

Mötesanteckningar Dialogforum Vårdval vårdcentral, 2019-08-23

Närvarande:

Agneta Hamilton, Primör	Marcus Praetorius Björk, statistiker VGR
Akuliina Salander, Regionjurist	Maria Ahlgren, Primör
Anna Lundberg, Enhet primärvård	Maria Albertsson, Enhet primärvård
Bo Antonsson, politisk sekreterare HSS	Maria Emanuelsson, Enhet primärvård
Christina Ekstrand, Enhet primärvård	Marie Sjöström, Enhet primärvård
Emil Johansson, Enhet primärvård	Marie-Louise Gefvert, Närhälsan
Erik Andersson, Primör	Mats Dahl, Närhälsan
Hans Möller, Ekonomi Koncernkontoret	Nick Johansson, Omtanken Vård
Hans Wittrup, Medpro Clinic Group	Niklas Theodorsson, politisk sekreterare HSS
Henrietta Arwin, Närhälsan	Pavel Basiouk, Ekonomi Koncernkontoret
Henrik von Sydow, Primör	Peter Hanson, Primör
Håkan Linnarson, vice ordförande HSS	Pär Lundqvist, politisk sekreterare HSS
Jim Aleberg, Politiker/Närhälsan	Selma Ruscukic, Närhälsan
Jonas Andersson, ordförande HSS	Stefan Bengtsson, Ekonomi Koncernkontoret
Kaarina Sundelin, Direktör Koncernstab beställning och produktionsstyrning	Thomas Gavin, Capiro/Primör
Lejla Isanovic, Ekonomi Koncernkontoret	Ulla Berggren, Enhet primärvård
Lena Karlsson, Enhet primärvård	Ulrika Holmqvist, Närhälsan
Lisa Blide, Enhet primärvård	Åsa Lind, Närhälsan
Lone Dockered, Enhet primärvård	

Kursiv text är frågor/kommentarer från vårdgivarerepresentanter

Kaarina Sundelin, direktör för Koncernstab beställning och produktionsstyrning, öppnar mötet och hälsar alla välkomna. Det är idag fler deltagare än vanligt och därför är hon mötesledare, hon informerar om att vi har med politiker och andra som vanligtvis inte är med då detta är ett speciellt möte.

Fördjupad granskning av 29 vårdcentraler inom Vårdval Vårdcentral

Ulla Berggren, teamledare för team fördjupad uppföljning på enhet primärvård, redovisar den nu färdiga rapporten angående registrering av diagnoser med syfte att påverka ACG-poängen. Granskningen har gjorts på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och påbörjades hösten 2018. Hon går genom det PM som heter Diagnoser, om hur man ställer och registrerar diagnoser, som gäller för vårdgivare inom Vårdval Vårdcentral. Att ställa/sätta en diagnos innebär att konstatera vilken sjukdom/symptom/diagnos som en patient har. Att registrera en diagnos innebär att skriva in en redan ställd diagnos. Diagnoser som registreras i en journal efter ett besök ska avse de sjukdomar och tillstånd som avhandlats under just det besöket

eller vid kontakten. ACG-systemet används för att beräkna vårdtyngd, vilket används för att beräkna ersättning till de olika vårdcentralerna. Men om man vänder på det, kan det bli att man ser ACG-systemet som ett finansieringssystem istället för ett system för att mäta vårdtyngd? Kan det då skapas tryck för att öka antalet satta diagnoser, antingen för enheten eller för enskilda medarbetare?

Ulla visar de slutsatser och rekommendationer som finns med i rapporten. Slutsatsen är att vårdenheter har försökt att påverka sina ACG-poäng och därmed sin ersättning:

- 13 av de granskade vårdcentralerna bedöms medvetet ha försökt påverka sin ACG-poäng genom irrelevant diagnosregistrering
- 9 av de granskade vårdcentralerna bedöms möjligen ha försökt påverka sin ACG-poäng genom irrelevant diagnosregistrering
- 7 av de granskade vårdcentralerna bedöms i huvudsak inte ha försökt påverka sin ACG-poäng medvetet, och hos tre av dessa bedöms diagnosregistrering ha skett på ett korrekt sätt

Slutsatsen är att mycket tid har lagts ned på registrering av irrelevanta diagnoser och att det finns en kultur där man gör "som andra" eller är rädd för att "hamna efter".

Rekommendationer är att öka den allmänna kompetensen kring ACG och riktlinjer kring diagnossättning. En diskussion bör föras kring diagnossättning istället för fokus på ACG-poäng och ekonomisk ersättning. Vi har tagit fram statistik för enheter inför dialogmöten som har hållits och har haft en bra dialog kring detta. Vi har en tanke om att skapa en databas utifrån detta och göra det till något som kan följas, av enheter och kanske även publikt. ACG-systemet kommer att ses över inför revideringen av Krav- och kvalitetsboken 2021. Eventuella beslut om ekonomiska åtgärder kommer att fattas av politiker.

Frågeställningar som behöver utredas vidare:

- Kan irrelevant diagnosregistrering påverka patientsäkerheten?
- Kan irrelevant diagnosregistrering leda till felaktiga underlag till beslutsfattare och befolkning i stort om sjukdomsburden i samhället?

Hur kan vi alla arbeta framåt och ta ansvar så att det blir rätt framöver?

Sammanfattning av rapporten

Ulla visar en graf över hur antal satta diagnoser har förändrats över tid, med en markant ökning under 2017. Det är stor skillnad på diagnossättning och diagnosregistrering, och det finns många som pratar om underdiagnostisering. Istället för att fokusera på medicinska aspekter och patientsäkerhetsfrågor finns det en tendens att tolka underdiagnostisering som en ekonomisk förlust, som behöver åtgärdas med en ökad mängd diagnoser. De frågeställningar som ställdes var om enheter har gjort en medveten påverkan på systemet i syfte att öka den egna ersättningen och hur denna påverkan i så fall har gjorts. Diskussionen har gällt 2017, därför är fokus på 2017 och urvalet har endast gällt 2017. Granskningen har kollat på 29 enheter, från början var det 30, men en enhet föll bort då det påbörjades en särskild granskning av denna. De vårdcentraler som valdes ut var de 19 enheter som gjort den största förändringen i ACG under 2017 samt de 10 enheter som har haft flest registrerade

diagnoser under enskilda så kallade "toppdagar". Dessa 29 enheter kallades till ett dialogmöte för att få möjlighet att ge åsikter om denna statistik, och dessa möten samt statistiken är vad som kallas Delrapport 1. Delrapport 2 är en journalgranskning som har gjorts av oberoende konsulter. Journaler har då tagits ut en månad innan det aktuella datumet, för att se om det finns någon koppling bakåt i tiden till de diagnoser som registrerats. Resultatet av Delrapport 1 och Delrapport 2 har sammanfattats och en samlad bedömning har gjorts, där det har varit gränsfall har teamet valt att hellre fria än fälla. Enheterna har fått en skriftlig återkoppling om just sin enhets resultat och de har fått möjlighet att boka in dialogmöten för att gå genom resultaten. Rapporten kommer att diarieföras efter mötet idag och sedan läggas ut så den går att komma åt under HSS handlingar i eftermiddag.

Ulla visar en graf över ACG-utvecklingen under 2016 och 2017 för de 29 granskade enheterna, vilken visar en markant ökning över tid. Det finns två genomgående typer av förändringar i ACG: en långsamt stigande och en snabb förändring på kort tid, under ett fåtal dagar. Tre kontakttyper har granskats; besök (direktkontakt, fysiskt möte), annan kontakt (kontakt med patient men inte fysiskt möte) och indirekt kontakt (notat utan direkt kontakt med patient). De som har skrivit diagnoserna är läkare och sjuksköterskor. Främst är det på notat som registreringen har ökat, den högsta ökningen ser man på sjuksköterskor, indirekt kontakt. Ulla visar en tabell från rapporten över högst antal registrerade diagnoser under en enskild dag. Det är detta som menas med enskilda toppdagar. Hon visar också en tabell från rapporten över högst antal satta diagnoser på en enskild patient vid ett enskilt tillfälle, där det högsta är 45 st. diagnoser.

Ulla visar några exempel på statistik från rapporten. För enhet NN ser man hur ACG har förändrats månadsvis, med en väldigt stor förändring under en viss månad. Antal registrerade diagnoser per månad visas också, och där kan man se att det under en månad har registrerats ovanligt många diagnoser, vilket föranleder den stora förändringen i ACG månaden därpå. I Delrapport 2 (konsulternas journalgranskning) har man för denna enhet kollat på 158 diagnoser och 100% bedöms irrelevanta för de granskade dagarna. Genomgående har diagnosregistreringarna skett i notat med rubriken "verksamhetsuppföljning/kvalitetsuppföljning enligt verksamhetschef". Dessa registreringar har också skett på en lördag och en söndag. Den samlade bedömningen är att denna enhet har arbetat medvetet för en ökning av ACG.

Ulla visar några andra exempel från oidentifierade journaler samt en tabell över hur många som har fått de olika bedömningarna och hur många i egenregi/Närhälsan det är på de olika bedömningarna.

Det öppnas upp för diskussion.

Vårdgivarrepresentant: *Jag tror på ACG-systemet som ett sätt att fördela medel efter behov men det krävs uppföljning, håller med om slutsatserna. Tycker det borde vara fokus på ersättning, inte huruvida det är medvetet eller inte.*

Marie-Louise Gefvert: *Jag vill rikta mig till ägare och privata vårdgivare och framföra en ursäkt om förtroendet för vår verksamhet har blivit rubbat. Har läst rapporter som kommit in för Närhälsan och kan konstatera att det finns verksamheter som inte följer de riktlinjer som tagits fram. Kan också konstatera i den interna dialogen att det har funnits en*

underdiagnostisering sett till antalet, sett till alla besök. Kan konstatera att det finns verksamheter som har använt mindre lämpliga metoder men att andra har gjort det bra. Tycker det är bra att det görs uppföljning och att det borde vara fler uppföljningar. Närhälsan har inte fuskat eller försökt bedra ägare/vårdgrannar. Vi har uppmärksammat det här och haft uppe medicinska riktlinjer flera gånger. Vill till privata vårdgivare säga att det inte finns någon anledning till att jag skulle ha noterat att vi får ökade intäkter, ser man på medelvärdet har det ökat en hundradel under tre år. Men självklart delar jag uppfattningen att rätt och riktigt ska vara rätt och riktigt. Våra patienter kan läsa sina journaler på nätet och se sina diagnoser. Vi tar det här på största allvar. Vi har inte råd att ha medarbetare som gör dubbelarbete, att lägga arbetstid på fel saker. Många arbetar mycket under stress och man kan inte alltid göra rätt bedömning under arbetet. Vi är uppriktigt ledsna att förtroendet för vår verksamhet har rubbats.

Ulla: Vi har tittat på 30 vårdcentraler, vi vet inte hur det ser ut för de andra. Vi har också material för 2018 då vi ser att det efter dialogmöten har blivit bättre i vissa fall. Men vi måste gå vidare och titta på om det finns patientsäkerhetsfrågor i detta och i framtiden kommer medicinsk revision förhoppningsvis förekomma.

Vårdgivarrepresentant: *Jag tycker ACG-systemet är bra konstruktion och vill inte se det försvinna. Vill understryka att det är viktigt att det blir en verklig konsekvens för vårdgivarna, någonting måste hända. Finns säkert en del som har förlorat på detta, att enskilda enheter har känt av det. De exempel man ser är chockerande och tror att det kan ge patienter långtgående konsekvenser, som i försäkringsärenden. Understryker att den medicinska revisionen behöver vara ett levande dokument.*

Agneta Hamilton: *Vi från den privata sidan är tacksamma över att det blev en rapport. Vänder mig lite emot att snittet, medianvärdet inte har förändrats för Närhälsan, vilket är självklart då ni är en så stor vårdgivare, när man lägger ihop allt. ACG-systemet är ett intrikat system där diagnoser kategoriseras, och det blir därför mycket missuppfattningar kring det. Det är alltid möjligt att manipulera ekonomiska system och därför är det oerhört viktigt att det blir så lite manipulerbart som möjligt, och vi tycker att ACG-systemet är bra. Frågan är hur systemet ska förvaltas framöver och vad detta ska få för konsekvenser, det krävs någon form av rättvisa då andra påverkas av hur andra gör.*

Marie-Louise Gefvert: *Jag har ställt frågor om den ekonomiska skadan som skulle kunna vara, och har fått svar att man inte har utrett detta än. Håller med om att rätt ska vara rätt.*

Fråga: *Av 30 enheter var bara 3 enheter helt godkända – detta är bara 30 av 300, när börjas nästa granskning? Kommer ni granska resterande?*

Ulla: Vi har inte tittat på hur mycket pengar detta kan handla om, det oerhört komplext system och vi skulle behöva granska 4,9 miljoner anteckningar om man skulle granska de 30 enheterna helt och hållet. Kan inte svara ja eller nej angående en granskning av resterande. Vi kommer gå vidare, genom löpande uppföljning och tematiska granskningar, men vet inte hur det blir idag, vi kommer sätta oss och planera detta.

Jonas Andersson, ordförande i Hälso- och sjukvårdsstyrelsen: Jag tror att denna rapport kommer väcka ett stort medialt intresse, det känns tråkigt att det kommer rubba förtroendet för vårt vårdval. Vi, som systemägare, har anledning att vara självkritiska. Kanske upptäcktes 2017 års förändringar för sent. Väldigt mycket handlar om en kulturförändring och ledarskap,

tror att det blir den stora viktiga frågan. Hur ser våra signalsystem ut när vi ser att en vårdcentral förändras, det finns ofta rimliga förklaringar men vi behöver bli bättre på att hitta larmklockor som ringer tidigare och utbildningsfrågor, diagnosättning etc. Frågan om medicinsk risk har varit uppe, alla får nog förvänta sig att många patienter i regionen kommer söka upp sin journal, framförallt kopplat till de 29 enheterna. Finns de inte på 1177 kommer de vända sig till enheterna. Ett medskick till dessa enheter: ta inte betalt för patienter som hämtar ut journaler.

Vill att det ska finnas en proaktiv revisionsenhet, det är en viktig fråga. Vi pratar mycket om tillsynsstyrning, tycker det är något positivt, men gäller att de som verkar i systemet tar hand om den tilliten. Har sagt att vi ska göra en större översyn inklusive av ersättningssystemen inför 2021, jag delar uppfattningen om att ACG i grunden är bra men bygger på kultur för att det ska fungera. Jätteviktigt i kommande diskussion att ni vårdcentraler är med. Kommer fundera över eventuella sanktioner utifrån det vi har sett, inriktning är att HSS den 25 september kommer fatta beslut om eventuella sanktioner. Viktigt att vi i HSS får signaler från detta dialogforum om dessa är rimliga eller inte.

Fråga till Jonas: I VGR står vi inför omställning med nära vård och utökning av primärvård, från politisk håll, har ni en strategi för hur vi ska bibehålla våra invånares goda förtroende?

Jonas: Jag kommer nog få frågor kring rapporten och kommer uttala den besvikelse jag känner och prata om den framtiden som är på gång och vad vi vill, att stärka den nära vården. Jag har anledning att prata väldigt väl om primärvården, det är en fråga jag brinner för. Detta rubbar inte vår inriktning på att det är hitåt vi måste gå.

Agneta Hamilton: När man pratar om den ekonomiska aspekten tycker jag det är viktigt för omgivningen att det framgår att det inte har gått åt mer skattepengar, utan att de eventuellt har omfördelats orättvist. Även jätteviktigt att politiker har med sig kunskap om antal satta diagnoser och antal unika diagnoser. Det som ligger i ACG-systemet är att det räknar 15 månader tillbaka. Bakom detta finns en okunskap och en vilja att få mer pengar till vårdcentraler. Om den här omställningen ska få effekt krävs en ersättning som är tillräcklig för vårdcentralerna.

Pavel presenterar förslaget som kommer att läggas för ekonomisk kompensation. För de 22 enheter som har bedömts att medvetet eller möjligen medvetet ha påverkat sin ACG kollar man på ACG från 2016-2018. Man identifierar den lägsta ACG-nivån under dessa år, sänker ACG dit och sedan sänker man extra för snittet som det har höjts under perioden. Efter att ACG-nivån har sänkts fastställer man den under 20 månader, och de pengar som kommer in utifrån detta fördelas på resterande 177 vårdcentraler framåt i tiden. Efter 20 månader görs en ny journalgranskning. I förslaget finns en lägstanivå över hur vårdcentralerna ska påverkas. *Fråga: Efter att denna period är över kommer väl resterande enheter att påverkas, men detta blir då relativt litet?*

Hans: Omöjligt att säga hur det blir idag.

Agneta Hamilton: Hade man granskat alla 200 vårdcentraler hade vi fått en helt annan bild. Vi får inte låtsas som att denna uppgörelsen kompenserar, det är helt okänt för oss hur det hade varit om allt var korrekt. Kan inte kalla det ekonomisk kompensation. En vårdcentral som har gjort helt rätt och likadant kan ha fått mindre ersättning under denna tid.

Jonas Andersson: *Vi är fullt medvetna om att millimeterrättvisa aldrig kommer kunna skapas här, ur vårt politiska perspektiv känner vi att vi behöver göra någon form av sanktion. Tycker spontant att detta förslag är hyfsat rättvist, men vill lyssna in er.*

Vi satt i Primör igår och funderade, och tycker det är ett bra förslag. Men viktigare att se att det blir fortsatt granskning än att vi får tillfällig kompensation. Har ni funderat på att lägga dessa pengar på fortsatt granskning istället?

Det är politiken som bestämmer, Jonas tar med sig det.

Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2020, beslutssteg 2

Jonas informerar om beslutssteg 2: i juni när vi politiker fattade beslut blev det lite hastigt i en del delar, det förslag som förvaltningen gick till MBL med byggde på statsbidrag som har pratats om för god och nära vård, men vid beslutstillfället visste vi ingenting om statsbidraget. Vi kände därför inte att vi hade mandat att fördela dessa pengar. Det som har hänt efter är att det finns en överenskommelse mellan SKL och staten för 2019, för 2020 finns ingen överenskommelse än. Varken pengar eller inriktning på pengar finns. Det var fem frågor som vi flaggade för att vi skulle få återkomma till, före september månads utgång. Att fördubbla antal PTP-platser är en del, det behövde inte beslutas i juni och lever vidare. Det andra var funktionen vårdsamordnare psykisk hälsa, där man tidigare har fått stimulansmedel och det har varit en fråga om det ska skrivas in i Krav- och kvalitetsboken. Inriktning just nu är att vi fortsätter ha det som stimulansersättning utanför Krav- och kvalitetsboken, med stimulans för de vårdcentraler som har det och en förhoppning om att resterande vårdcentraler kommer med. Den tredje delen är beräkning av digitala vårdkontakter, att det ska jämföras med fysiskt besök och gälla för all legitimerad personal. Där saknade vi en konkret prislapp, beräknad kostnad för detta ligger på knappt 15 miljoner kr. Ingången är att ja det vore önskvärt. Den fjärde delen är den större generella uppräkningsen av ersättningen på 190 miljoner kronor. Det är mycket pengar och kräver att vi har statsbidraget. Min ambition är att vi räknar med att vi får detta statsbidrag och att det ska användas riktat mot primärvården. Ska vi bara lägga in denna summa eller ställer vi någon form utan motkrav? Vad skulle det vara i så fall? En politisk diskussion kring detta pågår. Kan vara att delar av det blir kravlöst och delar av det används för att stimulera utveckling eller annat. Jag kan inte ge besked om detta idag. Den sista delen är uppdraget kring mobila hemsjukvårdsläkare, som spelades in till oss från omställningen, det finns fler målgrupper som skulle må av att bra av liknande omhändertagande. Vi har bett om att få underlag, vad det skulle vara kravmässigt och ersättningsmässigt. Beslut kommer fattas 25 september på HSS möte.

Kaarina avslutar mötet.