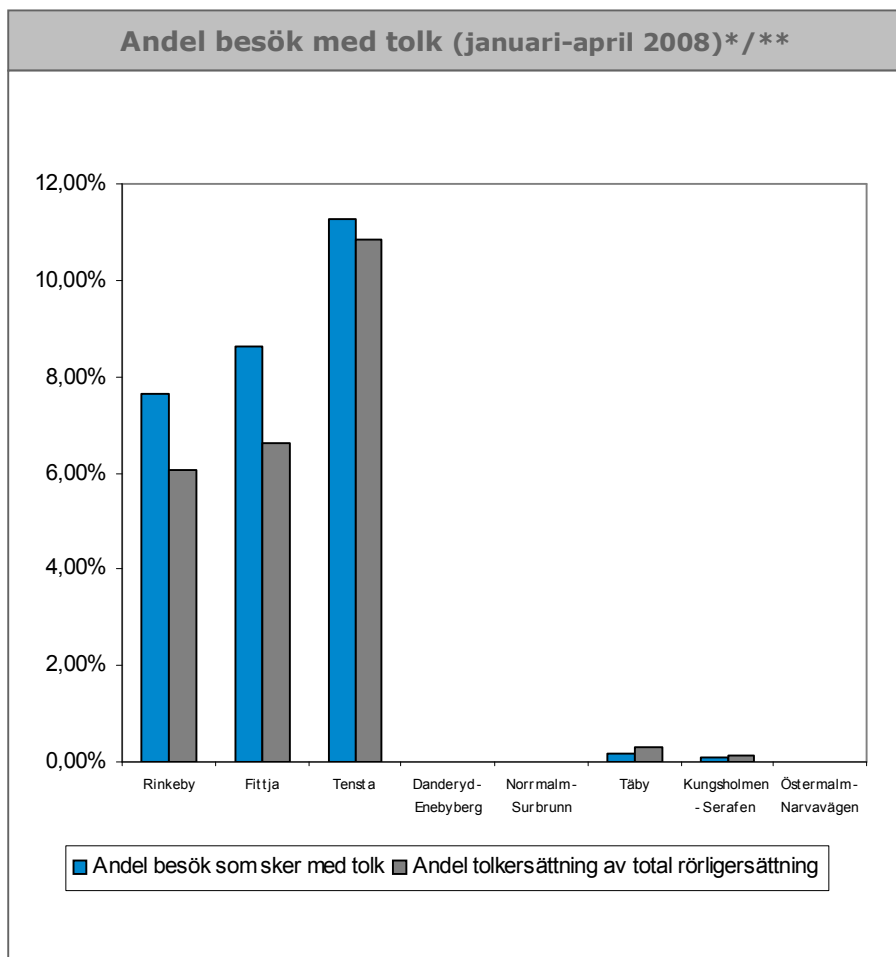
\*Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

\*\* Data är baserad på de avtal hslm har idag

# Andelen besök med tolk är mycket högre i områden med högt socioekonomiskt index

Organisation och arbetssätt

Patientmix



**Kommentar**

- ▶ Andelen besök som genomförs med tolk under perioden januari – april 2008 varierar kraftigt mellan hslm och förekommer i huvudsak i områden med högt socioekonomiskt index
  - Majoriteten av tolkbesök sker i samband med ett läkarbesök, och endast en minoritet i samband med besök hos sjuksköterska eller undersköterska
  - Observationer från intervjuer visar att hemsjukvård oftast sker utan tolk
- ▶ Tolkbesök bokas av respektive hslm från tolförmedlingar och ersättningen för tolkbesök i Vårdval Stockholm utgörs av en tilläggsersättning om 400kr vid läkarbesök respektive 200kr för andra besök
  - För att erhålla ersättning ska besöken registreras
- ▶ Det föreligger risk för ett stort mörkertal vad gäller det verkliga antalet besök som sker med tolk
  - Många besök tolkas av icke-auktoriserade tolkar så som anhörig (inklusive barn), flerspråkig personal eller andra bekanta
  - Dessa tolkbesök registreras ej och ingen ersättning utgår

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

\*\* Vibblaby och Carema Wasa ingår inte i Vårdval Stockholm eller SLSO, varför uppgifter om tolkbesök saknas



# Observationer från intervjuer – Organisation och arbetssätt (1/2)



## Arbetsmiljö

- ▶ Arbetsbördan mellan hslm skiljer sig åt
  - Hslm i områden med högt socioekonomiskt index arbetar i högre grad övertid
  - I många fall registreras inte övertiden
  - Registrerad övertid tas generellt ut som flextid vid lågsäsong (oberoende av område) och ersätts med inhyrd personal vid behov
- ▶ Flera hslm i områden med högt socioekonomiskt index poängterar att hantering av dagens arbetsbörda sker på bekostnad av utbildningstid och kunskapsöverföring mellan anställda. En risk för att den medicinska kvaliteten försämras på sikt anses också kunna bli en följd av den höga arbetsbördan.
- ▶ Ingen av hslm arbetar i någon större utsträckning med interna styrkort eller med uppföljning

## Personalomsätt. och rekrytering

- ▶ För hslm i områden med högt socioekonomiskt index har personalomsättningen varit relativt hög
  - Flera hslm anger att personal sagts upp vid årsskiftet 2007/08 pga Vårdval Stockholm. Denna personalreduktion har enligt de intervjuade genomförts pga Vårdval Stockholm men även pga naturlig avgång. Fler intervjuade har poängterat att ett omstruktureringsarbete har krävts och att det inte är möjligt att nyrekrytera i den mån verksamheten har negativt ekonomiskt resultat. Några hslm har därför varit tvungna att anpassa sin personalstyrka efter rådande omständigheter.
- ▶ Hslm i områden med högt socioekonomiskt index har ett uttalat problem med att rekrytera ny personal, trots att det förekommer ett extra lönetillägg
- ▶ Flera hslm i områden med högt socioekonomiskt index ser AT- och ST-läkare som en möjlig rekryteringskälla då det är lättare att behålla dessa till ordinarie tjänst än att nyrekrytera till området
- ▶ Det är ekonomiskt fördelaktigt att ha AT och ST läkare. Dessa tillsätts av studierektor, verksamhetschef och handläggare på HSN Förvaltningen utifrån hslm lämplighet att handleda läkare under utbildning.

## Entreprenad

- ▶ Vissa hslm (oberoende av område) har valt att ta in externa leverantörer av lokalvård, it, redovisning etc, detta har inte lyfts fram som någon specifik effektivitetshöjare

# Observationer från intervjuer – Organisation och arbetssätt (2/2)

Organisation  
och  
arbetssätt

Patientmix

## Patientbesök

- ▶ Längden på besök varierar kraftigt; dock har ett flertal hslm riktlinjer för tidsåtgång för olika besökstyper
  - Jourbesök 5-20 minuter
  - Planerat besök 10-60 minuter
  - Halsfluss 10 minuter
  - Psykosociala besvär 30-60 minuter
- ▶ Besök med äldre kan ta längre tid men behöver inte göra det. Flertalet besök med äldre är återbesök och handlar mer om att ha en kontinuerlig uppföljning och kontroll - inte om att ställa nya diagnoser.
- ▶ Tolkbesök anses ta längre tid än ett genomsnittligt besök utan tolk - dubbelt till tredubbelt så lång tid. Först och främst kommuniceras samtalet på två språk, dessutom påverkar tolkens egna erfarenhet av sjukvårdstolkning besökets längd. Utöver detta tillkommer administration kring registrering av tolkbesöket (för att möjliggöra för hslm att få ersättning) – en administration som är så pass tidskrävande att vissa tillfällen inte registreras alls. Även kontakten med tolkförmedlingarna anses i vissa fall ostrukturerad och administrativt krävande. Slutligen uppskattas det att i ca 10-15 % av fallen dyker inte tolkarna upp till avtalad tid.
- ▶ Språk- och kulturbarriärer i kombination med patienters egna kunskaper och kroppskänedom är också faktorer som påverkar ett besökets komplexitet och ställer högre krav på att budskap kommuniceras korrekt

## Öppettider

- ▶ Öppettiderna och möjligheten till joutider varierar mellan olika hslm
  - De flesta hslm har relativt hög tillgänglighet och det är möjligt att via telefon boka ett besök samma dag
  - Öppen mottagning finns i större utsträckning bland hslm i områden med lågt socioekonomiskt index

## Övrigt

- ▶ Flera hslm i områden med högt socioekonomiskt index lyfter fram att det skulle behövas tätare kontakt mellan primärvården, invandrarorganisationer, skola, socialförvaltningen, polisen, försäkringskassan etc. Det finns dock en reglerad ersättning för de läkartimmar som går åt till olika typer av samverkansmöte.

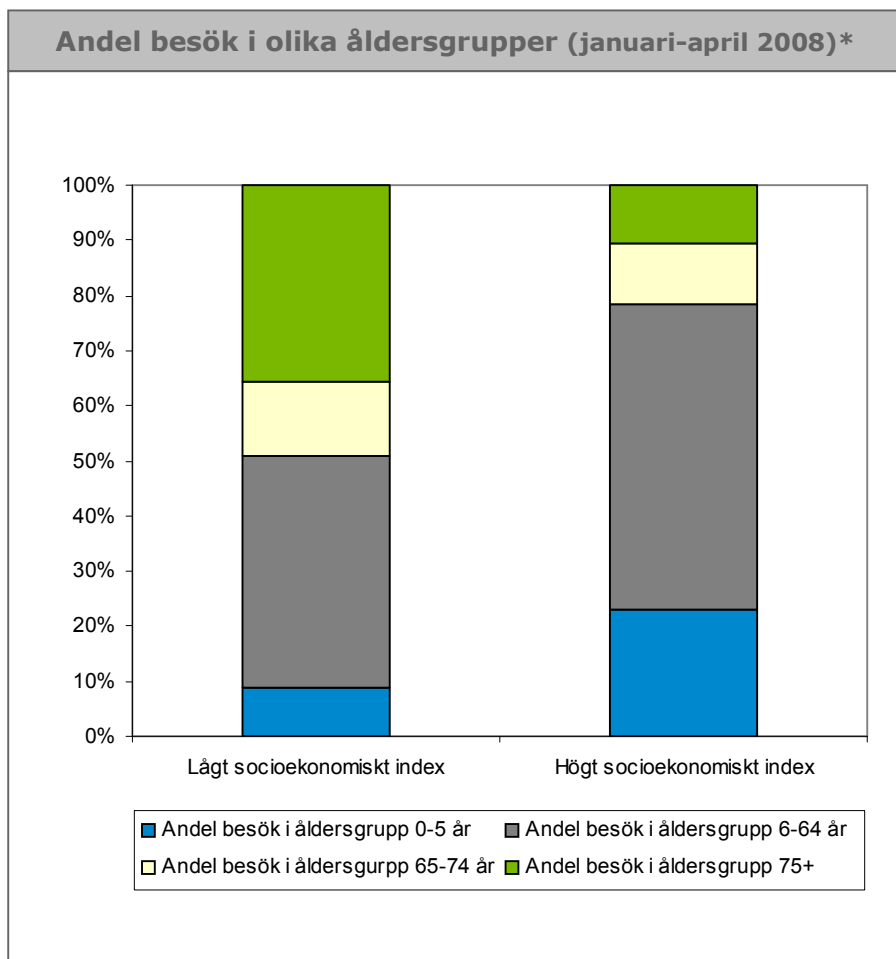
# Sammanfattning - Patientmix

Organisation  
och  
arbetsätt

Patientmix

Nyckeltal	Bakgrund till nyckeltal	Utfall
<b>Andel besök genomförda av olika åldersgrupper</b>	Skiljer sig andelen besök genomförda i olika åldersgrupper mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att andelen besök genomförda av äldre är högre i områden med lågt socioekonomiskt index, medan andelen besök av yngre är högre i områden med högt socioekonomiskt index
<b>Andel listade i olika åldersgrupper</b>	Skiljer sig andelen listade i olika åldersgrupper mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att andelen listade äldre är högre i områden med lågt socioekonomiskt index
<b>Andel återbesök jämfört med andel nybesök i olika åldersgrupper</b>	Skiljer sig andelen återbesök respektive nybesök i olika åldersgrupper mellan områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att andelen återbesök är konsekvent högre för hslm i områden med högt socioekonomiskt index
<b>Differens mellan det egna områdets socioekonomiska index och det viktade indexet för besök</b>	Skiljer sig det egna områdets socioekonomiska index jämfört med indexet för de besök som görs i området? Skiljer det sig på olika sätt före områden med olika socioekonomiskt index?	Data påvisar att differensen mellan det egna områdets socioekonomiska index och det viktade indexet för besöken är marginell
<b>Observationer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Åldersgrupper</li> <li>▶ Tolkbesök</li> <li>▶ Patientmix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vetenskapliga artiklar               <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Etnicitet och klass</li> <li>▶ Socioekonomiskt index</li> <li>▶ Tolkbesök och resurser</li> </ul> </li> </ul>

# Andelen besök genomförda av äldre är högre i områden med lågt socioekonomiskt index, medan andelen besök av yngre är högre i områden med högt socioekonomiskt index



**Kommentar**

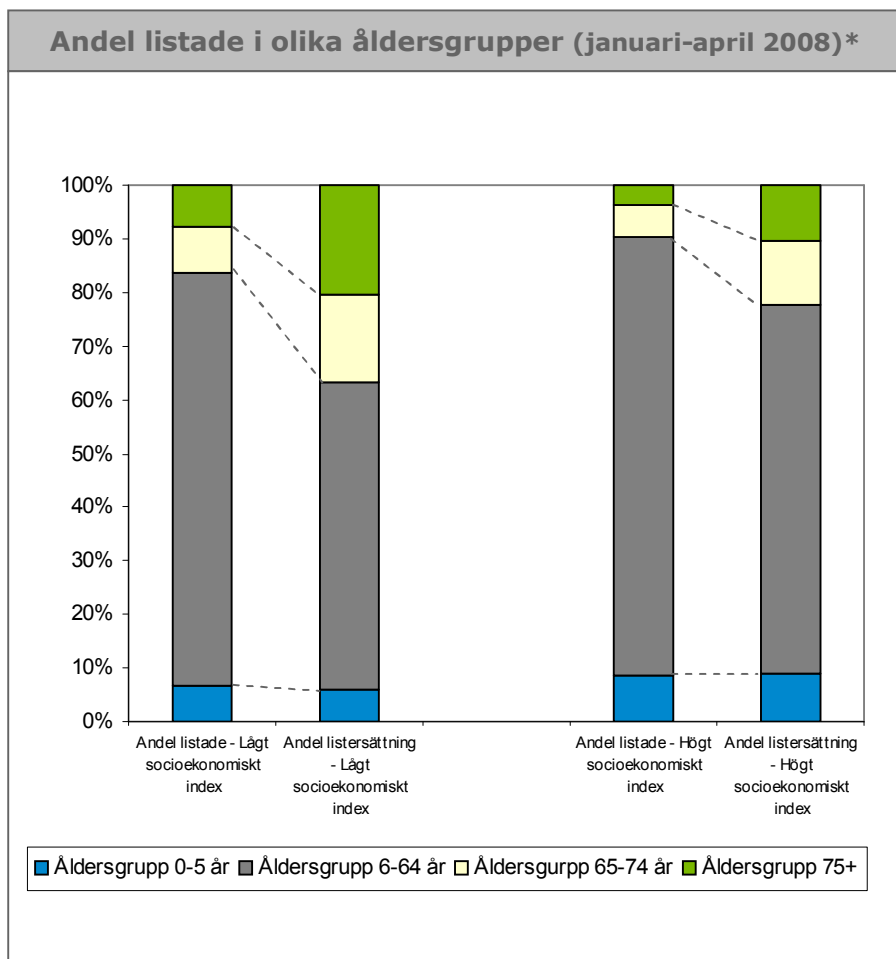
- ▶ Andelen av totalt antal besök\*\* genomförda av olika åldersgrupper skiljer sig markant mellan de två urvalsgrupperna
  - Viss felregistrering relaterat till BVC kan finnas i siffrorna, då främst gällande åldersgrupp 0-5 år
- ▶ I områden med högt socioekonomiskt index är det de yngre åldersgrupperna som representerar största andelen av besöken
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index representerar de två nedre åldersgrupperna (0-5 år och 6-64 år) 51% av totalt antal besök under perioden
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index representerar de två nedre åldersgrupperna (0-5 år och 6-64 år) 78% av totalt antal besök under perioden
- ▶ I områden med lågt socioekonomiskt index representerar de äldre åldersgrupperna hälften av besöken
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index representerar de två övre åldersgrupperna (65-74 år och 75+) ca 49% av totalt antal besök under perioden
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index representerar de två övre åldersgrupperna (65-74 år och 75+) ca 22% av totalt antal besök under perioden

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

\*\* Med samtliga kategorier besök avses läkare, distriktssköterske- och undersköterskebesök i hemmet eller på mottagning

# Andelen listade äldre är högre i områden med lågt socioekonomiskt index och av den fasta ersättningen härrör 20% från denna grupp

Organisation och arbetssätt Patientmix



**Kommentar**

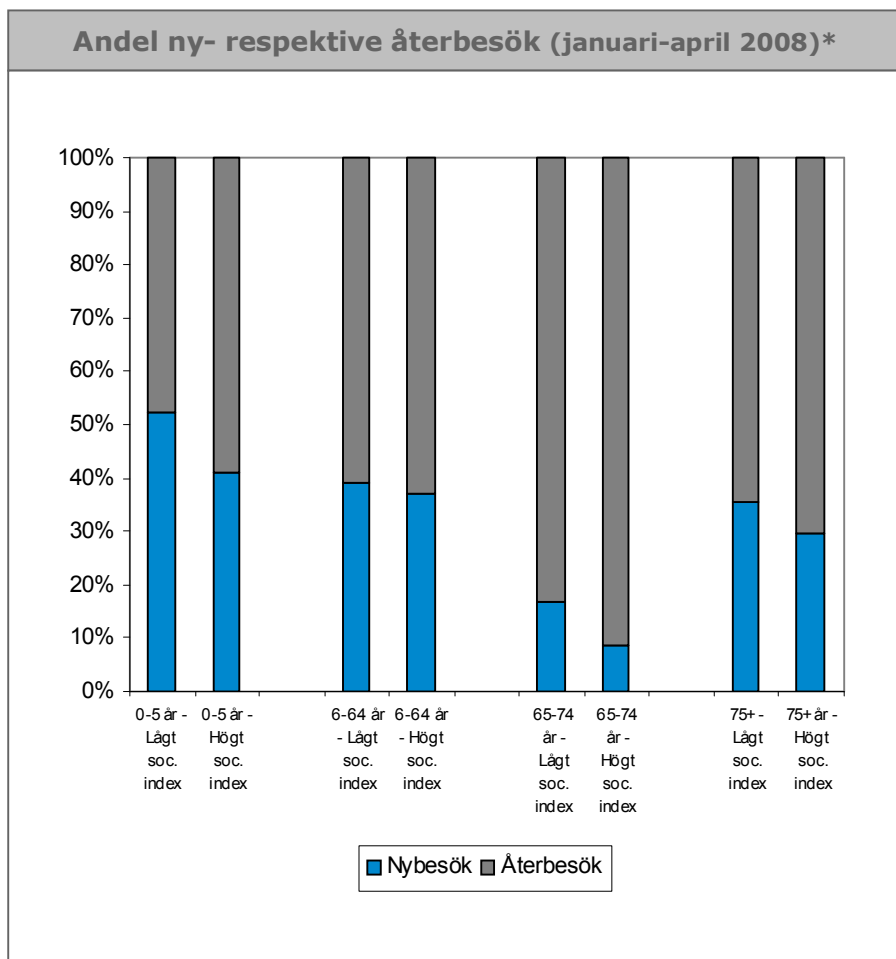
- ▶ Andelen listade i de olika åldersgrupperna skiljer sig markant mellan de två urvalsgrupperna
- ▶ Den största skillnaden syns i den översta åldersgruppen där områden med högt socioekonomiskt index endast har hälften så stor andel listade
  - För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index representerar den översta (75+) 8% av totalt antal listade
  - För hslm i områden med högt socioekonomiskt index representerar den översta (75+) 4% av totalt antal listade
- ▶ Kapiteringens åldersviktning\*\* medför att ersättningen för den översta åldersgruppen representerar 20% av den totala fasta ersättningen i områden med lågt socioekonomiskt index jämfört med 10% för motsvarande i områden med högt socioekonomiskt index
  - Även den näst översta åldersgruppen (65-74 år) resulterar i liknande effekt

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

\*\* Åldersviktning för kapitering: 0-5 år 1,19; 6-64 år 1,0; 65-74 år 2,59 ; 75+ 3,56

# Andelen återbesök är konsekvent högre för hslm i områden med högt socioekonomiskt index

Organisation och arbetssätt Patientmix



**Kommentar**

- ▶ Andelen ny- respektive återbesök skiljer sig konsekvent i samtliga åldersgrupper mellan de två urvalsgrupperna
- ▶ För hslm i områden med lågt socioekonomiskt index är andelen återbesök i förhållande till totalt antal besök lägre än i områden med högt socioekonomiskt index
  - Sambandet återspeglas i samtliga ålderskategorier
- ▶ Andelen återbesök jämfört med totalt antal besök är högst inom åldersgruppen 65-74 år
  - Sambandet gäller båda urvalsgrupperna
- ▶ Andelen återbesök jämfört med totalt antal besök är lägst inom åldersgruppen 0-5 år
  - Sambandet gäller båda urvalsgrupperna

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

# Differensen mellan det egna områdets socioekonomiska index och det viktade indexet för besöken är marginell

Organisation och arbetssätt

Patientmix

*	Andel besök av patienter från eget område	Andel besök av patienter från annat område	Socio-ekonomiskt index för eget område	Socio-ekonomiskt index för besök av patienter från annat området	Viktat medel-index	Differens
Surbrunn	95%	5%	0,63	0,96	0,65	0,02
Kungsholmen	94%	6%	0,73	0,94	0,74	0,01
Narvavägen	96%	4%	0,89	0,92	0,89	0,00
Enebyberg	98%	2%	0,51	0,83	0,52	0,01
Täby	97%	3%	0,59	0,89	0,60	0,01
Rinkeby	95%	5%	1,65	1,08	1,62	-0,03
Fittja	97%	3%	1,74	1,18	1,73	-0,01
Tensta	96%	4%	1,74	1,12	1,71	-0,03
Järfälla	96%	4%	1,38	1,08	1,37	-0,01
Södertälje	91%	9%	1,59	1,16	1,55	-0,04
Genomsnitt lågt soc. index	96%	4%	0,67	0,91	0,68	0,01
Genomsnitt högt soc. index	95%	5%	1,62	1,12	1,60	-0,02

## Kommentar

- ▶ Andelen patienter som genomför besök på hslm i samma område som de bor är 91-98% under perioden januari-april 2008
  - Största inflödet av patienter från annat område har hslm Carema Wasa i Södertälje där 9% av besöken genomförs av patienter bosatta i annat område
  - Lägst inflöde av patienter från annat område har hslm Enebyberg där 2% av patienter genomförs av patienter bosatta i annat område
- ▶ Differensen mellan det egna områdets socioekonomiska index och det viktade indexet för besök är liten
  - Inflödet av patienter från annat område medför att hslm i områden med högt socioekonomiskt index får samma eller något lägre viktat index besöken
  - Inflödet av patienter från annat område medför att hslm i områden med lågt socioekonomiskt index får samma eller något högre viktat index besöken

\* Data från VAL-databasen för perioden januari-april 2008

# Observationer från intervjuer – Patientmix



## Aldersgrupper

- ▶ Andelen av befolkningen i de två över åldersgrupperna är relativt liten i områden med högt socioekonomiskt index. Medellivslängden är lägre än genomsnittet, dock drabbas befolkningen i dessa områden av de typiska åldersrelaterade sjukdomarna tidigare i livet än personer i områden lågt socioekonomiskt index.
  - Vårdtyngden anses öka under de sista levnadsåren av en patients liv, oavsett när dessa infaller

## Tolkbesök

- ▶ Besök med tolk genomförs nästan enbart i områden med högt socioekonomiskt index. Vid intervjuer med verksamhetschefer i områden med lågt socioekonomiskt index har det i flertalet fall inte ägt rum några besök alls med tolk.
  - Besök genomförda med tolk anses ta längre tid (oavsett var intervjupersonen arbetar), samt generera mer administrativt arbete, flera provtagningar och därmed fler återbesök
  - Tidsåtgången anses vara dubbel till tredubbel jämfört med ett besök utan tolk. Tidsåtgången påverkas också av tolkens erfarenhet av sjukvårdstolkning samt administration kring registrering av besök med tolk (för att möjliggöra för hslm att få ersättning) och kontakten med tolkförmedlingarna

## Patientmix

- ▶ Karaktären av problem/diagnoser hos patienter i de olika områdena skiljer sig. När verksamhetscheferna ombads beskriva sin patientmix angavs
  - I områden med lågt socioekonomiskt index: många äldre patienter som tar mycket tid och återkommer ofta, pålästa patienter mellan 30-40 år om har höga krav och förväntningar, patienter som har utmattnings- eller stresssymptom
  - I områden med högt socioekonomiskt index: många besök sker med tolk och tar därmed lång tid, patienter som aldrig eller endast vid ett fåtal tillfällen besökt en läkare och nu förväntar sig utlåtanden och provtagning, kvinnliga patienter som endast kan undersökas av kvinnlig läkare, asylsökande som egentligen tillhör asylsjukvården men som hänvisas till hslm, patienter som har dålig kroppskänedom och därför har svårighet att verbalt beskriva symptom, patienter som är analfabeter, patienter som behöver intyg till arbetsförmedling/försäkringskassa etc.
- ▶ Flera har poängterat att äldre och nyinflyttade ibland har svårt att förstå primärvårdssystemet och listningssystemet, vilket kan leda till att de inte listar sig



# Vetenskapliga artiklar – Patientmix



## Etnicitet och klass

- ▶ Etnicitet och klass påverkar behovet av vård. I områden med högt socioekonomiskt index med stora sociala problem drabbas invånarna av ålderssjukdomar 15-20 år tidigare än normalbefolkningen. I dessa områden behöver de unga oftast lika mycket vård som gamla från områden med lågt socioekonomiskt index.\*

## Socio-ekonomiskt index

- ▶ Människor som bor i områden med högt socioekonomiskt index är sjukare i kranskärnen och har sämre psykisk hälsa och levnadsvanor samt skattar sin hälsa som sämre än de i områden med lågt socioekonomiskt index. Det har också visat sig att själva området som sådant kan påverka människors hälsa.\*\*
- ▶ Personer i de områden som har högt socioekonomiskt index utnyttjar psykiatrisk vård fyra gånger mer än i personer i områden med lågt socioekonomiskt index. Forskning visar också att människor i områden med högt socioekonomiskt index behöver söka läkare oftare på grund av att de drabbas av fler och allvarigare sjukdomar och ofta är sårbara för flera samtidiga sjukdomar.\*\*

## Tolkbesök och resurser

- ▶ Tolkberoende patienter är avsevärt mer resurskrävande än icke-tolkberoende både avseende konsultationstid och kostnader för utredning. Tolkberoende besök ökar signifikant vårdtyngden avseende antal symptom som föranleder läkarkonsultation och efterarbete samt även kostnader för utredning och antal specialistremisser.\*\*\*
- Studier visar också att icke-tolkberoende patienter behövde i genomsnitt 28,35 minuter för ett besök (observera även att den delmängd av dessa besök utgörs av besök med utlandsfödda icke-tolkberoende patienter som i genomsnitt behövde 24,1 minuter för ett besök) jämfört med tolkberoende patienter som behövde i genomsnitt 61,21 minuter för ett besök.
- Statistiken visar också signifikant skillnad i de enskilda delarna av läkarbesöket; konsultation och efterarbete. Konsultationstiden överskred 30 minuter för 25% av de icke-tolkberoende och för 94% av de tolkberoende.
- Utöver detta var antalet kompletterande blodlaborationer/övriga undersökningar större för tolkberoende än för icke-tolkberoende (53% mot 36%). Specialistremisser visade sig vara nästan 4 gånger vanligare i gruppen tolkberoende jämfört med icke-tolkberoende. Möjligen kan detta förklaras med anamnestiska problem på grund av tolkkommunikationen.

\* Tidningen Dagens Medicin, 12 Juni 2007

\*\* Bostadsområdet påverkar vår fysiska och psykiska hälsa, Centrum för Allmänmedicin, 2 februari 2008

\*\*\* Tolkberoende patienter mer resurskrävande, Tidningen Läkartidningen, volym 93 nr 34 1996

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ **Analys**
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Observationer från intervjuerna – Styrkor, Svagheter, Möjligheter och Hot för hslm

Hslm i områden med högt socioekonomiskt index*		Hslm i områden med lågt socioekonomiskt index*	
<p><b>Styrkor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ökad produktivitet och tillgänglighet till patienterna</li> <li>▶ Har till viss del anpassat sig till de nya förutsättningarna</li> <li>▶ Har jobbat en del med processutveckling</li> <li>▶ Intressant att få jobba med olika kulturer</li> <li>▶ Bra sammanhållning på arbetsplatsen</li> </ul>	<p><b>Svagheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hög personalomsättning</li> <li>▶ Mycket beroende av tolkar, såväl auktoriserade och icke-auktoriserade</li> <li>▶ Rekryteringssvårigheter</li> <li>▶ Ökad administration vid ökad produktivitet</li> <li>▶ Problem med sjukskrivningar bland personalen</li> <li>▶ Styrkort sällan förekommande</li> <li>▶ Mycket övertid</li> </ul>	<p><b>Styrkor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Låg personalomsättning</li> <li>▶ Har arbetat en del med processutveckling</li> <li>▶ Bra sammanhållning på arbetsplatsen</li> <li>▶ Upparbetad och känd patientkrets</li> <li>▶ Brett utbud – generalistkompetens</li> <li>▶ Bra renommé och läge</li> <li>▶ Öppet arbetsklimat</li> </ul>	<p><b>Svagheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Styrkort sällan förekommande</li> <li>▶ Ibland dålig telefontillgänglighet</li> <li>▶ Svårt att planera in utbildningar</li> <li>▶ Små mottagningar är sårbara vid högt patienttryck</li> <li>▶ Mindre bra systematisk utvärdering av och återkoppling till verksamheten</li> <li>▶ Planering vid öppen mottagning</li> <li>▶ Lokaler sätter gränser för hur mycket hslm kan expandera</li> </ul>
<p><b>Möjligheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ST-läkare tenderar att fortsätta sitt arbete på hslm efter sin utbildning</li> <li>▶ Kontinuerlig diskussion kring processer och flöden i organisationen för att anpassa sig till Vårdval Stockholm</li> <li>▶ Optimera bemanningen</li> <li>▶ Stort antal inflyttande i området</li> <li>▶ Högre patientnöjdhet i samband med att okvalificerad personal byts ut</li> </ul>	<p><b>Hot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nyetableringar</li> <li>▶ Brist på läkare och distriktssköterskor</li> <li>▶ Risk för missförstånd i samband med översättningar med tolk</li> <li>▶ Hög arbetsbelastning på verksamhetschef och tolk</li> <li>▶ Låg ersättning för äldre om färre äldre i populationen</li> <li>▶ Sämre medicinsk kvalitet då kortare och fler besök krävs för att nå ett positivt resultat eller nollresultat</li> </ul>	<p><b>Möjligheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Optimera bemanningen</li> <li>▶ Införa personliga styrkort</li> <li>▶ Ökat antal listade patienter</li> <li>▶ Möjlighet att expandera och öka produktiviteten</li> <li>▶ Förbättra tillgängligheten</li> <li>▶ Mer information till nyinflyttade</li> <li>▶ Förbättra interna strukturer</li> <li>▶ Den äldre patientmixen gynnar mottagningen givet dagens ersättningsmodell</li> </ul>	<p><b>Hot</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nyetableringar</li> <li>▶ Sämre ekonomi vid införandet av Vårdval Stockholm</li> <li>▶ Ökad arbetsbelastning vid ökad krav på produktion</li> <li>▶ Viss osäkerhet som en politisk verksamhet innebär</li> <li>▶ Osäkerhet avseende den långsiktiga stabiliteten i ersättningssystemet</li> <li>▶ Ökade krav på redovisning och uppföljning</li> </ul>

\* Observationer vid intervjuer med verksamhetschefer på hslm under maj-juni 2008

## Skillnaden i effektivitet mellan hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index härrör inte från olikheter i organisation och arbetssätt

---

- ▶ Observationer från intervjuer visar att organisationssammansättningen och arbetssättet generellt ej skiljer sig mellan hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index,
  - Majoriteten av hslm arbetar inte med styrkort eller med uppföljning i någon större utsträckning
  - Hslm i områden med högt socioekonomiskt index har ett uttalat problem med att rekrytera ny personal, trots att det förekommer ett extra lönetillägg
- ▶ I områden med högt socioekonomiskt index är antalet listade respektive genomförda besök per läkare och dag högre än i områden med lågt socioekonomiskt index och arbetsbördan upplevs som större i områden med högt socioekonomiskt index
  - Jämförelsen tar inte hänsyn till övertid, varför belegg saknas för styrka att produktiviteten är högre i områden med högt socioekonomiskt index
  - Utöver detta har hslm i områden med högt socioekonomiskt index i genomsnitt fler genomförda besök per listad
- ▶ Andelen fast respektive rörlig ersättning skiljer sig ej mellan de två urvalsgrupperna
- ▶ Tidsåtgången för ett jourbesök respektive ett planerat besök skiljer sig avsevärt
  - I genomsnitt tar ett planerat besök dubbelt så lång tid som ett jourbesök i båda urvalsgrupperna

## Hslm i områden med högt socioekonomiskt index uppvisar en skillnad i patientmix jämfört med hslm i områden med lågt socioekonomiskt index (1/2)

---

- ▶ Besöken och därigenom patientmixen består i genomsnitt till 95% av det egna områdets listade, sambandet gäller båda urvalsgrupperna
  - Patientmixens socioekonomiska index sammanfaller med det socioekonomiska indexet som hänförs till varje hslm geografiska område
- ▶ Befolkningens sjukdomsbild och vårdtyngd skiljer sig mellan områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index
  - Medellivslängden i områden med högt socioekonomiskt index är lägre än genomsnittet. I områden med högt socioekonomiskt index drabbas invånarna av ålderssjukdomar 15-20 år tidigare än normalbefolkningen. I dessa områden behöver de unga oftast lika mycket vård som gamla från områden med lågt socioekonomiskt index.
- ▶ Åldersfördelningen skiljer sig mellan hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index
  - Andelen av befolkningen i de två över åldersgrupperna är relativt liten i områden med högt socioekonomiskt index
  - Andel listade och besök av äldre är högre i områden med lågt socioekonomiskt index
  - Den fasta ersättningen för äldre representerar dubbel så stor andel av den totala fasta ersättningen för hslm i områden med lågt socioekonomiskt index jämfört med hslm i områden med högt socioekonomiskt index

## Hslm i områden med högt socioekonomiskt index uppvisar en skillnad i patientmix jämfört med hslm i områden med lågt socioekonomiskt index (2/2)

---

- ▶ Andelen besök med tolk är avsevärt högre i områden med högt socioekonomiskt index
  - Observationer från intervjuer och vetenskapliga artiklar har visat att besök med tolk kan ta två till tre gånger så lång tid som ett icke-tolkberoende besök (översättningstid, administration och registrering samt tolkar som uteblir) samt kräver mer efterarbete
  - Analys visar att andelen återbesök är konsekvent högre för hslm i områden med högt socioekonomiskt index jämfört med hslm i områden med lågt socioekonomiskt index, vilket bekräftas av observationer från intervjuer och vetenskapliga artiklar, som lyfter fram att tolkberoende besök genererar fler remisser och fler provtagningar

# Innehållsförteckning

---

- ▶ Sammanfattning
- ▶ Bakgrund och syfte
- ▶ Avgränsningar och tillvägagångssätt
- ▶ Nuläge
- ▶ Analys
- ▶ Slutsatser och rekommendationer

# Slutsatser

---

- ▶ Analysen påvisar att patientmixen har betydelse och utgör den särskiljande faktorn mellan hslm i områden med högt respektive lågt socioekonomiskt index
- ▶ Samtliga hslm har stora möjligheter att förbättra och optimera den egna organisationen, styrningen och arbetssättet. Analysen visar att det föreligger en stor potential och vilja för ett sådant förbättringsarbete i syfte att uppnå en effektiv verksamhet, dvs öka tillgänglighet av vård, upprätthålla en hög medicinsk kvalitet samt skapa en bra arbetsmiljö.
- ▶ Det har framkommit att det föreligger en risk med dagens arbetssätt och ersättningssystem att den medicinska kvaliteten kan komma att försämrans på sikt och att samma medicinska kvalitet inte kan erbjudas i hela länet. Främsta orsaken är hög arbetsbörda och olika förutsättningar att uppnå hög effektivitet och produktivitet.
- ▶ Möjliga handlingsalternativ
  - Varje hslm bör individuellt förändra organisation, styrning och arbetssätt utifrån hslms egna förutsättningar gällande patientmix i relation till aktuell ersättningsmodell
  - HSN Förvaltningen bör överväga att förändra ersättningsmodellen avseende åldersviktning, åldergränser och grundkapitering för att uppnå en modell som bättre speglar förutsättningarna för länets hslm
  - HSN Förvaltningen bör se över riktlinjerna för användandet av auktoriserade och icke-auktorerade tolkar samt det administrativa förfarandet kring tolkbokning, registrering och uteblivna tolkar. Dessutom bör ansvarsfördelningen gentemot tolkförmedlingarna tydliggöras.
  - HSN Förvaltningen bör överväga att analysera driftformens betydelse för effektiviteten för att ytterligare öka förståelsen kring effekten av ersättningsmodellen och dess påverkan på styrningen



# Rekommendationer

---

Projektets rekommendation är att HSN Förvaltningen bör

- ▶ Utöka analysen att innefatta samtliga hslm i Stockholms län för att verifiera resultaten av denna rapport
- ▶ Överväga att förändra ersättningsmodellen avseende åldersviktning, åldergränser och grundkapitering för att uppnå en modell som bättre speglar förutsättningarna för länets hslm
- ▶ Säkerställa att tillgängligheten till tolkar är rimlig i förhållande till efterfrågan samt se över riktlinjerna för användandet av auktoriserade och icke-auktorerade tolkar. Dessutom bör det administrativa förfarandet kring tolkbokning, registrering och uteblivna tolkar ses över.
  - Ansvarsfördelningen gentemot tolkförmedlingarna bör tydliggöras
- ▶ Säkerställ att regelbunden uppföljning av primärvårdens kvalitetsmål genomförs och att relevanta åtgärder initieras
  - Exempelvis säkerställa hög tillgängligheten samt hög medicinsk kvalitet