Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-02-16

HSN 2018-0189

Handläggare:
Micael Svanström

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2018-04-10

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 9/2017 Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har översänt rapporten 9/2017 ”Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll” till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2018-02-16
Landstingsrevisorernas rapport 9/2017.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i utskottet för framtidens hälso- och sjukvård.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Landstingsrevisorernas slutsatser

Omställningen av sjukvården inom ramen för Framtidsplanen innebär förändringar gällande vilken vårdnivå patienter ska tas emot på, samt hur vården ska organiseras. Den nya strukturen kommer innebära att husläkarverksamheten får en förändrad roll och beskrivs som navet och koordinatorn i nätverkssjukvården. Revisionen har därför granskat planeringen och anpassningen av husläkarverksamhetens uppdrag i en förändrad vårdstruktur. Revisionens övergripande frågeställning har varit i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att husläkarverksamheten ges förutsättningar att bedriva en sammanhållen vård i enlighet med Framtidsplanen.

Sammanfattningsvis anser revisorerna att viktiga steg har tagits i riktning mot en sammanhållen vård. Men nämnden har trots det inte gett husläkarverksamheten tillräckliga förutsättningar och de anser att det finns ett antal centrala frågor som ännu är olösta.

Revisionen sammanfattar sin rapport genom nedanstående rekommendationer:

- Konkretisera husläkarverksamhetens samordnande och koordinerande roll, inte minst vid vårdövergångar.
- Tydliggöra närakuterna respektive husläkarverksamheten som olika vårdnivåer för att säkerställa att önskad omstyrning av vård kan ske
- Tydliggöra vilka IT-system eller lösningar som behövs för att husläkarverksamheten ska fungera som ett nav i sjukvårdssystemet på kort och lång sikt.

Förvaltningens synpunkter

Definition av samordnare och nav
Revisionen lyfter fram att husläkaravtalens skrivningar avseende sammanhållen vård successivt har utökats och från och med 2016 fastställs också att husläkarverksamheten ska vara patientens samordnare och lots i vården. Detta är något som ligger i linje med Framtidsplanen. Däremot efterfrågas en definition över vad det innebär att vara samordnare och lots. I samband med husläkarverksamhetens koordinerande uppstår även frågan hur omfattande avtalsstyrningen gällande arbetssätt vid vårdövergångar bör vara.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen instämmer i att det finns ett behov av att tydligare definiera innebörden i att vara samordnare och lots inom vården. När det gäller hur omfattande styrningen av arbetssätt vid vårdövergångar bör vara behöver potentiella fördelar med ökad styrning vägas mot eventuella nackdelar. En risk kan vara att en allt för detaljerad styrning minskar effektiviteten och begränsar flexibiliteten hos vårdgivarna, samtidigt som det inte bidrar till att uppnå önskade effekter i tillräckligt stor utsträckning. Förvaltningen har hittills strävat efter att ställa krav på vad som ska uppnås och överlåtit till vårdgivarna att bestämma hur utförandet ska genomföras. De riktlinjer som nu tagits fram avseende samverkan kring utskrivning från slutenvården är emellertid relativt detaljerade.

Yrkeskategorier och integration av vårdval
Revisionen ser positivt på husläkarverksamhetens nya möjligheter att anställa fler yrkeskategorier. Arbete med hur ytterligare specialiteter kan kopplas samman med husläkaruppdraget, samt hur befintliga vårdval eventuellt kan integreras i husläkaruppdraget, ligger också i linje med Framtidsplanens intentioner. Revisionen konstaterar dock att frågan ännu inte lösts trots att den varit aktuell i ett flertal år.

Förvaltningen har följt frågan och från och med 2018 finns möjlighet för vårdcentralerna att anställa alla legitimerade yrkesgrupper för att kunna fullgöra uppdraget, förvaltningen kommer att följa hur utvecklingen ser ut de kommande åren. Förvaltningen kommer också i samband med kommande revisioner av förfrågningsunderlag att länka samman olika vårdval där det är möjligt för att underlätta en bättre fungerande koordinering kring patienten. Arbetet med att se över hur befintliga vårdval eventuellt kan integreras i husläkaruppdraget pågår för närvarande via projekt på avdelningen för närsjukvård.

Ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna
Under 2018 införs närakuterna som en ny vårdnivå inom det akuta mottagandet. I samband med detta poängterar revisionen att en tydlig ansvarsfördelning är av stor vikt och anser att det finns en risk att närakuterna kan komma att ta hand om patienter med lättare åkommor. Något som skulle försvåra omstyrningen av patienter från akutsjukhusens akutmottagningar.

Revisionen har rätt i att det finns potentiellt en risk för detta. Patienter som bör vända sig till husläkarjourerna kan komma att vända sig till närakuterna istället. Vilket skulle kunna leda till att närakuterna får en högre belastning och därmed inte fullt ut kan avlasta sjukhusens akutmottagningar. Ett hänvisningsstöd har tagits fram, vilket nu kvalitetssäkras av Stockholms medicinska råd. Intentionen är att det ska tas i bruk så fort som möjligt. Hänvisningen från 1177 till vårdsökande behöver också förbättras. Men det är också viktigt att vara medveten om att det är en stor utmaning att till fullo styra patienter till korrekt vårdnivå

Aggregerad uppföljning
Utöver detta poängterar revisionen på behovet av en aggregerad uppföljning. Det finns i dagsläget inom varje avtal ett antal kvalitetsindikatorer som följs upp. Dessa sammanställs emellertid inte till en aggregerad analys. Revisionen anser att det finns ett behov av detta för att nämnden ska kunna utforma lämplig styrning av verksamheten.

Uppföljningen av kontinuitet och samordning lyfts också fram som ett utvecklingsområde.

Förvaltningen instämmer i revisionens slutsatser avseende behovet av en samlad uppföljning. Arbetet med uppföljning pågår löpande och förvaltningen tittar på hur denna kan förbättras för att bland annat skapa en mer ändamålsenlig och samlad uppföljning. Förvaltningen genomför nu en mer systematisk analys av tillgängligheten för att kunna bredare beskriva tillgängligheten samt urskilja utvecklingsområden.

Förbättrade informations- och stödsystem
Till sist lyfter revisionen fram behovet av mer ändamålsenliga informations- och stödsystem. De uppfattar det som att det finns ett stort avstånd mellan dagsläget och framtidsplanens målbild och att nämnden behöver göra en analys av vilka system som behövs för att husläkarverksamheterna ska kunna fungera som ett nav i framtidens hälso- och sjukvård.

Förvaltningen instämmer även i denna synpunkt från revisionen och anser att det är en viktig fråga. Arbetet med att ta fram ett nytt vårdinformationssystem bör påskyndas och under tiden kan det finnas ett behov av att korrigera befintliga system, i de fall bristerna är betydande.

Sammanfattning
Som tidigare framgått så instämmer förvaltningen i stort med de slutsatser som redovisas i rapporten. Revisionen pekar på ett flertal viktiga områden som behöver utvecklas framöver i arbetet med att anpassa husläkarverksamheten för framtidens hälso- och sjukvård. Förvaltningen behöver emellertid prioritera de resurser som den har till sitt förfogande. Husläkarverksamheten förstärks 2018 med 279 miljoner för att höja grundersättningen, stimulera till ökad tillgänglighet samt utöka antalet utbildningsplatser för specialister i allmän medicin. Visst arbete behöver också ske succesivt under längre tidsperspektiv i takt med att information och kunskap aggregeras. I detta arbete kommer förvaltningen att beakta de gjorda observationerna och följa de rekommendationer som ges av Landstingsrevisorerna.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

PROJEKTRAPPORT NR 9/2017

Navet i nätverkssjukvården

Husläkarverksamhetens roll

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

Landstingsfullmäktiges framtidsplan för hälso- och sjukvården beskriver husläkarverksamheten som nav, lots eller koordinator i nätverkssjukvården. Det är inte fastlagt hur detta ska realiseras. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör därför konkretisera vad den koordinerande rollen i praktiken ska innebära och hur husläkarmottagningarna ska styras och stödjas i denna utveckling. Husläkarmottagningarnas roll har kopplingar till både utformningen av vårdvalen, kommunikationen med slutenvården och kommunerna, gränssnittet mot närakuterna och de stödsystem som används för kommunikation mellan vårdgivare.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2018-01-25 RK 2017-0042

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 9/2017
Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2018-01-25 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2018-04-13.

Revisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att ge husläkarverksamheten förutsättningar att bedriva vård i enlighet med Framtidsplanen, då ett antal centrala frågor ännu är olösta. Husläkarverksamheten beskrivs som nav eller lots i nätverkssjukvården, men vad detta i praktiken innebär har inte konkretiserats och det är otydligt i vilken utsträckning avtalen avseende husläkarverksamheten ska styra verksamheternas arbetssätt vid vårdövergångar. Enligt Framtidsplanen bör husläkarverksamhetens knyta till sig andra kompetenser, men hur detta ska genomföras är ännu olöst. Vidare behövs en analys av vilka it-lösningar som är centrala för att husläkarverksamheten ska kunna fungera som nav i sjukvården genomföras.

Samtidigt står husläkarverksamheten inför förändringar, dels förändras uppdraget genom den planerade kommunaliseringen av hemsjukvården och implementeringen av den nya lagen om utskrivning, dels förändras vårdutbudet genom införandet av nya vårdval och nya nivåer i det akuta omhändertagandet. Revisorerna ser även en risk för att närakuterna tar hand om patienter som bör tas omhand av husläkarverksamheten, vilket kan försvåra omstyrningen av patienter från akutsjukhusens akutmottagningar.

Revisorerna vill till hälso- och sjukvårdsnämnden särskilt framhålla vikten av att, utifrån en samlad analys av de förändringar som husläkarverksamheten står inför, konkretisera husläkarverksamhetens roll som samordnare och lots, för att ge vårdgivare förutsättningar att bedriva sammanhållen vård i enlighet med Framtidsplanen. Vidare behöver nämnden dels tydliggöra närakuterna respektive husläkarverksamheten som olika vårdnivåer för att säkerställa att omstyrning av vård kan ske, dels tydliggöra vilka it-system eller lösningar som behövs för att husläkarverksamheten ska kunna fungera som nav i sjukvårdssystemet på kort och lång sikt.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 4

2 Utgångspunkter för granskningen 6
2.1 Motiv till granskningen 6
2.2 Revisionsfråga 6
2.3 Avgränsning 7
2.4 Bedömningsgrunder 7
2.5 Metod 7

3 Sammanhållen vård genom avtal och ersättningssystem 8
3.1 Sammanhållen vård enligt uppdragsbeskrivningen 8
3.2 Koncept för integrerad vård 8
3.3 Andra insatser för sammanhållen vård 9
3.4 Ersättningsmodellen 10
3.5 Bedömning 13

4 Husläkarverksamhetens uppdrag i förhållande till vårdstrukturen 14
4.1 Uppdragets omfattning enligt uppdragsbeskrivningen 14
4.2 Kommunalisering av den basala hemsjukvården 14
4.3 Husläkarverksamhetens tillgång till andra kompetenser 14
4.4 Andra vårdvals påverkan på vårdval husläkarverksamhet 15
4.5 Ett förändrat akut mottagande 16
4.6 Bedömning 17

5 Informations- och stödsystem 18
5.1 Utbudstjänst SLL 18
5.2 Viss.nu 19
5.3 Webcare 20
5.4 Framtidens vårdinformationsmiljö 21
5.5 Bedömning 21

6 Uppföljning 22
6.1 Uppföljning av husläkaravtalet 22
6.2 Hälso- och sjukvårdsförvaltningens övergripande uppföljning av kontinuitet och samordning 22
6.3 Bedömning 23

1 Slutsatser och rekommendationer

Omställningen av sjukvården inom ramen för Framtidsplanen innebär förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot och hur vården ska organiseras. Husläkarverksamheten beskrivs som nav, lots eller koordinator i nätverkssjukvården. Denna granskning har syftat till att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden ger husläkarverksamheten förutsättningar att bedriva en sammanhållen vård i enlighet med Framtidsplanen. Även om steg tagits i riktning mot en sammanhållen vård bedömer revisionen att nämnden inte har gett husläkarverksamheten tillräckliga förutsättningar och att det finns ett antal centrala frågor som ännu är olösta.

Husläkarverksamheten styrs i stor utsträckning genom de vårdvalsavtal som hälso- och sjukvårdsnämnden tecknar med vårdgivarna. Husläkaravtalens skrivningar om sammanhållen vård har successivt utökats och från 2016 specificeras att husläkarverksamheten ska vara patientens samordnare och lots i vården. Revisionen bedömer att detta ligger i linje med intentionerna i Framtidsplanen. Vad samordnare och lots innebär har dock inte definierats. Revisionen uppfattar att det är otydligt i vilken utsträckning avtalen avseende husläkarverksamheten ska styra verksamheternas arbetssätt. Framförallt framstår frågan om arbetssätt vid vårdövergångar som central i en koordinerande roll. Revisionen menar därför att hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta ställning till hur omfattande styrningen av husläkarverksamheternas arbetssätt vid vårdövergångar behöver vara.

Under 2016 och 2017 har större förändringar gjorts av ersättningsmodellen för husläkarverksamheten i syfte att ge förutsättningar att prioritera vårdtunga patienter. Det är positivt att den genomförda förändringen har utvärderats, men revisionen bedömer att utvärderingen inte visar om vårdtunga patienter har prioriterats och om kontinuiteten förbättrats. Revisionen har pekat på behovet av att utvärdera effekter av ersättningsmodellerna i tidigare granskningar och ett flertal rekommendationer om detta bedöms kvarstå.

Revisionen bedömer att husläkarverksamhetens nya möjlighet att anställa fler yrkeskategorier och hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med hur ytterligare specialiteter kan knytas till husläkaruppdraget är steg i riktning mot Framtidsplanens intentioner. Samtidigt konstaterar revisionen att nämndens ansvar för frågan hur husläkarverksamheten ska knyta till sig annan kompetens har varit aktuell under ett flertal år men ännu inte är löst. Om diskussionerna om att integrera befintliga vårdval eller andra näraliggande uppdrag i husläkaruppdraget tidsmässigt kopplas till kommunaliseringen av hemsjukvården 2020 kommer frågan om hur detta ska lösas att skjutas ytterligare framåt i tiden.

Eftersom husläkarverksamheten har ett brett uppdrag, har den gränssnitt mot i princip samtlig övrig vård och påverkas därför av förändringar i omkringliggande vårdval. Revisionen menar därför att det är angeläget att beroenden mellan olika vårdval alltid analyseras vid förändringar och att det finns utrymme för förbättringar av rutiner för detta vid revidering och nyutveckling av vårdval. Revisionen har i tidigare

granskningar pekat på behovet av att göra riskanalyser för att undvika oönskade sidoeffekter vid förändringar i vårdval och rekommendationer om detta bedöms kvarstå.

Under 2018 införs närakuter som en ny vårdnivå i det akuta mottagandet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har själv påtalat vikten av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan vårdnivåerna. Ett arbete med att skapa hänvisningsrutiner pågår. Revisionen ser dock en risk för att närakuterna tar hand om patienter med lättare åkommor, vilket riskerar försvåra omstyrningen av patienter från akutsjukhusens akutmottagningar.

Revisionen anser att den samlade avtalsuppföljningen av husläkarverksamheten bör stärkas. För varje avtal finns ett antal kvalitetsindikatorer som följs upp, men dessa aggregeras inte för samlad analys. För att nämnden ska kunna utforma styrning och incitament menar revisionen att en samlad bild av husläkarverksamhetens utveckling behövs. Vidare bedömer revisionen att uppföljningen av kontinuitet och samordning behöver utvecklas. Revisionen har i tidigare granskningar pekat på behovet av att stärka uppföljningen både avseende samlad avtalsuppföljning och av hur vården fungerar i gränssnitten mellan vårdgivare. Rekommendationer om detta bedöms kvarstå.

Revisionen uppfattar att det finns ett relativt stort avstånd mellan dagens läge och Framtidsplanens målbild vad gäller informations- och stödsystem. Enligt revisionens bedömning behöver nämnden göra en analys av vilka system eller lösningar som är centrala för att husläkarverksamheten ska kunna fungera som nav i framtidens hälso- och sjukvård. Revisionen menar också att det är väsentligt att fokus även läggs på underhåll av befintliga system parallellt med att ett nytt vårdinformationssystem tas fram. Inte minst eftersom det handlar om flera år innan det nya systemet är implementerat.

Husläkarverksamhetens roll som lots och samordnare i hälso- och sjukvården är inte tydligt konkretiserad i Framtidsplanen samtidigt som uppdraget kommer att förändras de närmsta åren genom den planerade kommunaliseringen av den basala hemsjukvården. Revisionens samlade bedömning är därför att hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån en samlad analys av de förändringar som husläkarverksamheten står inför, behöver konkretisera husläkarverksamhetens roll som samordnare och lots, för att ge vårdgivare förutsättningar att bedriva en sammanhållen vård i enlighet med Framtidsplanen.

Rekommendationer:

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör

- konkretisera husläkarverksamhetens samordnande och koordinerande roll, inte minst vid vårdövergångar
- tydliggöra närakuterna resp. husläkarverksamheten som olika vårdnivåer för att säkerställa att omstyrning av vård kan ske
- tydliggöra vilka it-system eller lösningar som behövs för att husläkarverksamheten ska kunna fungera som nav i sjukvårdssystemet på kort och lång sikt.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Omställningen av sjukvården inom ramen för Framtidsplanen innebär förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot och hur vården ska organiseras. I Framtidsplanen beskrivs en struktur för sjukvården med primärvården som första linjens vård samtidigt som den somatiska specialistvården utanför akutsjukhusen utökas, framför allt genom en ökning av antalet vårdval. Av planen framgår vidare att sjukvårdens utveckling i denna riktning medför behov av att stärka primärvårdens uppdrag, i synnerhet husläkarverksamheternas roll som första linjens hälso- och sjukvård för patienter med stora behov av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet.

Ett omfattande vårdutbud innebär ökade valmöjligheter samtidigt som fler gränssnitt mellan vårdgivare och -nivåer medför risker vad gäller att tillgodose patientens behov av kontinuitet och samordning av vården. För att hantera risken krävs samverkan mellan vårdgivare samt kvalitetssäkrad information om vårdutbudet och om olika vårdnivåers ansvar. Av förstudien till denna granskning framgick att det finns otydligheter runt vad samverkan mellan vårdgivare konkret innebär och hur denna ska komma till stånd. Vidare framkom att det finns kvarstående utvecklingsbehov för att säkerställa att informationen om vårdutbudet i landstingets system är uppdaterad, lättillgänglig och kvalitetssäkrad. Samma sak gäller stödsystemen för gränssnitten mellan vårdnivåer. Det framkom även att hälso- och sjukvårdsnämndens uppföljning i liten utsträckning fångar upp kontinuitet och samordning i sjukvården.

I Framtidsplanen lyfts starkare kopplingar mellan husläkarmottagningarna och specialistvården fram som ett sätt att stärka husläkarmottagningarnas roll som första linjens vård. I förstudien framkom att utvecklingen av husläkarverksamheten mot ett närmare samarbete med specialistvården inte har fortskridit som planerat. Risk finns att husläkarverksamhetens struktur och organisation inte i tid anpassas till den förändrade vårdstrukturen och att ansvar, gränssnitt och roller inte är tydliga. Detta kan leda till att patienter inte får den vård de behöver och att primärvården inte klarar sitt uppdrag.

Revisionen har därför granskat planeringen och anpassningen av husläkarverksamhetens uppdrag i en förändrad vårdstruktur.

2.2 Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga:
Säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden att husläkarverksamheten ges förutsättningar att bedriva en sammanhållen vård i enlighet med Framtidsplanen?

Delfrågor:

- Hur utformas avtal och ersättningssystem så att de stödjer husläkarverksamhetens uppdrag att verka för en sammanhållen vård för patienten?
- Hur säkerställs att husläkarverksamhetens uppdrag anpassas till den förändrade vårdstrukturen?

- Hur bedrivs utvecklingen av informations- och stödsystem för att möjliggöra för vårdgivare inom husläkarverksamheten att bedriva sammanhållen vård?
- Hur säkerställs uppföljning av kontinuitet och samordning i gränssnittet mellan husläkarverksamhet och övriga vårdgivare?

2.3 Avgränsning

Granskningens fokus är hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för sjukvårdens planering, styrning och uppföljning. Framtidsplanens skrivningar om primärvård berör i första hand husläkarverksamheternas organisation och uppdrag, varför denna granskning avgränsas till husläkarverksamheten. Remissflödet har granskats tidigare under året (rapport 1/2017) och kommer därför inte att granskas särskilt i detta projekt.

2.4 Bedömningsgrunder

Följande bedömningsgrunder har använts:

- Patientlag 6 kap. 1 § Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- Framtidsplan för hälso- och sjukvården – steg 3 (LS 1409-1068): Utveckla husläkarverksamheternas uppdrag och avtal så att de tidigt identifierar risker, blir koordinatorer och lotsar för äldre och patienter med stora vårdbehov enligt koncept för integrerad vård.
- Framtidsplan för hälso- och sjukvården – steg 2 (LS 1304-0527): I utvecklingen av husläkaruppdraget ska rollen som första linjens hälso- och sjukvård stärkas […]. Rollen som koordinator i nätverkssjukvården tydliggörs, särskilt gällande patienter med stora behov av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet. […] Ett sätt att stärka husläkarverksamheterna är att de knyter till sig andra specialistkompetenser än de som idag ingår i husläkaruppdraget […].
- Stockholms läns landsting, mål och budget 2014, att-sats nr 60 (LS 1301–0040): … att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utreda förutsättningarna för ett utökat uppdrag för husläkarverksamheterna som redovisas i Framtidsplanen andra steget.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente, vilket stadgar att nämnden ansvarar för att planera och följa upp befolkningens sjukvårdsbehov.

2.5 Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Intervjuer har genomförts med anställda vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Dokumentstudierna omfattar bland annat beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden och förfrågningsunderlag för husläkarverksamheten.

Projektet har genomförts av projektledare Anna Ullsten och Ylva Westander.

3 Sammanhållen vård genom avtal och ersättningssystem

3.1 Sammanhållen vård enligt uppdragsbeskrivningen

Revisionen har gjort en genomgång av uppdragsbeskrivningen i förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård 2010–2018. Av förfrågningsunderlagen har det under hela perioden framgått att vårdgivaren ska bidra till samverkan, säkerställa att vårdkedjan är så sammanhängande som möjligt, delta i vårdplanering samt följa samverkansöverenskommelser. Vidare har det under hela perioden ingått i husläkarverksamhetens uppdrag att vid behov hjälpa patienten vidare till rätt instans i hälso- och sjukvården eller rätt huvudman/myndighet och aktivt bidra till samordning av dessa. Vissa av formuleringarna återfinns i förfrågningsunderlag för flera vårdval.

Från och med 2016 finns det specificerat i förfrågningsunderlaget att uppdraget omfattar att vara patientens samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården och att arbetssättet ska präglas av att underlätta och stödja patienten genom vården och korta eventuella väntetider.

Sedan 2017 inleds uppdragsbeskrivningen i förfrågningsunderlaget med en generell beskrivning av nätverkssjukvården, där det bland annat framgår att den bärande idén i nätverkssjukvården är att olika vårdgivare samarbetar i en sammanhållen vårdprocess och att nätverkssjukvården ska präglas av väl fungerande arbetsflöden.

Det har under hela perioden ingått i husläkarverksamhetens uppdrag att prioritera äldre med stora vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter till fasta och kontinuerliga vårdkontakter. Från och med 2018 finns även specificerat i förfrågningsunderlaget att vårdgivaren ska prioritera dessa patienter till fasta läkarkontakter genom listning på enskild läkare.

Av tjänsteutlåtandet till förslag om förfrågningsunderlag för 2018 framgår att förvaltningen planerar att under 2018 utreda i vilka situationer husläkarmottagningar kan ges rätt att hänvisa patienter till den husläkarmottagning där patienten är listad, såvida patienten inte är i behov av akut vård. Detta för att förbättra kontinuiteten i vårdkontakterna. Förvaltningen planerar också enligt intervjuade att förfrågningsunderlaget ska innehålla ekonomiska incitament för att stimulera kontinuitet i läkarkontakterna. Detta förutsätter dock att tillförlitliga sätt att mäta och följa upp kontinuitet utvecklas (se avsnitt 6.1).

3.2 Koncept för integrerad vård

I Framtidsplanen beskrivs husläkarmottagningarna roll som koordinatorer i nätverkssjukvården, särskilt för patienter med stora behov av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet. Vidare ska husläkarmottagningarna tidigt identifierar risker och vara lotsar för äldre och patienter med stora vårdbehov enligt koncept för integrerad vård.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte har konkretiserat vad Framtidsplanens skrivningar om husläkarverksamhetens roll som koordinator och lots innebär. Förvaltningen har tidigare försökt att definiera sammanhållen vård, eller nätverkssjukvård, men detta arbete resulterade inte i en beskrivning eller ett koncept för integrerad vård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inledde under våren 2017 ett arbete med att se över hur husläkarverksamheten kan stärkas i sin roll, främst med avseende på hur uppdraget kan breddas (se avsnitt 4.3).

I granskningen framkommer vidare att förvaltningens diskussioner om Framtidsplanens genomförande i första hand har rört överlämnandet av vård – dvs. vilken vård som ska föras ut från akutsjukhusen – och endast i liten utsträckning rört mottagandet av patienter inom husläkarverksamheten.

3.3 Andra insatser för sammanhållen vård

3.3.1 Gemensamma arbetssätt för bättre vårdövergångar

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetade under 2014–2016 med projektet sammanhållen vård genom enhetligt arbetssätt (SVEA). Målet med projektet var att ta fram arbetssätt för sammanhållen vård i syfte att minska oplanerad vård av äldre. Projektet fokuserade framför allt på arbetssätt vid vårdövergångar mellan sluten- och öppenvård, uppföljning och e-hälsa. Samtliga arbetssätt som togs fram inom ramen för SVEA är frivilliga att använda sig av och förvaltningen har valt att inte inkludera dessa i avtalen med vårdgivarna. I arbetet med SVEA togs ett antal indikatorer för sammanhållen vård fram, vilka ingår i uppföljningen av husläkarverksamhetens avtal (se avsnitt 6.1).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen deltar i ett utvecklingsarbete inom landstinget gällande patientprocesser. Projektet syftar till att utveckla arbetssätt för sammanhållna processer utifrån patientens perspektiv. Uppdraget är beslutat av direktörsgruppen[1]. Bakgrunden till projektet är utvecklingen av nätverkssjukvården inom ramen för Framtidsplanen.

3.3.2 Ny lag om utskrivning

Den 1 januari 2018 trädde den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft och ersatte lagen om kommunernas betalningsansvar i samband med utskrivning från slutenvård. Den nya lagen innebär att den landstingsfinansierade öppna vården blir huvudansvarig för samordning av processen vid utskrivning. Merparten av ansvaret kommer sannolikt att tillfalla husläkarverksamheten.

Enligt den nya lagen ska landsting och kommuner fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan och betalningsansvar. Storsthlm[2] och hälso- och sjukvårdsförvalt-

[1] Direktörsgruppen leds av landstingsdirektören. Övriga ledamöter är hälso- och sjukvårdsdirektören, vice vd för Landstingsstyrelsens ägarutskott (LISAB), sjukhusdirektörerna för landstingets akutsjukhus samt SLSO, vd för Folktandvården, Forskningsdirektör och Utvecklingsdirektör i SLL samt direktör för Strategiskt IT.
[2] Tidigare kommunförbundet i Stockholms län

ningen har tillsammans arbetat fram en tillfällig regional överenskommelse för perioden 2018–2019, vilken antogs av hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2017. Ett förslag till långsiktig överenskommelse ska tas fram till sommaren 2018. Att överenskommelsen är tillfällig beror bland annat på att detaljerade riktlinjer och rutiner inte kan tas fram innan avgränsningen för kommunaliseringen av den basala hemsjukvården har lagts fast av fullmäktige i kommunerna och landstinget. Den basala hemsjukvården ingår idag i husläkarverksamheten men ska enligt plan föras över till kommunerna 2020 (se avsnitt 4.2). Utöver detta finns oklarheter avseende informationssystem mellan landstinget och kommunen samt hur dessa ska fungera ihop med framtidens vårdinformationsmiljö (se avsnitt 5.4).

Arbetet med att ta fram riktlinjer och rutiner för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård påbörjades under hösten 2017. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens målsättning är att erfarenheter från SVEA (se avsnitt 3.3.1) ska tas tillvara och att rutinerna ska lägga fast hur vårdgivarna ska arbeta. Att de nya riktlinjerna och rutinerna ska följas kommer att framgå av förfrågningsunderlaget, tidigast från 2019.

Enligt den nya lagen om utskrivning är den landstingsfinansierade öppenvården ansvarig för att utse en fast vårdkontakt för patienten innan patienten skrivs ut från slutenvården. Vid tidpunkten för granskningen var det inte klarlagt hur detta ska implementeras med avseende på vilken aktör inom öppenvården som ska utse fast vårdkontakt, hur detta ska registreras och vilken fast vårdkontakt som ska kontaktas av slutenvården i de fall en patient har flera fasta vårdkontakter.

3.4 Ersättningsmodellen

3.4.1 Utveckling av ersättningsmodellen för husläkarmottagningarna

Huvudinriktningen inom Framtidsplanen är att vård ska flyttas ut och hanteras på lägsta effektiva omhändertagandenivå, vilket medför att fler vårdtunga patienter kommer att omhändertas inom husläkarverksamheten.

Den ersättningsmodell som infördes för husläkarmottagningarna i samband med vårdvalet 2008 var utformad med en högre andel besöks- och åtgärdsrelaterad ersättning (ca 60 procent), och en lägre andel listningsersättning (ca 40 procent). Efter modellens införande ökade läkarbesöken vid husläkarverksamheten. Kritik har riktats mot ersättningsmodellen för att den bidragit till att husläkarverksamheten har fokuserat på att producera läkarbesök, vilket lett till att lättare sjuka fått för hög prioritet i förhållande till mer vårdtunga patienter.

Mot bakgrund av detta fattade hälso- och sjukvårdsnämnden 2015[3] beslut om att justera ersättningsmodellen på så sätt att andelen besöks- och åtgärdsrelaterad ersättning reducerades (ca 40 procent) medan listningsersättningen höjdes (ca 60 procent)

[3] HSN 2015-09-29, Dnr. HSN 1506-0745

i förfrågningsunderlaget för 2016. Listningsersättningen justerades till 20 procent utifrån socioekonomiska faktorer[4]. Inriktningen kvarstod 2017, men ersättningssystemet förändrades ytterligare genom att listningsersättningen justerades till 20 procent utifrån vårdtyngd[5]. Syftet var att ge husläkarmottagningarna ytterligare förutsättningar att prioritera kroniskt sjuka och vårdtunga patienter. I revideringen av förfrågningsunderlaget för 2018 kvarstår fördelningen mellan listningsersättning och besöks- och åtgärdsersättningen, men vårdtyngdsersättningen höjs från 20 till 40 procent.

En första utvärdering av den förändradring av ersättningsmodellen som infördes 2016 presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden under våren 2017. Utvärderingen visade att antalet läkarbesök minskat medan antalet besök hos sjuksköterska ökat. Ökningen av antalet sjuksköterskebesök motsvarade inte minskningen av antalet läkarbesök, vilket innebär att det totala antalet besök minskat. Detta gällde för samtliga åldersgrupper med undantag för patienter som är 85 år eller äldre. Vidare visade utvärderingen att andelen läkarbesök minskat inom husläkarverksamheten samtidigt som läkarbesöken ökat i vårdgrenarna övrig primärvård, specialiserad öppenvård, och akutmottagningar. Detta gällde även för personer med kronisk sjukdom. Samverkan mellan husläkarmottagningar och andra former av vård hade inte påverkats av den förändrade ersättningsmodellen. I underlagen inför beslut om revideringen av förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet inför 2018 konstaterades att de dittills genomförda förändringarna i ersättningsmodellen hade resulterat i en resursöverföring till husläkarmottagningar med en högre andel vårdkrävande patienter.

Målrelaterad ersättning/vite ges till husläkarmottagningarna för deras listade patienters besök i annan öppenvård. Högre andel besök hos den egna mottagningen premieras.[6] Vårdgivarna får också åtgärdsersättning för samverkan med andra vård- och omsorgsgivare i enskilda patientfrågor samt ersättning för samverkan med kommun, som inte kan hänföras till enskild patient. Denna parameter följs dock inte upp. Ersättning för deltagande i samordnad individuell plan ges. I förfrågningsunderlag för 2018 infördes även en ny ersättning för samordnad individuell planering i enlighet med den nya lagen om utskrivning och en ersättning för videobesök. Vidare infördes ersättning för besök som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis fysioterapeut, dietist och apotekare, i syfte att stödja inriktningen mot ett bredare uppdrag för husläkarverksamheten och en mer utvecklad samverkan med andra vårdgivare.

Kroninnovation

En alternativ ersättningsmodell har testats av fyra husläkarmottagningar i projektet Kroninnovation under 2016 och 2017.

[4] Socioekonomiska faktorer mäts med Care Need Index, som bl.a. inkluderar ålder, civilstånd, utlandsfödd, arbetslöshet, utbildningsnivå.
[5] Vårdtyngd mäts med Adjusted Clinical Groups som inkluderar diagnos, kön och ålder.
[6] Kvalitetsrelaterad ersättning ges för upp till 2,2 besök. Vite ges vid 2,6 besök eller högre.

I Kroninnovation var en högre andel av ersättningen (ca 70 procent) listningsersättning och en lägre andel besöksersättning (ca 30 procent). Listningsersättningen viktades efter vårdbehov[7] och socioekonomiska faktorer[8] så att patienter med förväntat stort vårdbehov fick högre ersättning. Samma besöksersättning utgick för sjuksköterske- och läkarbesök[9] samt för besök via videolänk och fysiska besök.

Arbetet utvärderades under försöksperioden av forskare från Karolinska Institutet. En första utvärdering av Kroninnovation[10] visade att de deltagande vårdgivarna främst upplevde att förändringen i ersättningen ledde till minskad press att öka antalet läkarbesök. En slutsats av utvärderingen var därför att det behövs mer än förändringar i ersättningssystemet för att främja nya arbetssätt. Bland annat behöver vårdgivarna enligt utvärderingen återkoppling som visar hur väl de uppnår målen med att utforma verksamheten efter patienternas behov och effektivisera resursanvändningen. Utvärderarna föreslog att detta borde ingå i avtalsuppföljningen. Utvärderingen gjordes tre till åtta månader efter införandet av den nya ersättningsmodellen, vilket enligt utvärderingen är för kort tid för att kunna fånga alla potentiella effekter. Den slutgiltiga utvärderingen av projektet hade i december 2017 ännu inte publicerats. De mottagningar som deltog i projektet kommer även att få använda sig av ersättningsmodellen under 2018.

3.4.2 Kostnadsansvaret i ersättningsmodellerna

Den som utför en undersökning på en patient står i regel för kostnaderna för denna undersökning. Remittering av patienter kan därför innebära att kostnader för undersökningar förs över till nästa led i vårdkedjan. I granskningen framkommer att det finns en risk för att specialistvården återremitterar patienter till husläkarmottagningarna i syfte att låta dem stå för kostnader för avancerad medicinsk service. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte utrett om sådana övervältringseffekter finns mellan remittenter.

Husläkarverksamhetens kostnader för avancerad medicinsk service har enligt uppgift ökat kraftigt under senare år, men detta måste sättas i relation till specialistverksamheternas kostnader för medicinsk service. I takt med att specialistvården blir allt mer avancerad kan det ha skett en förskjutning av undersökningar, som tidigare ansågs höra till specialistvården, till husläkarmottagningarna.

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens budget för 2017 behöver graden av kostnadsansvar för medicinsk service harmoniseras mellan olika vårdnivåer och -verksamheter i syfte att undvika övervältringseffekter och reducera risken för överutnyttjande av medicinsk service, hjälpmedel och läkemedel. Hälso- och sjukvårdsnämnden fattade i juni 2017 beslut om att fastställa principer för kostnadsansvar. Utgångspunkten för dessa var bland annat ett decentraliserat kostnadsansvar i syfte att koppla det ekonomiska ansvaret till det verksamhetsmässiga ansvaret, och enhetlighet mellan

[7] Vårdtyngd mäts med Adjusted Clinical Groups som inkluderar diagnos, kön och ålder.
[8] Socioekonomiska faktorer mäts med Care Need Index, som bl.a. inkluderar ålder, civilstånd, utlandsfödd, arbetslöshet, utbildningsnivå.
[9] Med undantag för psykosociala besök och hembesök.
[10] Mazzocato et al. KRONINNOVATION, Forskningsbaserad utveckling och implementering av ett nytt ersättningssystem för primärvården.

vårdgrenar i syfte att stimulera till helhetsansvar för patienten och motverka övervältring av kostnader.

3.5 Bedömning

Revisionen konstaterar att det fortfarande inte är fastlagt hur Framtidsplanens skrivningar om husläkarverksamheten som koordinator i vårdsystemet ska realiseras. En konkretisering av vad integrerad vård och husläkarverksamheten som lots och koordinator innebär har inte kommit till stånd.

Av avtalet för vårdval husläkarverksamhet framgår att husläkarverksamheten ska prioritera äldre och kroniskt sjuka. Skrivningarna om sammanhållen vård i avtalen har utökats och den koordinerande och sammanhållande rollen har lyfts fram. Revisionen bedömer att denna utveckling ligger i linje med intentionerna i Framtidsplanen.

Eftersom Framtidsplanen beskriver husläkarverksamheten som en koordinator i vården framstår frågan om arbetssätt vid vårdövergångar som central. Revisionen uppfattar att hälso- och sjukvårdsnämnden inte tagit principiell ställning till i vilken grad avtalen om husläkarverksamhet ska styra detta. Implementeringen av den nya lagen om utskrivning innebär ett steg i riktning mot att specificera arbetssätt i vårdövergångar genom hänvisningar i avtalen. Resultatet av förvaltningens arbete avseende vårdövergångar (SVEA) har däremot inte inkluderats i avtalen. Revisionen uppfattar inte heller att det finns en tydlig plan för att inkludera resultatet av arbetet med patientprocesser i avtalen. Mot bakgrund av detta menar revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta ställning till i vilken utsträckning husläkaravtalen ska omfatta arbetssätt vid vårdövergångar.

Under 2016–2017 har större förändringar gjorts av ersättningsmodellen för husläkarverksamheten i syfte att ge förutsättningar att prioritera vårdtunga patienter. Det är positivt att den genomförda förändringen har utvärderats, men revisionen bedömer att utvärderingen inte visar om vårdtunga patienter har prioriterats och fått en mer sammanhållen vård. Därmed behövs ytterligare utvärdering av ersättningsmodellen, som tydligare svarar på frågan om den förändrade ersättningsmodellen har lett till att den aktuella patientgruppen har prioriterats och om kontinuiteten förbättrats. Revisionen har pekat på behovet av att utvärdera effekter av ersättningsmodellerna i tidigare granskningar och ett flertal rekommendationer om detta bedöms kvarstå.

För att undvika övervältringseffekter och reducera risken för överutnyttjande av medicinsk service, hjälpmedel och läkemedel har hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om principer för kostnadsansvar, vilket revisionen ser positivt på. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör följa upp förändringen för att säkerställa att den får avsedd effekt.

4 Husläkarverksamhetens uppdrag i förhållande till vårdstrukturen

4.1 Uppdragets omfattning enligt uppdragsbeskrivningen

Enligt Framtidsplanen ska husläkarverksamhetens uppdrag – att vara första linjens vård – inte förändras, utan stärkas. Vårdgivaren ska enligt förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsningar för fysiska och psykiska sjukdomar inklusive beroende, ålder eller patientgrupper. Insatserna ska inte kräva sjukhusens eller andra specialisters medicinska eller tekniska resurser, annan särskild kompetens eller täckas av annan huvudmans ansvar.

Enligt förfrågningsunderlaget ska verksamheten omfatta mottagningsverksamhet, inklusive hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt rådgivning och hembesök, basal hemsjukvård, psykosociala insatser och närakut/husläkarjour samt smittskydds- och stramaverksamhet[11]. Det sistnämnda infördes 2015, övriga delar av uppdraget har funnits med i förfrågningsunderlaget sedan vårdvalet för husläkarverksamheten infördes 2008.

4.2 Kommunalisering av den basala hemsjukvården

Efter beslut i landstingsfullmäktige har hälso- och sjukvårdsnämnden fått i uppdrag att i samarbete med Storsthlm under hösten 2017, utarbeta ett förslag till vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som ska överföras från landstinget till kommunerna. Inriktningen är att kommunerna i länet ska överta ansvaret för den basala hemsjukvården från år 2020. Landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige i respektive kommun ska enligt tidplanen fatta beslut om ett avtal om detta senast våren 2018.

Kommunaliseringen av den basala hemsjukvården innebär att husläkarverksamhetens uppdrag minskar. Hur stor påverkan kommunaliseringen får på husläkarverksamheten kommer att variera mellan olika vårdgivare, beroende på hur många hemsjukvårdspatienter vårdgivaren har.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan inte landstinget överlåta ansvaret för läkarinsatser på annan aktör. Diskussioner pågår fortfarande (i januari 2018) om hur de kvarvarande läkarinsatserna ska organiseras och om de fortsatt ska vara en del av vårdvalet för husläkarverksamhet eller inte.

4.3 Husläkarverksamhetens tillgång till andra kompetenser

I Framtidsplanen beskrivs att ett sätt att stärka husläkarverksamheterna är att låta dem knyta till sig fler specialistkompetenser. I början av 2014 fastställde styrgruppen för framtidens hälso- och sjukvård direktiv till projektet Utveckla husläkarverksamhetens uppdrag[12] som styrgruppen gav hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag

[11] Samverkan mot antibiotikaresistens
[12] Dnr. HSN 1411-1491-3

ett genomföra. Uppdraget bestod av flera delprojekt, varav ett var att öka husläkarverksamhetens helhetsansvar för listade patienter genom tillgång till fler specialistkompetenser. Delprojektet genomfördes inte och återrapporterades inte till styrgruppen.

I september 2016 gav nämnden hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att utreda förutsättningarna för att i husläkaruppdraget integrera hela eller delar av befintliga vårdval, eller andra uppdrag i andra avtalsformer, med nära verksamhetsmässig koppling till primärvården och vårdval husläkarverksamhet. Syftet med integreringen har varit att stärka husläkarens roll och ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet och därmed stärka patienters inflytande över sin vård. I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat ett arbete med att se över vilka vårdval eller andra uppdrag som kan vara aktuella att knyta närmare husläkarverksamheten och hur detta skulle påverka de vårdval eller andra uppdrag som berörs.

Vidare framkommer att det pågår diskussioner om vad ”integrera” innebär. Det kan innebära att andra vårdval ska upplösas för att istället bli en del av vårdval husläkarverksamhet, men det kan också innebära att samverkan de olika vårdvalen eller andra uppdragen ska stärkas. Uppdraget planeras enligt förvaltningen att koordineras i tid med kommunaliseringen av hemsjukvården, dvs. genomföras 2020.

Av tjänsteutlåtandet till förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten 2018 framgår att husläkarverksamheten ska utvecklas i riktning mot ett bredare uppdrag. Som ett steg i denna inriktning kommer fler legitimerade yrkesgrupper ges möjlighet att erbjuda vårdinsatser inom husläkarverksamheten (se avsnitt 3.4.1).

4.4 Andra vårdvals påverkan på vårdval husläkarverksamhet

Husläkarverksamheten är ett av totalt 37 vårdval inom Stockholms läns landsting. Då husläkarverksamhetens uppdrag är att vara första linjens vård utan avgränsning för patientgrupper, innebär det att husläkarverksamheten har beröringspunkter med många andra vårdval eller uppdrag. Om förändringar införs i andra uppdrag och vårdval eller om nya vårdval införs, kan dessa komma att påverka vilka patienter som ska tas emot av husläkarverksamheten.

Remisskrav är ett verktyg för att styra patientströmmar. Inom vårdval specialiserad hudsjukvård har vårdkonsumtionen ökat mer än det förväntade behovet. För att bryta utvecklingen infördes därför 2017 krav på remiss för nybesök, vilket innebär att patienter först behöver kontakta sin husläkare. Samtidigt omfördelades ersättningen inom vårdvalet, i syfte att öka incitamenten för vårdgivarna att utföra mer avancerad vård. Ingen utvärdering av effekterna av remisskravet har gjorts, men planeras enligt tjänsteutlåtandet att göras under 2018. Enligt vad revisionen erfar har hälso- och sjukvårdsförvaltningen inför beslutet inte heller gjort någon dokumenterad analys av hur förändringen påverkar patientströmmarna. Detta gäller även för det nyligen införda remisskravet för specialiserad öron-, näs- och halssjukvård. I granskningen framkommer att införandet av remisskrav å ena sidan kan ses som ett sätt att stärka husläkarverksamhetens roll som nav i sjukvården, genom att patienterna styrs till att

uppsöka husläkarverksamheten. Å andra sidan kan det ses som att remisskravet leder till fler besök inom husläkarverksamheten, utan att detta med nödvändighet leder till mer sammanhållen vård.

I september 2017 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att godkänna ett föreslag till huvudinriktning för utredning om hur vårdval seniorvård ska utformas.[13] Av tjänsteutlåtandet framgår att förvaltningen ser behov av att vidta åtgärder för att vård och omsorg av äldre med stora vårdbehov ska hänga samman på ett bättre sätt. Då det ofta är otydligt vilken vårdgivare som har huvudansvaret för att samordna äldres vård, föreslår förvaltningen att det i vårdvalet ska finnas en definierad vårdgivare med ett tydligt helhetsansvar för den äldres vård. Förvaltningens bedömning är att ett första steg av vårdvalet kan införas under 2019. Enligt uppgift pågår arbete inom förvaltningen med att bland annat klargöra gränserna mellan husläkarverksamhetens ansvar för att koordinera äldres och multisjukas vård och helhetsansvaret för äldre patienter som finns beskrivet i tjänsteutlåtandet för inriktningen av vårdval seniorvård.

Vid förändring av ett förfrågningsunderlag avseende ett vårdval kan andra vårdval och uppdrag beröras. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har skriftliga rutiner för utvecklig och förändring av förfrågningsunderlag för vårdval, samt en vägledning med centrala frågeställningar vid utveckling av avtal. Enligt dessa bör konsekvenser för patienternas sökmönster och för andra vårdval övervägas innan ett vårdval förändras. I granskningen framkommer att det finns behov av att utveckla analyserna av hur förändringar i ett vårdval påverkar andra vårdval. För närvarande pågår en översyn av avtalsprocessen. Inom ramen för denna ska, enligt uppgift, frågan tas upp om hur arbetet med att analysera beroenden mellan vårdval och andra uppdrag kan stärkas.

4.5 Ett förändrat akut mottagande

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i mars 2017 att införa en ny struktur för akut omhändertagande. Husläkarmottagningarna ska även fortsättningsvis vara det första alternativet för akut vård. Under kvällar och helger finns husläkarjourer (tidigare kallade närakuter), vilka ingår som deluppdrag i husläkarmottagningarnas verksamhet. Dessa omfattar bland annat mottagning för oplanerade läkarbesök av akut karaktär samt medicinsk bedömning och rådgivning per telefon. Under 2017–2018 öppnas tio närakuter med enhetliga uppdrag, öppethållandetider, verksamhetsinnehåll och resurser att omhänderta patienter med akuta sjukdomstillstånd. Avsikten är att närakuterna ska utgöra en egen vårdnivå för patienter som inte behöver akutsjukhusets resurser men inte heller kan omhändertas av husläkarverksamheten.

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens budget 2017 kommer den framtida strukturen för länets närakuter att ställa högre krav på en tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare med ansvar inom akut omhändertagande. Av budgeten framgår även att det är

[13] HSN 2017-09-28 Dnr. HSN 2017-0969

av särskild vikt att under 2017 tydliggöra ansvarsfördelningen mellan akutmottagningar, närakuter och husläkarmottagningar samt att etablera fungerande hänvisningsrutiner mellan dessa.

Under kvällar och helger kommer husläkarjourerna och närakuterna att utgöra två parallella strukturer för akut mottagande. I husläkaravtalet för 2018 finns specificerat att ”patienter med mer allvarliga akuta sökorsaker men som inte är i behov av akutsjukhusets resurser ska hänvisas till närakut om husläkarjouren inte har möjlighet att ta hand om patienten”. Ansvarsfördelningen mellan husläkarjourerna och närakuterna framgår av uppdragsbeskrivningarna i respektive avtal, där det också framgår vilken utrustning som ska finnas på respektive mottagning. Närakuterna kommer att ha tillgång till röntgen och vissa labbresurser som inte husläkarjourerna har.

Arbete pågår inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen med att beskriva närakuternas uppdrag i utbudstjänsten (se avsnitt 5.1). Under 2017 har hälso- och sjukvårdsnämnden tillsammans med Stockholms läns sjukvårdsområde, prioriterings- och dirigeringstjänsten och 1177 Vårdguiden telefonrådgivning och Stockholms medicinska råd inlett ett arbete med att kartlägga sökorsaker för att kunna koppla ihop dessa med rätt akut vårdnivå. Arbetet ska enligt tidplan vara klart februari/mars 2018. Arbete pågår även med att ta fram ytterligare informationsmaterial för patienter.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen lyfter i sin riskanalys fram ett flertal risker avseende bristande styrning och hänvisning av patientflöden, bl.a. att 1177 Vårdguiden inte styr patienter till rätt vårdnivå och att husläkarverksamhetens kunskap om på viken vårdnivå patienter ska tas om hand är för låg. Närakuterna utgör en viktig del i omställningen av det akuta omhändertagandet, genom att de ska kunna ta emot patienter som inte behöver akutsjukhusens resurser. Närakuterna är ett sätt att styra om vård från akutsjukhusen. I granskningen framkommer farhågor för att patienter med lättare akuta tillstånd som ska tas om hand av husläkarverksamheten i stället söker och får vård på närakut, vilket riskerar försvåra omstyrningen av vård från akutsjukhusen.

Ersättningen för att bedriva husläkarjour kommer från och med 2018 att förändras. Enligt avtalet för 2017 utgår vite i de fall husläkarverksamheten[14] inte bedriver närakut. I avtalet för 2018 ges istället ett tillägg per listad patient i de fall husläkarverksamheten[15] bedriver husläkarjour.

4.6 Bedömning

Revisionen bedömer att husläkarverksamheternas nya möjlighet att anställa fler yrkeskategorier och hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med hur ytterligare specialiteter kan knytas till husläkaruppdraget är steg i riktning mot Framtidsplanens

[14] Gäller mottagningar i Nacka, Värmdö, Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna samt stadsdelarna Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista.
[15] Gäller mottagningar i Nynäshamn, Haninge, Tyresö, Nacka, Värmdö, Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna samt stadsdelarna Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista.

intentioner. Samtidigt konstaterar revisionen att nämndens ansvar för hur husläkarverksamheten ska knyta till sig annan kompetens har varit aktuell under ett flertal år men ännu inte är löst. Om diskussionerna om att integrera befintliga vårdval eller andra näraliggande uppdrag i husläkaruppdraget tidsmässigt kopplas till kommunaliseringen av hemsjukvården 2020 kommer frågan om hur detta ska lösas att skjutas ytterligare framåt i tiden.

Eftersom husläkarverksamhetens uppdrag är att ta emot samtliga patientgrupper, utan avgränsning för fysiska eller psykiska sjukdomar, har den gränssnitt mot i princip samtligt övrig vård och påverkas därför av förändringar i omkringliggande vårdval och andra uppdrag. Revisionen bedömer att förändringar i andra vårdval bl.a. med ändrade remisskrav inom specialistvården, har införts utan analyser av hur patientströmmar påverkas. Det finns därför, som hälso- och sjukvårdsförvaltningen själv konstaterar, utrymme för förbättringar av rutiner för analys av beroenden mellan vårdval vid revidering och nyutveckling av vårdval. Revisionen menar att det är angeläget att beroenden mellan vårdval och övriga uppdrag alltid analyseras vid förändringar.

Under 2018 införs närakuter som en ny vårdnivå i det akuta omhändertagandet. Samtidigt behålls husläkarjourerna. Revisionen instämmer i att det är av särskild vikt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan de olika nivåerna för akut omhändertagande både för vårdgivare och för patienter för att säkerställa att närakuterna i första hand tar hand om akuta tillstånd som inte kan omhändertas av husläkarverksamheten. Risk finns annars att närakuterna tar hand om lättare åkommor, vilket riskerar försvåra omstyrningen av patienter från akutsjukhusens akutmottagningar. Slutligen menar revisionen att det är viktigt att besöksutvecklingen följs och analyseras.

5 Informations- och stödsystem

Enligt Framtidsplanen behöver dagens IT-stöd förändras för att möta framtidens hälso- och sjukvård i en ny struktur. När flera vårdgivare samarbetar i nätverk runt patienten behöver vårdgivare, patienter och andra aktörer enkelt få tillgång till all för dem relevant information i hela processen. Landstingsstyrelsen äger och ansvarar enligt Framtidsplanen för utveckling av IT-stöd. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen har ledningsgrupp IT övergripande ansvar för IT-styrningen.

Flera olika system används för informationsöverföring och kommunikation mellan vårdgivare. Enligt revisionens granskning uppger vårdgivarna att hinder finns i funktionssätt eller användarförutsättningar i de olika verktygen Utbudstjänst SLL, Viss.nu samt Webcare.

5.1 Utbudstjänst SLL

Både patienter och vårdgivare samt förvaltningen behöver tillgång till adekvata beskrivningar av vårdgivarnas verksamhet. Det är en förutsättning för att patienter ska kunna söka sig eller hänvisas till rätt vårdnivå och rätt vårdgivare, på egen hand eller genom hänvisning/remittering. Det är också en förutsättning för att vårdgivare ska

kunna remittera patienter korrekt och effektiv samt för att förvaltningen i egenskap av beställare ska kunna styra och följa upp vården på ett effektivt sätt.

I revisionens granskning av remisshantering framkommer att ett stort problem för husläkarverksamheten är att hitta rätt vårdgivare att remittera till. Detta beror dels på att Vårdgivarguiden är svårnavigerad, dels på att den information om vårdutbudet som finns där inte är tillförlitlig eller komplett.

Under 2012 inleddes ett arbete med att etablera en utbudstjänst inom landstinget. Avsikten med Utbudstjänst SLL var att ge en heltäckande bild av det tillgängliga vårdutbudet. En samordnande utbudsansvarig har anställts vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen och inom varje beställaravdelning finns en utsedd utbudsförvaltare. Samordnande utbudsansvarig arbetar med att säkerställa tillgången till adekvat, enhetlig och korrekt utbudsinformation, former för lagring, uppdatering och tillgängliggörande av denna utbudsinformation för berörda intressenter, främst invånare/patienter, vårdgivare och beställaren.

Under 2015 togs en övergripande beskrivning av vårdutbudet i landstinget fram. En detaljerad beskrivning av utbudet finns nu för vissa men inte samtliga områden. Bl.a. saknas den för akutsjukhusen. Arbetet med att beskriva vårdutbudet är under vintern 2017/2018 enligt uppgift i slutfasen. Akutsjukhusens verksamhet kommer eventuellt att vara beskriven under våren 2018. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar med att säkerställa att det i utbudstjänsten finns en direkt koppling mellan varje aktör och de tjänster som aktören tillhandahåller på angivna platser.

Förvaltningen arbetar också, enlig ett uppdrag beslutat av avdelningschefen för närsjukvård oktober 2017, med att koppla väntetider till utbud. Väntetidsinformation finns redan i utbudstjänsten, men är en separat informationsmängd. En sammankoppling kommer att innebära att remittenter kan använda information om väntetid vid remittering.

I TakeCare, landstingets journalsystem, finns ett eget vårdutbudsregister för remittenter och i TakeCare kan alla användare skicka e-remisser till varandra. TakeCare är inte sammankopplat med utbudstjänsten och inget arbete pågår inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att möjliggöra användning av utbudstjänsten för remittenter inom TakeCare.

Både Vårdgivarguiden och 1177.se hämtar övergripande information om utbudet från Utbudstjänst SLL. Informationen är enligt uppgift i tidigare granskning av remisshantering,[16] inte så detaljerad att den kan användas för remittering.

5.2 Viss.nu

I revisionens granskning av remisser framkom även att det är relativt vanligt att remisser återsänds till husläkarverksamheten med hänvisning till att patienten inte är

[16] Remisser – en länk mellan vårdnivåer rapport 1/2017

tillräckligt utredd, vilket tyder på att det saknas tillräcklig samsyn om vilken vårdnivå som ska göra vad.

Viss.nu är Stockholms läns landstings medicinska och administrativa webbstöd för remittering mellan primärvården och specialistvården. Webbplatsen innehåller handläggningsrekommendationer samt information om vilken specialistgren remiss ska ställas till och vad remissen ska innehålla. I det avtal som gäller husläkarmottagningar står att vårdgivaren ska följa de vård- och handlingsprogram som finns i beslutsstödet Viss.nu. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns ett viss.nu-kansli.

Vårdprogrammen i Viss.nu tas fram och uppdateras av s.k. Spesamgrupper, specialister i samverkan, som samlar specialister i allmänmedicin och organspecialister. Vid Viss.nu-kansliet är ambitionen att varje vårdprogram ska ses över och vid behov uppdateras vartannat år. Viss.nu samarbetar med Kloka Listan och nya läkemedelsrekommendationer uppdateras årligen. Revisionens genomgång av vårdprogrammen på Viss.nu [17] har visat att ett stort antal vårdprogram inte har uppdaterats under de senaste två åren. Fastställandet av respektive program innebär en bestämning av vilka insatser som ska göras av varje vårdgivare. Det innebär att Spesamgruppernas diskussioner kan få ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna, men grupperna har inget ansvar för eventuella ekonomiska konsekvenser. Viss.nu-kansliet har en fortlöpande dialog om eventuella ekonomiska konsekvenser med avdelningen för närsjukvård inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Vid granskningen av remisser framkom att det är osäkert i vilken utsträckning vårdgivare följer Viss.nu. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte genomfört någon systematisk uppföljning av i vilken utsträckning riktlinjerna i Viss.nu används och efterlevs.Viss.nu-kansliet kan se vilka program som är de mest besökta men har inte förutsättningar för att mäta följsamheten till vårdprogrammen.

5.3 Webcare

WebCare är en e-tjänst som används av sjukhus, primärvård och kommunernas socialtjänst i Stockholms län för att samordna vårdplaneringen för en patient.

I en tidigare granskning[18] framkom att systemet inte uppfattas som användarvänligt och inte heller är tillgängligt för alla berörda verksamheter i nätverkssjukvården. Den nya lagen om utskrivning från slutenvården innebär bl.a. att öppenvården ska kalla till vårdplanering och att betalningsansvaret förändras (se avsnitt 3.3.2). Detta klarar WebCare enligt uppgift inte att hantera och systemet kommer inte att kunna ge underlag för landstinget att fakturera kommunerna under 2018. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen tar därför fram en interimslösning som planeras vara möjlig att använda från sommaren 2018. Denna ska vara i bruk till dess att ett helt nytt system som korrelerar med framtidens vårdinformationsmiljö (se avsnitt 5.4) implementeras. Arbetet med att ta fram en kravställning för detta nya system har enligt uppgift påbörjats. Förvaltningen betonar att kommunikationen mellan de olika vårdgivarna

[17] Genomförd 2017-10-17
[18] Samverkan i vårdens gränssnitt – en analys av tidigare identifierade återkommande problem. Rapport 4/2017

är beroende inte bara av fungerande stödsystem utan också av rutiner och riktlinjer för kommunikationens genomförande (se avsnitt 3.3.2).

5.4 Framtidens vårdinformationsmiljö

Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) är ett program som ska etablera tekniska lösningar som gör det möjligt att dela information mellan olika vårdgivare samt med patienter och anhöriga. Landstingsfullmäktige fattade beslut om upphandling för framtidens vårdinformationsmiljö i december 2017[19]. Ansvaret för upphandlingen ligger på landstingsstyrelsens förvaltning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är representerad i arbetet med framtidens vårdinformationsmiljö och en del i arbetet har bestått i insamlande av kunskap om vilka behov bl.a. vårdgivare ser i frågan. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har enligt intervjuade inte gjort någon analys av vilka system eller lösningar som är centrala för att husläkarmottagningarna ska kunna fungera som nav i framtidens hälso- och sjukvård. Den behovsanalys som gjorts i arbetet med framtidens vårdinformationsmiljö utgår från hela sjukvårdssystemet och inte specifikt primärvårdens behov. Privata vårdgivare har inte involverats i behovsanalysen.

Utöver risken att upphandlingen och implementeringen av den nya vårdinformationsmiljön försenas framkommer i granskningen att det inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns farhågor vad gäller hur befintliga system ska hanteras fram till den nya informationsmiljön är på plats och i kontakt med övriga system. Eftersom tidshorisonten för detta ligger flera år fram i tiden behöver förvaltningen säkerställa att de system som i dag är i bruk fortsätter att vara funktionella, vilket kräver både ekonomiska och personella resurser.

5.5 Bedömning

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen är medveten om och arbetar för att åtgärda olika brister i informations- och stödsystemen. Revisionen menar att det är väsentligt att fokus även läggs på underhåll av befintliga system parallellt med att ett nytt vårdinformationssystem tas fram. Inte minst eftersom det handlar om flera år innan det nya systemet är implementerat.

Revisionen uppfattar att det finns ett relativt stort avstånd mellan dagens läge och Framtidsplanens målbild vad gäller informations- och stödsystem. Ett första led i arbetet för att nå målbilden bör vara att analysera vilka system eller lösningar som är centrala för att husläkarmottagningarna ska kunna fungera som nav i framtidens hälso- och sjukvård. Särskilt som de framöver i ännu högre grad än nu ska hålla samman och koordinera vården för den enskilde patienten. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver göra en sådan analys.

[19] LS 2017-12-12 Dnr. LS 2017-1309

6 Uppföljning

6.1 Uppföljning av husläkaravtalet

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer årligen upp de vårdgivare som nämnden har avtal med. Uppföljningen syftar bl.a. till kontroll av att vårdgivarna levererar enligt avtal, till analys och till planering och utveckling. Vissa av de parametrar som följs upp är ersättningsgrundande.

De parametrar som är relaterade till kontinuitet och samverkan och som följdes upp i husläkarverksamheterna 2017 är (1) utskrivningsklara patienter från slutenvården som ska omhändertas i hemsjukvården, som fått sin vårdplan justerad, (2) andel listade på namngiven läkare samt, för gruppen 65 år och äldre, (3) undvikbara slutenvårdstillfällen, (4) akutmottagningsbesök som inte lett till inläggning, (5) oplanerade vårdtillfällen som följs upp inom primärvården inom sju dagar och (6) patienter med recept från fler än tre vårdgivare. Justerade vårdplaner och listade på namngiven läkare har följts upp under en längre tid. De parametrar som avser gruppen 65 år och äldre har följts sedan 2015 och är ett resultat av SVEA-projektet (se avsnitt 3.3.1). Fram till 2016 följdes parametern Andel patienter som helt och hållet anser att det aktuella behovet av sjukvård blev tillgodosett vid besök på mottagningen, men den togs bort eftersom den nationella patientenkäten, där frågan ingick, gjordes om. För varje husläkarmottagning sammanställs årligen en uppföljningsrapport där vårdcentralens resultat vad gäller ett antal olika uppföljningsindikatorer, däribland ovanstående, redovisas.

Tidigare har även faktisk kontinuitet i läkarkontakt följts upp genom patientenkät, men nu följs bara andel listade på namngiven läkare. Detta inrapporteras av vårdgivarna själva och informationen om detta ska därför enligt intervjuade tolkas med viss försiktighet. I det avtal för husläkarverksamhet som gäller 2018 finns ett förtydligande av att en fast läkarkontakt (som patienten, enligt patientlagen, ska få möjlighet att välja inom primärvården) ska erbjudas patienter med särskilt stora vårdbehov. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen överväger nu hur faktisk kontinuitet skulle kunna följas upp.

Intervjuade som arbetar med husläkaravtalet uppger att samordning och kontinuitet, inklusive vad detta resulterar i för patienten, är svårt att följa upp. Det som ersätts respektive inrapporteras av kvalitetsskäl går att följa upp, men handläggare kan också få information om olika vårdgivares deltagande i exempelvis samverkansmöten via möten med och information från andra vårdgivare. Avtalshandläggarna följer då upp informationen genom telefonsamtal eller mail till vårdgivaren. De kvalitetsindikatorer som avser samverkan och kontinuitet aggregeras inte för samlad analys och utveckling.

6.2 Hälso- och sjukvårdsförvaltningens övergripande uppföljning av kontinuitet och samordning

Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns en samlad bild av vårdkonsumtionen, per vårdenhet och totalt. Vissa saker, som listades besök i annan vård enligt ovan, går

att följa kontinuerligt, men uppföljning sker också enligt uppgift till stor del i speciella projekt. Ett led i svårigheten med att följa upp kontinuitet och samordning är enligt de intervjuade att det, som framgår ovan, saknas en vedertagen definition av nätverkssjukvård, vilket anses vara en förutsättning för uppföljning.

I granskningen framkommer att de mått som finns inte är perfekta men ger en indikation om utfallet inom det relevanta området. Exempelvis kan husläkarmottagningarnas grad av detektion av vissa sjukdomar hos sina listade patienter utgöra ett mått på hur väl de fyller rollen som patientens vårdnav. De intervjuade menar att en mer kvalitativ uppföljning av patienternas upplevelse behövs som komplement till den kvantitativa uppföljningen. Även uppföljningen av kommunikationen mellan vårdgivare är ett område som enligt de intervjuade kan utvecklas.

Enligt uppgift används den data som samlas in för att utveckla ersättnings- och uppföljningsmodellen för respektive avtal men skulle kunna användas mer systematiskt på övergripande nivå. Enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan för 2017 ska utvecklingsavdelningen utarbeta, fastställa och implementera en samlad analysplan respektive uppföljningsplaner på systemnivå och inom samtliga vårdområden. Analysplanen ska enligt uppgift ta sin utgångspunkt i flera olika centrala värden, däribland framtidens hälso- och sjukvård, digitalisering samt jämställd och jämlik vård. Vid tillfället för granskningen hade arbetet inte slutförts.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inletts ett arbete med att se över och utveckla den förvaltningsövergripande avtalsprocessen, där vårdavtalsuppföljning ingår i arbetet.

6.3 Bedömning

Revisionen bedömer att det inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen skett en positiv utveckling vad gäller avtalsuppföljningen i de delar som avser kontinuitet och samordning. Detta gäller dock endast gruppen äldre (65 år och uppåt). De indikatorer som används för att följa hur sammanhållen vården är för denna grupp skulle, enligt revisionens uppfattning, sannolikt med fördel även kunna användas för att följa andra patientgrupper som ofta besöker sin husläkarmottagning.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har, i denna liksom i tidigare av revisonen genomförd granskning, pekat på svårigheterna i att hitta mått på kontinuitet och samordning som är både relevanta och lätthanterliga. Revisionen menar dock att det är centralt att mått eller utvärderingsmetoder för att följa sammanhållen vård utvecklas.

Revisionen anser att den aggregerade uppföljningen bör stärkas. Den information om verksamheternas kvalitetsindikatorer som samlas in används i nuläget för uppföljning av respektive avtal, men aggregeras inte för samlad analys. För att nämnden ska kunna peka ut en riktning och dra slutsatser om vilka medel och incitament som behövs för att få samtliga aktörer att sträva i denna riktning menar revisionen att en samlad bild av var verksamheterna befinner sig skulle vara till stor nytta.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016