Region Stockholm

7

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 10/2018 - Patientstyrning

HSN 2019-0427

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin och geriatrik
Christoffer Bernsköld

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-03-29

HSN 2019-0427

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 10/2018 - Patientstyrning

Ärendebeskrivning
Landstingsrevisorerna har översänt rapport 10/2018 – Patientstyrning till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Landstingsrevisorernas rapport 10/2018 - Patientstyrning

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i Valfrihets- och tillgänglighetsberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till regionrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande.

Förvaltningens motivering till förslaget
Förvaltningen delar revisorernas övergripande bedömning att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till stor del har fungerat väl. Det akuta omhändertagandet inom Region Stockholm genomgick stora förändringar under 2018. Nya Karolinskas intensivakut startade den första maj och de nya enhetliga närakuterna startade under 2018. Införandet av två nya vårdformer under samma tidsrymd var dels en förutsättning för att säkerställa att medborgarna har tillgång till den hälso- och sjukvård som de har behov av, men samtidigt ställer det stora krav på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet.

Förvaltningen kommer i sitt utlåtande att beröra de delar av revisorernas slutsatser som anges som väsentliga. Rapporten som helhet innehåller

flertalet rekommendationer och observationer som förvaltningen kommer att beakta i det fortsatta arbetet.

Förvaltningen delar revisorernas bedömning att kraven i husläkaravtalen när det gäller det akuta omhändertagandet är allmänt formulerade. Husläkaruppdraget inklusive basalhemsjukvård är brett och utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Det innebär att husläkarverksamheten ansvarar både för delar av det akuta omhändertagandet, men även mer omfattande och planerade insatser, exempelvis omfattar det mer planerade uppdrag med en stor bredd till exempel gällande omhändertagande av patienter med kroniska sjukdomar, sjukskrivning, uppföljning och omhändertagande av andra vårdgivares insatser. Husläkaravtalen innehåller tydliga krav på att vårdgivarna ska uppfylla vårdgarantin, den omfattar både krav på telefontillgänglighet samt den tidigare garantin om läkarbesök inom fem dagar som från årsskiftet förändrats och nu är en bedömningsgaranti till legitimerad personal inom tre dagar. Det finns formulerade krav på att husläkarmottagningarna ska ta emot såväl planerade som oplanerade besök under hela sin öppethållandetid, alla vardagar klockan 8-17. Det finns dock tecken på att vissa husläkar-mottagningar brister i tillgänglighet vad gäller oplanerade besök och att patienter övervältras på närakuter och eventuellt också husläkarjourer. Förvaltningen ser också löpande över uppföljningen med inriktningen att den ska bli mer adekvat och förstärka den önskvärda utvecklingen. Inriktningen är att uppföljningen och nyttan av uppföljningen behöver balanseras mot både vårdgivarnas och förvaltningens administrativa insatser samt att de registreringar, insamling av data, som behövs för att uppföljningen ska kunna inhämtas automatiserat och utan självregistrering.

Förvaltningen delar revisorernas uppfattning att de ekonomiska förutsättningarna inom husläkaruppdraget behöver ses över. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i samband med nytt förfrågningsunderlag för 2019 även om inriktningen för 2020. Förvaltningen ser därför över möjligheten att införa kostnadsansvar när patienter besöker mottagningar som de inte är listade på. Förvaltningen gör bedömningen att i de fall som den mottagning man är listad på inte kan erbjuda ett besök inom rimlig tid så kommer patienten att söka annan vårdgivare. Kostnadsansvar skulle vara ett sätt att öka incitamentet för att ta hand om sina listade patienter, både för akuta men även planerade besök. Inom ramen för den översynen kommer även besök i det akuta flödet att analyseras, det rör i första hand besök på närakuterna respektive husläkarjourer. Förvaltningen bedömer

dock att allt för starka incitament inom det akuta uppdraget riskerar att påverka vårdgivarnas förmåga att upprätthålla övriga delar av uppdraget. Förvaltningen lämnar följande kommentar gällande revisorernas kommentar rörande att Närakuterna under införande perioden inte har haft helt enhetliga och adekvata förutsättningar från start. Bedömning gjordes att det med anledning av den större påverkan på hälso- och sjukvårdssystemet i samband med införandet av intensivakuten krävdes att närakuterna skulle vara i drift för att kunna hantera de förändrade patientflöden som planerades utifrån att de patienter som tidigare omhändertogs på Karolinska Solna skulle hanteras av Danderyds sjukhus, St Görans sjukhus samt Södersjukhuset. Detta innebar att alla de lokalmässiga förutsättningar som krävdes av uppdraget i vissa fall inte var fullt ut tillgodosedda på varje enskild närakut. Det finns reglerat i respektive avtal och det sker nu en löpande anpassning av närakuternas lokaler, vilket kommer att leda till att det successivt hanteras. Rörande tillgången till radiologi så påverkades det av att den upphandlingen överklagades, detta hanterades genom att förvaltningen tecknade tillfälliga avtal utan den fulla modalitet som det planerades för. Förvaltningen bedömde att den nivå som var möjlig att uppnå skulle vara adekvat för att närakuterna under början på 2018 skulle ha förutsättningar att i stor utsträckning arbeta i enlighet med uppdragsbeskrivningen. Förvaltningen kommer att även framgent följa och säkerställa att erforderliga tjänster erbjuds närakuterna i enlighet med ingångna avtal.

Närakuternas krav att kunna konsultera andra specialistläkare, finns reglerat i deras uppdragsbeskrivningar, och det finns inte behov att ytterligare skärpa eller förtydliga kraven. Det reella behovet av konsultationer, samt det mest effektiva sättet att hantera konsultationerna, var dock svårbedömt innan närakuterna hade startat sin verksamhet. Förvaltningen har därför, i samråd med närakuterna, gått igenom konsultationsbehovet och tydliggjort vilket sjukhus respektive närakut ska upprätta konsultationsrutiner med. Planeringsmässigt var tanken att närakuterna skulle kunna bygga upp egna konsultationsmöjligheter med vårdgivare som bedriver öppen specialiserad vård inom ramen för olika vårdval. Detta har visat sig svårt implementera i praktiken, därav den förtydligade konsultationsvägen via akutsjukhusen där förvaltningen varit behjälplig med att skapa rutiner och tillhandhålla kontaktuppgifter till olika specialistläkare som ska finnas tillgängliga under närakuternas hela öppethållandetid.

Förvaltningen har inrättat en styrgrupp för Hänvisningsstöd SLL som ska säkerställa att förvaltning och utveckling kan ske löpande. För synpunkter

på Hänvisningsstöd SLL finns en speciell funktionsbrevlåda som löpande bevakas och de synpunkter som inkommer bedöms och bearbetas av förvaltningens medicinskt sakkunniga och i de fall det bedöms erforderligt sker också löpande revideringarna av hänvisningsstödet. Hänvisningsstöd SLL har funnit i flera varianter där användarvänligheten har förbättrats sedan den första version**.** Hänvisningsstödet finns nu i en webbaserad version, vilket medför att användarvänligheten har ökat avsevärt i relation till den tidigare excel-versionen. Förutsättningar finns därmed för ökar användning och enhetlighet i de hänvisningar som görs. Förvaltningen arbetar löpande med att kvalitetssäkra och samla in synpunkter för att göra det mer träffsäkert avseende vilken vårdform den pekar på vid olika tidpunkter på dygnet. Förvaltningen bedömer att det kommer leda till en tydligare gränsdragning mellan närakut och husläkarjour.

Förvaltningen delar inte revisorernas åsikt att det finns otydligheter i gränsdragningen mellan närakuter och husläkarjourer. I de områden där det inte finns krav på bedrivande av husläkarjour, ska närakuten ta emot hela målgruppen. Problem har däremot förekommit med enskilda vårdgivare, men det föreligger inte problem på systemnivå. Förvaltningen för löpande dialog med de enskilda vårdgivare som brister i sitt omhändertagande, i syfte att öka följsamheten till ingångna avtal. Förvaltningen delar inte revisorernas åsikt om att patienter i de områden där krav på husläkarjour inte finns, hänvisas till en ”för hög vårdnivå”. I närakuternas uppdrag ingår alla patienter som är akut sjuka och vars vård inte kan anstå tills husläkarmottagningen har öppet och som heller inte är i behov av akutsjukhusets resurser. Således är det helt adekvat och i enlighet med ingångna avtal att närakuterna i dessa fall också ska ta emot de patienter som i andra områden kan omhändertas till husläkarjour. Det är inte en korrekt analys att patienter hänvisats till närakut i större utsträckning än vad som är medicinskt motiverat. Snarare är det så att alltför många patienter har hänvisats till husläkarjour när de i stället borde ha hänvisats till närakut. Denna problematik håller på att få en lösning genom pågående arbete med förändrade hänvisningsrutiner.

I de områden där det finns såväl närakut som husläkarjour kan det däremot förekomma otydligheter eftersom patienter i vissa fall kan tänkas söka vård på båda inrättningarna. Detta, och det faktum att kraven på bedrivande av husläkarjour divergerar över länet, medför att hänvisningsfunktionen i vissa fall blivit problematisk att använda. Förvaltningen arbetar för att hitta lösningar på detta.

Margareta Tufvesson
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Margareta Tufvesson, 2019-03-29

PROJEKTRAPPORT NR 10/2018

Patientstyrning

För en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

En ny struktur för akut omhändertagande har införts, med närakuter som en ny vårdnivå mellan husläkarmottagningar och akutsjukhus. Den nya strukturen ställer stora krav på styrning och uppföljning av patientflödena samt information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort. Revisionen anser att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till stor del har fungerat, men vårdnivåerna behöver bli mer enhetliga. Bland annat behöver kraven på och uppföljningen av akut mottagande i husläkarverksamheten stärkas och närakuternas tillgång till medicinsk service och konsultationer säkerställas. Vidare behöver de ekonomiska incitamenten stäkras för att patientstyrningen ska fungera fullt ut.

2019-01-29 RK 2018-0067

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 10/2018
Patientstyrning – För en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-01-29 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-04-30

Revisorernas samlade bedömning är att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till stor del har fungerat, men att vårdnivåerna behöver bli mer enhetliga. Detta för att styrning och uppföljning av patientflödena samt information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort ska fungera.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämnden svar på väsentliga slutsatser i rapporten. Det gäller framför allt att:

- kraven i avtalen för husläkaruppdraget avseende tillgänglighet i det akuta omhändertagandet behöver stärkas
- stärka uppföljningen av det akuta omhändertagandet i husläkaruppdraget
- närakuternas tillgång till medicinsk service och konsultationer med specialister behöver säkerställas
- dokumenterade rutiner för uppföljning och kvalitetssäkring av Hänvisningsstöd SLL tas fram
- ekonomiska incitamenten för det akut omhändertagande inom husläkarverksamheten behöver utvecklas utifrån en analys av hur ersättningsmodellerna för närakuterna och husläkarverksamheten påverkar varandra.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

2 Utgångspunkter för granskningen 3
2.1 Motiv till granskningen 3
2.2 Revisionsfråga 4
2.3 Avgränsning 4
2.4 Bedömningsgrunder 4
2.5 Metod 5

3 Enhetliga och tydliga vårdnivåer 6
3.1 1177 Vårdguiden 7
3.2 Akut omhändertagande i husläkaruppdraget 7
3.3 Närakuter som ny vårdnivå 9
3.4 Bedömning 13

4 Förändrade patientflöden 15
4.1 Hänvisning 15
4.2 Kommunikationsinsatser 17
4.3 Omstyrning av patientflödena 18
4.4 Uppföljning av patientflöden 19
4.5 Bedömning 21

5 Utformning av ersättningsystem 22
5.1 Husläkarverksamheten 22
5.2 Närakuterna 23
5.3 Bedömning 24

1 Slutsatser och rekommendationer

Omställningen av det akuta omhändertagandet inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård innebär förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot. Huvudinriktningen är att en större andel av patienterna ska omhändertas på andra vårdnivåer än akutsjukhusen. Under 2017–2018 har en ny struktur för akut omhändertagande införts, med närakuter som en ny vårdnivå mellan husläkarmottagningar och akutsjukhus. Den nya strukturen ställer stora krav på styrning och uppföljning av patientflödena samt information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort. Revisionen har granskat om patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet sker så att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs.

Den samlade bedömningen är att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till stor del har fungerat, men i vissa delar behöver stärkas. Revisionen bedömer att den planerade omstyrningen av patienter från akutmottagningar till närakuter till stor del har genomförts. Vårdnivåerna i det akuta omhändertagande är dock inte enhetliga och de ekonomiska incitamenten inte tillräckligt tydliga för att patientstyrningen ska fungera fullt ut.

Kraven på det akuta omhändertagandet i husläkaravtalen är allmänt formulerade utan särskilda krav på tillgänglighet och uppföljningen är svag. Revisionen uppfattar även att det finns otydligheter i gränsdragningen mellan husläkarjourer och närakuter, framför allt i de områden där husläkarverksamheten inte behöver anordna husläkarjour. Uppföljningsindikatorer kopplade till det akut omhändertagande saknas. Revisionen bedömer att kraven i husläkaruppdraget avseende det akuta omhändertagandet bör förtydligas och att uppföljningen av det akuta omhändertagandet bör stärkas. Revisionen bedömer att avtalen för husläkarmottagningarna inte ger tillräckliga förutsättningar för att husläkarverksamheten ska utgöra en enhetlig och tydlig vårdnivå i det akuta omhändertagandet.

Revisionen bedömer att närakuterna inte har getts tillräckliga förutsättningar för att i praktiken utgöra en fullt ut enhetlig vårdnivå. Bidragande orsaker till detta är att vissa närakuter har startats i lokaler som inte uppfyller de avtalsmässiga kraven och att tillgången till medicinsk service (laboratorium och röntgen) varierar mellan närakuterna. Vidare råder otydligheter avseende ansvar och omfattningen för konsultationer. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att avtalen för laboratorium och röntgen är tillräckliga och efterlevs, så att närakuterna ges förutsättningar att utföra sitt uppdrag. Nämnden bör även säkerställa att tillräckliga krav ställs i avtalen för de vårdgivare som ska tillhandahålla konsultationer.

Granskningen har visat att otydligheter i vårdnivåerna gör att hänvisningarna försvåras med risk för att de sker till en högre vårdnivå. Otydligheterna i vårdnivåerna behöver åtgärdas för att hänvisningarna ska leda patienten till rätt vårdnivå på en gång. Revisionen uppfattar att de genomförda informationskampanjerna har varit tydliga när det gäller att bidra till att styra patienterna från akutmottagningar till närakuter. Problem med tillgänglighet i husläkaruppdraget har dock inneburit att informationskampanjerna inte haft fokus på den vårdnivå som ska utgöra första linjen, dvs. husläkarna.

Det av hälso- och sjukvårdsförvaltningen framtagna hänvisningsstödet (Hänvisningsstöd SLL) spelar en avgörande roll i att möjliggöra omstyrningen av patienter. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör vidareutveckla modellen för uppföljning och kvalitetssäkring av hänvisningsstödet till att omfatta fler delar än 1177 Vårdguiden och att processen dokumenteras.

Efter stängningen av Karolinska Solnas akutmottagning har andelen svårare sjuka patienter ökat på övriga akutmottagningar, som planerat. Denna utveckling, i kombination med dels förseningar av utbygganden av slutenvården vid flera akutsjukhus, dels att geriatrikpatienter fortfarande i stor utsträckning hänvisas till akutmottagningar, har lett till en fortsatt ansträngd situation för sjukhusens akutmottagningar. Revisionen uppfattar att omhändertagandet av geriatrikpatienter är problematiskt och att det akuta omhändertagandet av denna patientgrupp fortsatt behöver säkerställas inom hela det akuta omhändertagandet i syfte att öka tillgängligheten och avlasta sjukhusens akutmottagningar.

Granskningen visar att det inte genomfördes någon dokumenterad analys av hur de ekonomiska incitamenten i närakuternas ersättningsmodell förväntades påverkar patientflödena. Revisionen konstaterar att det därför inte går att bedöma om ersättningsystemet styrt i önskvärd riktning. Revisionen bedömer att en analys av närakuternas ersättningsmodell bör göras och dokumenteras. Revisionen konstaterar att det inte finns några särskilda ekonomiska incitament för husläkaruppdraget att stärka tillgängligheten i det akuta omhändertagandet. Revisionen menar att detta är ett område som bör utvecklas i husläkaravtalen i syfte att stärka husläkarnas roll i det akuta omhändertagandet. Vidare stödjer inte avtalen för närakuter och husläkare varandra fullt ut. Revisionen bedömer att ersättningsmodellerna som finns för närakuter och husläkare bör utvecklas för att ge tydligare incitament för vårdgivare att ta emot rätt patienter på rätt vårdnivå.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör

- stärka kraven i husläkaruppdraget avseende tillgänglighet i det akuta omhändertagandet.
- stärka uppföljningen av det akuta omhändertagandet i husläkaruppdraget genom uppföljningsindikatorer i avtalen.
- säkerställa att avtalen för medicinsk service stödjer närakuterna för att dessa ska kunna fullfölja sina uppdrag.
- tydliggöra kraven i avtalen för de vårdgivare som ska tillhandahålla konsultationer till närakuterna.
- ta fram dokumenterade rutiner för uppföljning och kvalitetssäkring av Hänvisningsstöd SLL.
- utveckla de ekonomiska incitamenten för akut omhändertagande inom husläkarverksamheten, baserat på en analys av hur ersättningsmodellerna för närakuterna och husläkarverksamheten påverkar varandra.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Omställningen av det akuta omhändertagandet inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård innebär bland annat förändringar av på vilken vårdnivå[1] som patienter ska tas emot och till vilken vårdgivare patienten ska vända sig. Huvudinriktningen i Framtidsplanen är att en större andel av patienterna ska omhändertas på andra vårdnivåer än akutsjukhusen. Ambitionen är att minska flödena av patienter till akutmottagningarna och istället utveckla rådgivning och akutvård inom öppenvården. Två nya nivåer av akut omhändertagande har införts, intensivakut och närakut. Syftet med den nya strukturen är att ge vård med rätt kompetens på rätt plats och i rätt tid utifrån medicinskt behov.

Intensivakuten på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna öppnades i maj 2018 samtidigt som den öppna akutmottagningen på sjukhuset stängde. Intensivakuten är endast öppen för ambulans- och helikoptertransporter samt för patienter med remiss från annan akutmottagning. Patienter som tidigare själv har tagit sig till den öppna akutmottagningen på Karolinska i Solna ska nu istället tas om hand vid övriga akutsjukhus. Detta innebär att stora volymer akutmottagningsbesök flyttas från Karolinska till de övriga akutsjukhusen. För att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar har hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat att tio närakuter ska inrättas som en ny vårdnivå, varav nio hittills öppnat. Närakuterna ska ta emot patienter som inte behöver akutsjukhusets alla resurser men som inte kan tas emot av husläkarverksamheten. De ovan beskrivna förändringarna påverkar hela det akuta omhändertagandet och ställer stora krav på hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av patientflödena samt information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort.

En förutsättning för att klara omstyrningen av patientflödena är att utveckla stöd för vägledning och styrning av patienter samt styrning och telefonrådgivning via 1177 Vårdguiden. Hälso- och sjukvårdsnämnden har påbörjat ett arbete med att utveckla ett hänvisningsstöd för att säkerställa hänvisning till rätt vårdnivå utifrån sökorsak. Målet har varit att alla vårdgivare inom Stockholms läns landsting från och med april 2018 skulle använda hänvisningsstödet. Revisionens förstudie i september 2018 indikerade problem i tillämpning av hänvisningsstödet och variation i graden av nyttjande mellan vårdgivare. Risk finns att stöd och information för vårdgivares hänvisning av patienter inte är tillräckliga och att hänvisningsstödet därför inte används på det sätt som är tänkt. I förstudien har det också framkommit att informationskampanjerna till allmänhet och patienter har varit omfattande. Det är oklart om informationen har varit tillräcklig då förstudien visar att patienter fortfarande till stor del söker vård på en för hög vårdnivå. Risk finns att otydlig och otillräcklig information gör att patienter hamnar på fel nivå i vårdsystemet.

[1] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen använder numera begreppet vårdform. Eftersom vårdnivå är det begrepp som används i Framtidsplanen har revisionen valt att skriva vårdnivå i denna rapport.

Ytterligare en förutsättning för att kunna styra om patientflödena är en fungerande avtalsstyrning. Detta innebär bland annat att uppdragsbeskrivningar i avtalen behöver vara tydliga och följas av vårdgivarna. Förstudien visade att det finns otydligheter i uppdragsbeskrivningarna framförallt i gränssnitt mellan de olika vårdnivåerna. Vidare visade förstudien att närakuternas uppdrag i praktiken varierar. Risk finns därmed att det är otydligt vilken vård närakuterna kan erbjuda. Om närakuterna inte uppfattas som en enhetlig vårdnivå kan patientstyrningen försvåras.

I avtalsstyrningen ingår även ersättningar till vårdgivarna. Det akuta omhändertagandet är uppdelat på olika vårdnivåer med olika ersättningsystem för varje nivå. För att kunna använda ekonomiska incitament i styrningen av patientflöden bör de olika ersättningssystemen styra åt samma håll. Hälso- och sjukvårdsnämnden har utvecklat en ersättningsmodell för närakuterna som syftar till att ge ekonomiska incitament att ta emot patienter med sökorsak på rätt nivå. Ersättningsmodellen i avtalen för husläkare har däremot inte ändrats med anledning av införandet av den nya strukturen för akut omhändertagande. Risk finns att incitament att ta hand om patienter på rätt vårdnivå inte är tillräckligt utvecklade och att ersättningssystemen inte stödjer den önskad förändringen av patientflödena.

Mot bakgrund av ovanstående har en granskning genomförts i syfte att bedöma om patientstyrningen i en förändrar vårdstruktur genomförs så att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs.

2.2 Revisionsfråga

Sker patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet så att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs?

Delfrågor:

- Hur säkerställs att avtalen för vårdgivare ger förutsättningar för enhetliga och tydliga vårdnivåer för att underlätta patientstyrningen?
- Hur säkerställs system och information så att patienter hänvisas till rätt vårdnivå?
- Är modeller och incitament i ersättningssystemen tillräckliga för att stödja förändringen av patientflödena mot rätt vårdnivåer?

2.3 Avgränsning

Granskningen har haft fokus på hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för genomförandet av Framtidsplanen och den förändrade patientstyrningen i det akuta omhändertagandet med information till både allmänheten och sjukvårdssystemet i stort. Granskningen har genomförts av styrkedjan från sjukhusens akutmottagningar till närakuter, husläkare och 1177 Vårdguiden.

2.4 Bedömningsgrunder

- *Hälso- och sjukvårdslagen, § 2 a:* Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av

god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

- *Framtidsplanen, andra steget LS 1304–0527:* Utgångspunkten för det akuta omhändertagandet är, liksom för övriga delar av framtidens hälso- och sjukvård, att i första hand ska patienter tas omhand av vårdgivare utanför akutsjukhusen. […] Av särskild vikt är att utveckla en enhetlig och mer kvalificerad struktur på närakuternas verksamhet.

- *Framtidsplanen, tredje steget LS 1409–1068:* Ett gemensamt bedömningsverktyg för alla delar i det akuta omhändertagandet finns och användarvänliga verktyg och tjänster underlättar hänvisning av patienterna till rätt akut omhändertagande. Avtal och ersättningsmodeller som stödjer intentionerna behöver tas fram och implementeras. En uppföljningsmodell av kvaliteten på hänvisningarna i det akuta omhändertagandet behöver utvecklas.

  Arbetet med kommunikationsfrågor fortsätter med utveckling och samordning av budskap och aktiviteter: Utveckla strategier som bedriver kommunikationsarbetet på invånarnas villkor, som stödjer målgruppernas beteende för att uppnå Framtidsplanens målbild, som upplevs som enkel och attraktiv och som kommunicerar helhet och sammanhang.

- *Reglemente för landstingsstyrelse och nämnder 49 §:* Nämnden finansierar och styr vården genom avtal och överenskommelser med vårdgivarna. Nämnden ska med dessa utgångspunkter ansvara för att all hälso- och sjukvård, tandvård och insatser enligt LSS i landstinget styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till förbättring av hälsotillståndet.

2.5 Metod

Granskningen har genomförts utifrån intervjuer och dokumentstudier samt viss statistik. Intervjuer har genomförts med anställda vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, närakuter och på akutsjukhus. Dokumentstudierna omfattar bland annat beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden avseende omställningen av det akuta omhändertagandet. Vidare har en genomgång skett av uppdragsbeskrivningar och ersättningsmodeller i avtal för närakuter och husläkarverksamheten. Utgångspunkter för arbetet har sökts i andra och tredje steget av Framtidsplanen. Slutligen har statistik avseende patientflöden framtagen av hälso- och sjukvårdsförvaltningen analyserats och sammanställts.

Projektet har genomförts av Ylva Galyas och Anna Ullsten vid revisionskontoret.

3 Enhetliga och tydliga vårdnivåer

Enligt Framtidsplanen ska akutsjukhusens akutmottagningar endast ta hand om patienter som kräver akutsjukhusets resurser. För att detta ska vara möjligt är det avgörande att övriga vårdnivåers uppdrag avseende akut omhändertagande är tydliga. En förutsättning för att kunna genomföra de nödvändiga strukturförändringarna av patientstyrningen i det akuta omhändertagandet är att invånarna erbjuds enhetliga och tydliga alternativ till akutsjukhusens akutmottagningar. Vårdalternativen måste också vara tydliga för alla berörda vårdgivare på samtliga vårdnivåer i landstinget och länets kommuner.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömde[2] 2015 att utvecklandet av en enhetlig struktur för närakuter var det strategiskt viktigaste området i arbetet med att utveckla en struktur för det akuta omhändertagandet utanför akutsjukhusen. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2017[3] om en ny struktur för det akuta omhändertagandet. Strukturen består av sju vårdnivåer:

1. 1177 Vårdguiden på telefon ska dels erbjuda sjukvårdsrådgivning, dels hänvisa patienter vidare till rätt vårdnivå.
2. Husläkarmottagningarna ska fortsatt vara det första alternativet för akut sjuka patienter som inte har behov av akutsjukhusens eller närakuternas resurser men där egenvård inte räcker.
3. Närakuterna är en ny vårdnivå som ska omhänderta akut sjuka patienter där husläkarmottagningarnas resurser inte räcker men behovet inte kräver akutsjukhusens resurser. Närakuterna är ett komplement till husläkarverksamhetens akuta omhändertagande och har resurser att färdigbehandla mer sjuka patienter än husläkarverksamheten.
4. Öppenvårdsmottagningar för somatisk (akut) specialistvård utanför akutsjukhusen ska främst tillgodose behovet av subakuta tider, dvs. undersökningar för måttligt snabba sjukdomsförlopp som inte behöver behandlas omedelbart.
5. Geriatriska kliniker ska ha möjlighet till direktintag av patienter. Med direktintag menas att patienterna ska kunna tas emot direkt av geriatriken utan att först behöva bedömas/utredas på ett akutsjukhus. Detta kan bland annat ske genom samverkan med närakuter och ett utvecklat bedömningsstöd för geriatriska patienter.
6. Akutsjukhusens akutmottagningar ska koncentrera sin verksamhet till patienter som behöver akutsjukhusens mer avancerade resurser.
7. Intensivakuten är en ny form av akutmottagning som endast är öppen för högintensiv akut vård. Där tas patienter endast emot efter hänvisning från annan vårdnivå eller om de kommer in akut med ambulans- eller helikoptertransport.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningens fokus för arbetet med att utveckla strukturen för det akuta omhändertagandet utanför akutsjukhusen

[2] HSN 1506–0854
[3] HSN 2016–4792

framför allt har legat på att utveckla de tre första vårdnivåerna, dvs. 1177 Vårdguiden, husläkarmottagningarna och de nya närakuterna. I de följande avsnitten beskrivs den granskning som skett av arbete med dessa vårdnivåer. Geriatriken kommer att granskas i ett särskilt projekt under 2019 och berörs därför endast översiktligt i denna granskning.

3.1 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden tillhandahåller sjukvårdsrådgivning och hänvisning. Tjänsten 1177 Vårdguiden på telefon är upphandlad enligt LOU. I uppdraget ingår att bedöma vårdbehovet samt ge råd och information till de som ringer och i aktuella fall vägleda patienter till rätt vårdnivå. 1177 Vårdguiden på telefon ska även ge icke-medicinsk information om exempelvis öppettider och kontaktuppgifter till vårdgivare.

Enligt Framtidsplanen utgör 1177 Vårdguiden en nyckelfunktion för patienten att hitta rätt vård och få stöd för egenvård, bland annat genom e-tjänster. I hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2017 om ny akut struktur understryks behovet av att 1177 Vårdguiden ökar precisionen i bedömningen av vårdbehov genom exempelvis videomöten. I dagsläget har 1177 Vårdguiden ingen e-tjänst för virtuella läkar- eller sjuksköterskebesök. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat ett arbete med att kartlägga hur tjänsten kan vidareutvecklas med exempelvis bildfunktionalitet och chattfunktion.

Samtidigt bedriver Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ett arbete med att utveckla e-tjänster för bl.a. husläkarmottagningarna genom appen ”alltid öppet”. Appen kan användas för att boka tid och för planerade videomöten. Under 2018 har nio vårdcentraler varit anslutna till ”alltid öppet”. Målet är att alla vårdcentraler som drivs av SLSO ska erbjuda tjänsten.

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2017 om ny akut struktur framhålls även att 1177 Vårdguiden ska öka följsamheten till de hänvisningar och råd som ges, exempelvis genom tidsbokning hos vårdgivare. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen pågår ett pilotprojekt där 1177 Vårdguiden på telefon ges möjlighet att boka tider åt patienter hos andra vårdgivare, i syfte att styra patienten till rätt vårdnivå (se 4.1.3).

Under 2018 har tjänsten upphandlats på nytt för perioden 2019–2023. Av upphandlingsunderlagen[4] framgår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen i upphandlingen ställt krav på att vårdgivaren ska medverka och bidra till utvecklingen genom samverkan och deltagande i utvecklingsprojekt som initieras och beställs av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och att förvaltningen har rätt att under avtalets löptid förändra tjänsten genom utveckling och anpassning av uppdraget.

3.2 Akut omhändertagande i husläkaruppdraget

I Framtidsplanen andra steget beskrivs behovet av att utveckla och stärka husläkaruppdragets roll som första linjens hälso- och sjukvård, vilket även gäller akutverksamheten. Samtidigt framgår att många av de mindre husläkarmottagningarna har

[4] HSN 2017–0432

ett för litet patientunderlag för att upprätthålla tillräcklig kompetens och bredd för att klara utökade krav och att landstinget därför bör sträva mot större funktionella enheter. Revisionens granskning av husläkaruppdraget 2017 visade att husläkaruppdraget inte hade ändrats i enlighet med Framtidsplanens intentioner avseende ett breddat uppdrag.

Husläkarmottagningarnas akuta uppdrag anges i avtalen vara att erbjuda såväl planerade som akuta hälso- och sjukvårdsinsatser som tillgodoser större delen av vårdbehovet hos befolkningen. I målgruppen ingår personer i akut behov av vård oavsett om, och i så fall var, personen är listad. Vårdgivaren ska under hela öppethållandetiden kunna ta emot akuta och oplanerade besök. Det finns inga uppföljningsindikatorer kopplade till akut omhändertagande i husläkaravtalen.

Av tjänsteutlåtandet[5] som låg till grund för hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2015 om en ny struktur för det akuta omhändertagandet framgår att husläkarmottagningarnas fullföljande av kraven på akut omhändertagande varierade stort. I vissa fall fanns stora svårigheter att uppnå de grundläggande kraven på tillgänglighet. I december 2017 beslutade[6] hälso- och sjukvårdsnämnden om åtgärder för ökad tillgänglighet till husläkarmottagningarna. Åtgärderna omfattar en utökning av antalet tjänster för ST-läkare med inriktningen mot allmänmedicin, införande av målrelaterad ersättning för tillgänglighet[7] för ökat antal besök[8] samt ersättning för utökade öppettider. Enligt beslutet förväntas åtgärderna bland annat bidra till färre besök på närakuter och sjukhusens akutmottagningar.

Utöver dessa åtgärder beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att en systemuppföljning av husläkarmottagningarna ska genomföras. Analysen ska svara på hur husläkarverksamheten klarar av att utföra sitt uppdrag och om ytterligare insatser för att stärka tillgängligheten behövs. Det framgår inte av tjänsteutlåtandet när denna planeras att genomföras eller återrapporteras till nämnden.

I husläkaruppdraget ingår, med vissa undantag, husläkarjour. Syftet med husläkarjourerna är att öka tillgängligheten till akut omhändertagande i närsjukvården genom att erbjuda ett alternativ till akutsjukhusens akutmottagningar. I uppdraget ingår att ta emot oplanerade läkarbesök av akut karaktär för samtliga patienter som kontaktar husläkarjouren. Husläkarjourerna ska vara öppna på kvällar och helger när husläkarmottagningarna har stängt. Husläkarjouren ska enligt uppdragsbeskrivningen lokaliseras på rimligt avstånd från vårdgivarens husläkarmottagning. Husläkarjourernas placering har i praktiken blivit mycket ojämn över länet.

Krav på husläkarjour finns inte för alla husläkarmottagningar. I vissa delar av länet[9] fanns tidigare närakuter med ett mer begränsat uppdrag jämfört med de närakuter som nu startats inom ramen för den nya strukturen för akut omhändertagande.

---

[5] HSN 1506–0854
[6] HSN 2017–1908
[7] Kravet är att husläkarmottagningen når vårdgarantins tillgänglighetskrav.
[8] Ersättningen utgår till de mottagningar som ökar sina besök hos läkare och sjuksköterskor jämfört med samma månad föregående år som en kvot, jämfört mot antalet listade.
[9] Kommunerna: Nynäshamn, Haninge, Tyresö, Nacka, Värmdö, Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. Stadsdelarna: Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista

Husläkarmottagningar i dessa områden kunde därför hänvisa patienter till de tidigare närakuterna efter husläkarmottagningens stängningstid i stället för att anordna husläkarjour. Det finns fortsatt inget krav på att anordna husläkarjour i dessa områden, utan husläkarmottagningarna ska enligt avtalen hänvisa patienter till de nya närakuterna under kvällar och helger[10]. Detta innebär att de nya närakuterna i dessa områden även fungerar som husläkarjour under kvällstid.

3.3 Närakuter som ny vårdnivå

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i september 2015[11] att införa en ny närakutstruktur utifrån Framtidsplanens skrivningar. Verksamheten ska utgöra en enhetlig och kvalificerad vårdnivå mellan husläkarmottagning och akutsjukhus. Verksamheten baseras på följande principer för ökad enhetlighet:

- Enhetligt verksamhetsinnehåll
- Enhetliga kompetenskrav och konsultationsmöjligheter
- Enhetliga öppethållandetider och tillgång till röntgen och laboratorium
- Enhetliga principer vad gäller lokalisering och avtalsform

3.3.1 Enhetligt verksamhetsinnehåll

I dagsläget finns nio närakuter. Sju av dessa bedrivs av landstinget/regionen i egen regi, varav SLSO bedriver verksamheten vid sex närakuter och Södertälje sjukhus driver en. Två närakuter är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Uppdragsbeskrivningen och ersättningsmodellen i avtalen med närakuterna är identiska. Det huvudsakliga uppdraget är att bedriva vård för personer i alla åldrar med akuta vårdbehov, men som inte är i behov av akutsjukhusets resurser och kompetens och vars vård inte kan anstå.

I granskningen framkommer att uppdragsbeskrivningens krav på att tillhandahålla medicinsk bedömning och rådgivning per telefon har avskaffats efter beslut av förvaltningschefen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen[12] för alla närakuter oavsett avtalsform. Detta för att undvika att närakuterna bedriver parallell telefonrådgivning jämte 1177 Vårdguiden på telefon. I avtalen finns även krav på att närakuterna ska tillhandahålla bokningsbara tider åt 1177 Vårdguiden. Detta krav har avskaffats för de närakuter som bedrivs i SLSO:s regi, med motiveringen att ”[…] ytterligare fokusera på närakuternas del i det akuta omhändertagandet och uppdraget att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar samt att minska fokuseringen vid tidsbokning […]”[13]. Kravet kvarstår för de närakuter som är upphandlade enligt LOU.

I granskningen har framkommit att vissa av närakuter inte har möjlighet att bedriva verksamheten i enlighet med avtalet, vilket resulterar i att verksamhetsinnehållet inte blir helt enhetligt. Enligt uppdragsbeskrivningen i avtalet ska närakuterna tillhandahålla observationsplatser för patienter med behov av övervakning. Kravet uppfylls i dagsläget inte av alla närakuter eftersom det saknas lokalmässiga förutsättningar för

[10] Husläkarjour ska anordnas mellan kl. 17-22 vardagar och kl. 8-22 helger.
[11] HSN 1506–0854
[12] Verkställighetsbeslut 2018-09-20, HSN 2017–2061
[13] Verkställighetsbeslut 2018-03-14, HSN 2017–2061

detta. Exempelvis är närakuten vid Danderyds sjukhus för liten för att kunna tillhandahålla observationsplatser och undersökningsrum för infekterade patienter i den utsträckning som avtalet föreskriver. I brist på andra lokaler att tillgå för närakuten vid Danderyds sjukhus beslutade[14] direktören för hälso- och sjukvårdsförvaltningen att acceptera avvikelsen. Större lokaler vid Danderyds sjukhus förväntas bli tillgängliga inom fem till sju år från beslutet. Även lokalerna för närakuterna Järva, Handen och Huddinge saknar i dagsläget förutsättningar för att uppfylla samtliga krav i enlighet med avtalet för närakuternas verksamhet. För dessa närakuter har inget beslut om avsteg från avtalets uppdragsbeskrivning tagits. Vid närakuten i Huddinge pågår ombyggnationer som beräknas vara klara i början av 2019. Arbete för att hitta lösningar för Järva och Handen pågår.

Ett av Framtidsplanens mål för den nya strukturen för akuta omhändertagande är att öka direktinläggning vid geriatriken. Närakuterna ska kunna ta emot geriatriska patienter för provtagning och bedömning, för att sedan lägga in dessa patienter vid geriatrisk klinik. På så sätt ska närakuterna avlasta akutsjukhusens akutmottagningar från geriatriska patienter. Av avtalen för närakuterna framgår att dessa ska kunna behandla geriatriska patienter. Enligt geriatrikavtalen ska vårdgivarna inom geriatrikuppdraget kunna ta emot patienter för direktinläggning från närakut inom tre timmar, om vårdgivaren bedömer att patienten ingår i geriatrikens uppdrag. Granskningen har visat att bristen på observationsplatser gör det svårt för närakuterna att ta emot geriatriska patienter. Närakuterna upplever dessutom att det är svårt att få geriatriken att ta emot dessa patienter medan geriatriken upplever att övriga vårdgivare inte skickar patienter enligt de förutsättningar som de anser ska gälla. Konsekvensen är att närakuterna ofta hänvisar de geriatriska patienterna till akutsjukhusen i stället för till geriatriken. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte följt upp närakuternas möjlighet till omhändertagande av geriatriska patienter eller om direktinläggning vid geriatriken har ökat sedan närakuterna startat.

3.3.2 Enhetliga kompetenskrav och konsultationsmöjligheter

I avtalen med närakuterna framgår minimikraven på personal och kompetens. Kraven är identiska för samtliga närakuter. Närakuterna ska ta emot patienter som inte behöver akutens resurser, men i de fall läkarna behöver rådgöra med specialist ska detta göras genom konsultationer. Konsultationsmöjligheter med specialister ska, enligt krav i avtalen med närakuterna, finnas under hela verksamhetens öppethållandetid. I avtalen specificeras att konsultationsmöjligheter inom ortopedi, geriatrik och barnmedicin ska finnas, men att även andra specialiteter kan vara aktuella. För vårdval ortopedi saknades krav på konsultationer till andra vårdgivare när närakuterna startade sin verksamhet. Därför beslutade[15] hälso- och sjukvårdsförvaltningen i maj 2018 att införa krav på konsultativt stöd till husläkarmottagningar och närakuter i uppdraget för vårdval ortopedi och vårdval handkirurgi.

I granskningen har framkommit att personalen vid närakuterna inte når specialister inom vårdvalen för konsultationer tillräckligt snabbt. En bidragande orsak till detta

[14] Verkställighetsbeslut 2017-04-04. HNSV 17248, HSN 1506-0864
[15] Verkställighetsbeslut 2018-05-18, HSSV 18136, HSN 1204-0539

uppges vara att det i avtalen för vårdvalen inte finns någon tidsangivelse för hur snabbt vårdvalsaktörerna ska svara på konsultationer. Enligt uppgift från hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer inte kraven i vårdvalen att skärpas, istället är inriktningen att konsultationerna framöver ska hanteras av akutsjukhusens specialister. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under hösten 2018 tagit fram en rutin för specialistkonsultationer[16]. Till rutinen har en telefonlista tagits fram, av vilken det framgår till vilket sjukhus närakuterna ska ringa. Av ruinen framgår även vilka principer som ska gälla för närakuternas specialistkonsultation under pågående handläggning. Dessa är bland annat ”hög tillgänglighet (svara snabbt, inga mellanhänder)” och att hög kompetens hos konsulten måste säkerställas. Vidare framgår att ”externa konsulter inom vårdvalet måste ha ett tydligt formulerat konsultuppdrag och vara tillgängliga under hela året.”

I granskningen framkommer skilda bilder av i vilken utsträckning konsultationer förekommer. Medan hälso- och sjukvårdsförvaltningen menar att konsultationer förekommer i ganska låg utsträckning menar akutsjukhusen att det förekommer i hög utsträckning. Det finns inget krav i vårdgivarnas avtal på att konsultationer ska registreras, därför går det inte att följa upp omfattningen av dessa. Enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns i dagsläget inga planer på att införa krav på registrering eller uppföljning av konsultationer. Företrädare för närakuterna menar att det är viktigt att skapa fungerande förutsättningar för specialister att arbeta med konsultationer, eftersom dessa är ett sätt att motverka att patienterna skickas vidare till andra vårdnivåer.

3.3.3 Enhetliga öppethållandetider och tillgång till röntgen och laboratorium

Av såväl Framtidsplanen som beslutet om ny närakutstruktur från 2015 framgår att enhetliga öppettider är centralt för att närakuterna ska uppfattas som en enhetlig vårdnivå. Enligt avtalen ska närakuterna vara öppna årets alla dagar klockan 08.00-22.00. Vårdgivaren ska under hela öppethållandetiden ta emot sökande patienter i enlighet med uppdragsbeskrivningen. I granskningen framkommer att vissa närakuter, redan från tidig kväll, börjar hänvisa patienter till andra vårdnivåer, alternativt hänvisar patienterna att återkomma nästa dag, för att kunna stänga verksamheten klockan 22.

Enligt intentionerna i Framtidsplanen och beslutet från 2015 ska närakuterna ta emot fler och mer komplexa patientgrupper än husläkarmottagningarna. En förutsättning för detta är att närakuterna har tillräcklig tillgång till medicinsk service, som exempelvis röntgen och laboratorieservice. Närakuterna ska[17] enligt avtal använda sig av leverantörer av laboratorium och röntgen som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har avtal med och bör i första hand använda sig av leverantörer som finns i närakutens närhet. I granskningen framkommer att närakuternas tillgång till laboratorium och röntgen skiljer sig åt. De närakuter som ligger i anslutning till ett akutsjukhus

[16] HDIR 18448
[17] Gäller undersökningar där kostnadsansvaret är delat mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och närakuterna.

har i regel bättre tillgång till medicinsk service eftersom dessa kan samarbeta med akutsjukhusen.

I granskningen framkommer vidare att vissa närakuter i anslutning till akutsjukhus har problem med att patienter inte får tider för röntgenundersökningar i den omfattning som krävs. Skälet uppges vara de medicinska prioriteringar som akutsjukhusen gör. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kompenserar sjukhusens radiologiska enheter med tillkommande ekonomisk ersättning för att de ska kunna prioritera även närakuternas patienter under hela deras öppethållande. Granskningen visar också att alla tjänster inte är möjliga att erbjuda då det saknas specialistkompetens alla timmar då närakuterna har öppet. Det gäller exempelvis ultraljuds- och CT-undersökningar[18].

3.3.4 Enhetliga principer vad gäller lokalisering och avtalsform

Enligt beslutet i hälso- och sjukvårdsnämnden 2015 om närakutstruktur var det viktigt att närakuterna lokaliserades geografiskt i länet så att alla invånare fick ett rimligt avstånd till närmaste närakut. Närakuterna föreslogs ha anknytning till akutsjukhusen. I beslutet fastslogs också att samtliga närakuter skulle upphandlas genom LOU och starta sin verksamhet den 1 januari 2017. Detta gick inte att genomföra på grund av att flera av de lokaler där närakuterna skulle bedriva sin verksamhet var i behov av stora renoveringar eller ombyggnationer. Därför beslutade[19] hälso- och sjukvårdsnämnden i maj 2016 att förskjuta starten av majoriteten av närakuterna till 2018. Samtidigt beslutades att tre närakuter i närheten av Södersjukhuset, Danderyds sjukhus respektive Karolinska Universitetssjukhuset i Solna skulle starta under 2017. Detta för att möjliggöra stängningen av akutmottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna under 2018. Eftersom en upphandling enligt LOU bedömdes ta för lång tid fick SLSO i uppdrag att bedriva verksamheten i egen regi vid dessa tre närakuter. Enligt beslutet beräknades dessa tre närakuter vara i drift vid halvårsskiftet 2017. Endast närakuten vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna öppnade under 2017, de övriga två öppnade under 2018.

I januari 2017 beslutade[20] hälso- och sjukvårdsnämnden att upphandla närakutverksamhet vid Nacka sjukhus och Sollentuna sjukhus[21] enligt LOU, samt att ge SLSO i uppdrag att bedriva närakuter vid Järva sjukhus, Handens sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och S:t Görans sjukhus. Närakuten vid Södertälje sjukhus beslutade nämnden samtidigt att sjukhuset själv ska bedriva. Uppdragsbeskrivningen för närakuten i Södertälje sjukhus är den samma som för de övriga närakuterna men sjukhuset har en annan ersättningsmodell. I planeringen av närakuterna framkom att avtalet med S:t Görans sjukhus inte möjliggör att sjukhuset kan leverera röntgen till den planerade närakuten. Därmed bedömde hälso- och sjukvårdsförvaltningen att det inte var möjligt att lokalisera en närakut i anslutning till S:t Görans sjukhus.

---

[18] CT, eller datortomografi, är en särskild form av röntgen.
[19] HSN 1506–0854
[20] HSN 2016–4892
[21] Då omfattande ombyggnationer pågår vid Sollentuna sjukhus är närakuten lokaliserad till Löwenströmska fram till och med 2019.

I april 2018 beslutade[22] hälso- och sjukvårdsnämnden därför att i stället utreda de lokalmässiga förutsättningarna för etableringen av en närakut i innerstaden. Utredningen resulterade inte i en lösning på frågan, eftersom förvaltningen inte lyckades hitta en lämplig lokal. På grund av problemen med att tillhandahålla en lämplig lokal för närakuten beslutade[23] hälso- och sjukvårdsnämnden att upphandla en närakut utan konkret lokalmässig anvisning men med krav på lokalisering i rimlig närhet till S:t Görans sjukhus. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under hösten 2018 påbörjat planeringen inför upphandlingen av närakuten. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att trolig start av närakuten i innerstaden blir under 2020.

Av besluten ovan framgår att 12 närakuter ska ingå i närakutstrukturen. Lokaliseringen av de sista två närakuterna är ännu inte beslutad. I nämndens beslut från 2015 framgår att det kan finnas behov av att genomföra en grundlig utredning för att slutligt fastställa förslaget till antal närakuter och lokalisering av verksamheten. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen planerar att utreda behovet av de två sista närakuterna och analysera erfarenheterna av införandet av de nuvarande närakuterna innan beslut om införande och lokalisering av de sista två. När slutligt beslut kommer att fattas är ännu inte klart.

3.4 Bedömning

Revisionen uppfattar att en viktig del i Framtidsplanen och beslutet om en ny struktur för akut omhändertagande, är att utveckla 1177 Vårdguiden som första kontakt med vården. Det som lyfts fram är framför allt utveckling av uppdraget att ge information och vägleda patienter till rätt vårdnivå, bl.a. genom e-tjänster. Några sådana tjänster finns ännu inte på plats även om hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat planeringen för videomöten för 1177 Vårdguiden. Samtidigt bedriver SLSO ett liknande arbete att utveckla en app för videomöten. Revisionen ser därmed en risk att olika utvecklingsarbeten sker parallellt i landstinget/regionen där samordningsfördelar bör finnas.

Revisionen bedömer att de variationer som finns i husläkarmottagningarnas möjlighet till akut omhändertagande påverkar hur styrningen av patienter kan genomföras. Enligt Framtidsplanen ska husläkaruppdragets roll som första linjens hälso- och sjukvård utveckla och stärkas, vilket även gäller akutverksamheten. Kraven på det akuta omhändertagandet i husläkaravtalen är dock allmänt formulerade och revisionens tidigare granskning har visat att intentionerna med ett breddat uppdrag inte genomförts. Vidare finns inga indikatorer i husläkaravtalen för uppföljning av det akuta omhändertagandet. Revisionen uppfattar även att det finns otydligheter mellan husläkarjourer och närakuter. Närakuterna ska utgöra en vårdnivå över husläkarverksamheten. Krav på husläkarjour finns dock inte i avtalen för alla husläkarmottagningar i hela länet, vilket innebär att närakuter i vissa områden även fungerar som husläkarjour och att vissa patienter därmed rutinmässigt hänvisas till en för hög vårdnivå. Revisionen bedömer att avtalen för husläkarmottagningarna inte ger tillräckliga förutsättningar för att husläkarverksamheten ska utgöra en enhetlig och

[22] HSN 2017–2061
[23] HSN 2017–2061

tydlig vårdnivå inom det akuta omhändertagandet. Revisionen bedömer att kraven i husläkaruppdraget avseende det akuta omhändertagandet bör förtydligas och att uppföljningen av det akuta omhändertagandet bör stärkas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om åtgärder i syfte att öka tillgängligheten i vårdnivån husläkarmottagning/husläkarjourer. Den beslutade systemuppföljningen av husläkarmottagningarna är ännu inte genomförd och revisionen kan inte bedöma om syftet med beslutet, nämligen färre besök på närakuterna, har påverkats av åtgärderna.

En förändrad patientstyrning förutsätter enligt hälso- och sjukvårdsnämnden att det finns en enhetlighet i närakuternas uppdrag för att kunna möjliggöra förändringen. En av anledningarna till att verksamhetsinnehållet varierar är att hälso- och sjukvårdsförvaltningen genom verkställighetsbeslut avtalat bort det av nämnden beslutade kravet på bokningsbara tider för 1177 Vårdguiden för de närakuter som bedrivs i SLSO:s regi. En annan anledning är att närakuter har startats i lokaler som inte uppfyller de avtalsmässiga kraven, vilket exempelvis lett till att observationsplatser inte finns i tillräcklig utsträckning på fyra av nio närakuter. Detta har i sin tur gett negativa konsekvenser för möjligheten att ta emot och behandla geriatriska patienter – en patientgrupp där akutsjukhusens akutmottagningar är i stort behov av avlastning. En tredje anledning till att verksamhetsinnehållet vid närakuterna varierar är att det saknas tillräcklig tillgång till laboratorium och röntgen på vissa närakuter. Revisionen bedömer att närakuterna i praktiken inte har ett enhetligt verksamhetsinnehåll vilket försvårar styrningen av patienter till rätt vårdnivå. Revisionen anser även att nämnden bör säkerställa att avtalen för laboratorium och röntgen är tillräckliga och efterlevs, så att närakuterna ges förutsättningar att utföra sitt uppdrag.

Det råder oklarheter i ansvar och omfattning avseende konsultationer. Riktlinjer har tagits fram under slutet av 2018. Revision anser att hälso- och sjukvårdsnämnden även behöver ställa tydliga krav i avtalen för de parter som ska leverera konsultationer, för att säkerställa att täckning finns för alla närakuter under hela öppethållandet.

Revisionen menar att det är av vikt att hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomför konsekvensanalyser inför införandet av nya vårduppdrag, eftersom olika vårduppdrag är beroende av varandra för att sjukvårdssystemet som helhet ska fungera. I granskningen framkommer att det finns avtalsmässiga förhållanden som förhindrat (tillgång till röntgen på S:t Göran) eller försvårat (tillräcklig tillgång till medicinsk service och konsultationer) genomförandet av närakutstrukturen. Revisionen menar därmed att det finns utrymme för att förbättra konsekvensanalyserna inför beslut om nya vårduppdrag.

Revisionen bedömer att principen om enhetlig avtalsform i praktiken inte har följts. Det finns i dagsläget tre avtalsformer för närakuterna. Principen om lokalisering har i stort följts, men det saknas fortfarande en närakut i närheten av S:t Görans sjukhus.

4 Förändrade patientflöden

4.1 Hänvisning

4.1.1 Ett utvecklat hänvisningsstöd

Enligt Framtidsplanen, tredje steget, ska grunden för all hänvisning av patienter inom SLL vara ett gemensamt bedömningsverktyg för alla delar i det akuta omhändertagandet. Här anges också att det ska vara användarvänligt och att det ska underlätta hänvisning av patienterna till lämpligast akut omhändertagande.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under hösten 2017 och våren 2018 tagit fram ett nytt hänvisningsstöd, Hänvisningsstöd SLL, som är en vidareutvecklad form av det så kallade Rådgivningsstödet (RGS) som redan tidigare använts av bland annat 1177 Vårdguiden på telefon. Rådgivningsstödet består av ca 2000 symptombeskrivningar som är kopplade till brådskegrad. I utvecklingen av hänvisningsstödet har symptomen kopplats till de olika vårdnivåerna inom SLL. Utifrån patientens symtom ska det vara möjligt att med hjälp av hänvisningsstödet bedöma inom vilken vårdnivå patienten ska hänvisas till. Ett led i utveckling har varit att alla Spesak[24] har gått igenom och godkänt hänvisningarna för sina respektive områden.

I ett verkställighetsbeslut fattat av chefläkaren för hälso- och sjukvårdsförvaltningen framgår att hänvisningsstödet är obligatoriskt att använda för alla vårdgivare inom SLL[25]. I granskningen har det framkommit att hänvisningsstödet innehållsmässigt upplevs som bra och att vårdgivarna har hjälp av det vid vägledningen av patienter till rätt vårdnivå. Hänvisningsstödet har tidigare begränsats av att det har varit svårt att använda. I november 2018 implementerades en ny webbversion som uppges vara mera användarvänlig. Under våren 2019 kommer en förstudie att påbörjas, vilken ska ligga till grund för fortsatt utveckling med fokus på anpassning till vårdgivarnas behov.

I Framtidsplanen tredje steget anges att en uppföljningsmodell av kvaliteten på hänvisningarna i det akuta omhändertagandet behöver utvecklas. I granskningen har framkommit att uppföljning sker av vissa delar[26] av hänvisningarna bland annat med fokus på 1177 Vårdguiden. Granskningen har också visat att uppföljning och kvalitetssäkring sker genom att en arbetsgrupp bestående av ett antal personer inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen löpande går igenom och vid behov justerar utifrån inrapporterade felaktigheter och synpunkter. Felaktigheter och synpunkter lämnas via en funktionsbrevlåda. Någon dokumentation avseende arbetsgrupp eller uppföljning och kvalitetssäkring av hänvisningsstödet finns inte.

[24] Spesak, specialistsakkunniga
[25] HSN 2016–4792
[26] HDHV18084 HSN2018-0003

4.1.2 Svårigheter med hänvisningarna

I granskningen framkommer att det finns svårigheter med att hänvisa patienter till rätt vårdnivå på grund av oklarheter och otydligheter i vad de olika vårdnivåerna består av. Detta gäller framför allt hänvisning till husläkarjourerna och närakuterna.

Eftersom husläkarjourer inte finns i hela landstinget, kan det vara svårt att hänvisa patienter till dessa (se 3.2). I granskningen framkommer att det i och med detta finns risk att hänvisningar på helger och kvällar i högre grad sker till närakuter än vad som är medicinskt motiverat. Som beskrivits ovan (se 3.3.3) klarar vissa närakuter inte av att leva upp till kraven på tillgång till röntgen och laboratorietjänster. Detta leder till att hänvisningar ibland behöver göras horisontellt inom samma vårdnivå, t.ex. från närakut utan tillgång till laboratorium och röntgen till närakut med denna service, vilket inte var tanken initialt.

Närakuterna ska enligt uppdrag ta emot geriatriska patienter. Granskningen har visat att dessa ofta hänvisas vidare till sjukhusens akutmottagningar eftersom närakuterna i vissa fall inte har de observationsplatser som behövs för att ta hand om denna patientgrupp (se 3.3.1). Lokalerna för flertalet närakuter är inte i enlighet med avtalen (se 3.3.4) vilket gör att det inte finns utrymme att ha observationsplatser. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har för vissa närakuter fattat verkställighetsbeslut avseende avsteg från bland annat tillgång till observationsplatser vilket gör att närakuterna i praktiken inte har ett enhetligt uppdrag.

I granskningen framkommer att det i hänvisningsstödet finns tillägg avseende vilken närakut man vid vissa sjukdomstillstånd ska vända sig till för att klara av att styra patienterna om behov finns av laboratorium, röntgen eller observationsplatser.

Det fria valet innebär att patienten kan vända sig till alla vårdgivare oavsett nivå och utförare för att få en bedömning, vilket innebär att det alltid finns patienter som initialt hamnar på fel vårdnivå. I bedömningen som görs av respektive vårdgivare avgörs vilken vårdnivå som är lämplig i respektive fall. Därefter hänvisas patienten, i det fall det behövs, vidare till rätt vårdnivå.

För 1177 Vårdguiden är det i vissa fall svårt att skaffa sig en tydlig bild av patientens hälsotillstånd då kontakten enbart sker per telefon. Detta gör att det kan vara svårt att hänvisa patienten till rätt vårdnivå och en risk finns att bedömningar görs som leder patienten till en högre vårdnivå för säkerhets skull. Det innebär en risk för att patienter hänvisas flera gånger. Vissa närakuter nämner att de i flera fall hänvisar patienterna vidare till en annan nivå (ofta husläkare) även i fall där patienten fått rådet från 1177 Vårdguiden att gå till en närakut.

I juni 2018 beslutade hälso- och sjukvårdsförvaltningen om tilläggsavtal[27] med 1177 Vårdguiden på telefon om att erbjuda tjänsten Patientvägledning för akut verksamhet. Detta som stöd för bl.a. närakuter och akutsjukhusen. Syftet med tjänsten, Patientvägledning för akut verksamhet, är att hänvisa patienter till en lämplig vårdnivå eller ge råd om egenvård. Personal på akutmottagning respektive närakut gör en initial bedömning av om patienten är i behov av akut vård eller inte. Om inte, så

[27] HSN 1303–0384

erbjuds patienten möjligheten att inom 30 minuter bli kontaktad av 1177 Vårdguiden på telefon som genomför en bedömning och hänvisning i enlighet med patientens vårdbehov i enlighet med hänvisningsstödet.

4.1.3 Bokning hos andra vårdgivare

Av tjänsteutlåtandet till hälso- och sjukvårdsnämnden beslut i mars 2017 om en ny struktur för akut omhändertagande framgår att tidsbokning via telefonrådgivningen bör införas under 2018 i syfte att öka följsamheten till råden om rätt vårdnivå. I granskningen framkommer att detta inte är helt utvecklat i dagsläget och inte ingår i avtalet för 1177 Vårdguidens telefonrådgivningstjänst. Under 2018 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen påbörjat ett pilotprojekt för tidsbokning via 1177 Vårdguiden på telefon på gynmottagningar, husläkarmottagningar och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

Närakuterna ska enligt avtalets uppdragsbeskrivning ge 1177 Vårdguiden tillgång till bokningsbara tider. Möjligheten för 1177 Vårdguiden att boka tider åt patienter på närakuter har dock tagits bort genom ett verkställighetsbeslut för de närakuter som drivs i SLSO:s regi (se 3.3.1). Kravet slopades för att ge närakuterna möjlighet att ytterligare kunna fokusera på sin del i det akuta omhändertagandet och uppdraget att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar. Kravet på tidsbokning kvarstår dock på de närakuter som inte drivs av SLSO och är upphandlade enligt LOU.

4.2 Kommunikationsinsatser

Enligt Framtidsplanen tredje steget ska kommunikationsfrågor ske med utveckling och samordning av budskap och aktiviteter. Strategier ska utvecklas som bedriver kommunikationsarbetet på invånarnas villkor, som stödjer målgruppernas beteende för att uppnå Framtidsplanens målbild, som upplevs som enkel och attraktiv och som kommunicerar helhet och sammanhang.

Under hösten 2017 togs av hälso- och sjukvårdsförvaltningen fram ett ramverk fram för hur kommunikation avseende vårdnivåer inom SLL ska se ut. Konceptet Rätt vård nära dig är tänkt att skapa en röd tråd som underlättar för invånarna att förstå, hitta och göra rätt val i vården.

En färgskala kopplat till de olika vårdnivåerna har tagits fram där grönt motsvarar råd via 1177 Vårdguiden och egen vård, gult motsvarar husläkare, orange motsvarar närakuter och rött står för akutmottagningar. Intensivakuten på Nya Karolinska har medvetet hållits utanför kampanjerna som riktats till allmänheten då det inte är en sökbar nivå för patienterna.



Granskningen har visat att ett omfattande arbete har gjorts för att kampanjerna ska hamna rätt i tid och nå rätt målgrupper. Ett stort fokus har legat på lokal information i samband med öppnandet av de olika närakuterna med informationskampanjer i bland annat lokalpress och kollektivtrafiken. Det har även gjorts direktutskick hem till hushållen.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen medvetet valt att i kampanjerna inte fokusera på nivån husläkarmottagning, den gula nivån. Detta för att det finns problem med tillgängligheten i det akuta omhändertagandet inom husläkaruppdraget (se 3.2) Fokus i de under året gjorda kampanjerna och informationsinsatserna har legat på vägledning från akutmottagning på sjukhus till närakut för att kunna klara stängningen av akutmottagningen på Karolinska Solna. Fokus i kommunikationsinsatser framöver ska vara på 1177 Vårdguiden och på husläkarmottagning, enligt företrädare för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

4.3 Omstyrning av patientflödena

Stängningen av Karolinska Universitetssjukhusets öppna akutmottagning och öppnandet av Nya Karolinskas intensivakut har inneburit att akut sjuka patienter behövt fördelas till övriga vårdgivare inom Stockholms läns landsting. Patienter med akuta behov som tidigare tagits emot på Karolinska Universitetssjukhuset ska i första hand styras om och omhändertas vid Danderyds sjukhus eller vid S:t Görans sjukhus. Övriga patienter i behov av akut vård som inte kräver akutsjukhusets resurser ska i första hand tas om hand vid närakuter.

Inför omstyrningen genomförde hälso- och sjukvårdsförvaltningen en riskanalys[28]. I denna identifierades bland annat brist på slutenvårdskapacitet vid akutsjukhusen, särskilt vid Danderyds sjukhus och S:t Görans sjukhus. Som en konsekvens av bristen på slutenvårdskapacitet, kan inte hela omstyrningen genomföras som planerat under 2018. Hälso- och sjukvårdsdirektören har därför beslutat[29] att patienter i ambulans från Sundbyberg som skulle kunna tas emot på Danderyds sjukhus fortsatt ska styras till intensivakuten på Karolinska Solna, som längst fram till och med

[28] HSN 2016-4792-10
[29] Verkställighetsbeslut 2017-12-07, HDIR 17330, Verkställighetsbeslut 2018-03-07 HDIR 18064

sommaren 2019. Därefter ska dessa patienter styras till Danderyds sjukhus när ytterligare vårdplatser tillgängliggjorts. Av beslutet framgår även att omstyrningen till Danderyds sjukhus förutsätter att tillgången till geriatriska vårdplatser vid Danderyds sjukhus säkerställs.

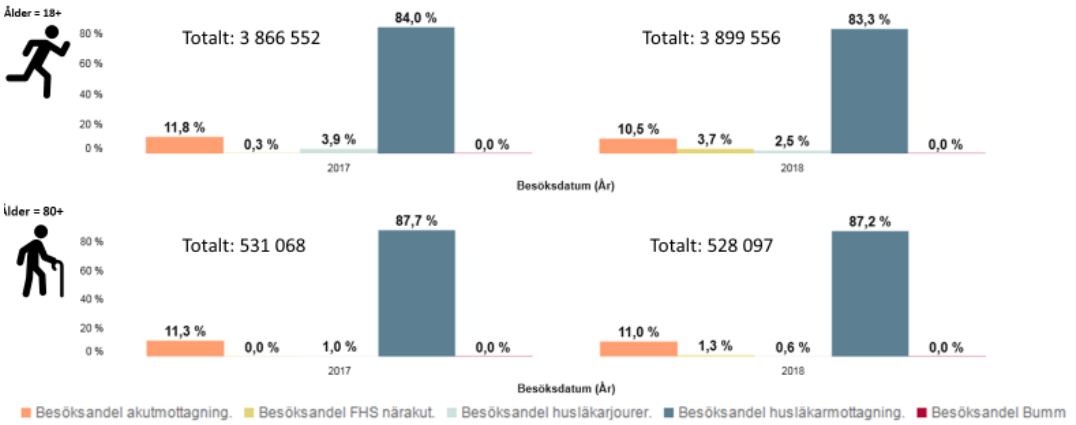
I granskningen framkommer att öppnandet av närakuterna i kombination med omstyrningen av patienter från Karolinska Solna har resulterat i att andelen svårt sjuka patienter har ökat på akutmottagningarna, vilket också var avsikten. Mindre sjuka patienter tas i stället om hand på närakuter. Granskningen visar också att geriatriska patienterna fortsatt tas om hand av akutsjukhusen, då närakuterna inte har kunnat ta hand om denna patientgrupp som planerat. I granskningen framkommer vidare att andelen patienter som läggs in på sjukhusen från akutmottagningarna har ökat efter att omstyrningen genomförts, vilket var väntat enligt plan. Förseningar av byggnationer vid flera akutsjukhus i kombination med en svår kompetensförsörjningssituation, gör att tillgången på vårdplatser vid akutsjukhusen är begränsad. I granskningen framkommer att det begränsande antalet vårdplatser och sjukare patienter har lett till ett fortsatt ansträngt läge på sjukhusens akutmottagningarna.

Under omstyrningen av de akuta flödena har hälso- och sjukvårdsförvaltningen sammankallat berörda vårdgivare i genomförandegrupper. I dessa ingår representanter på ledningsnivå för verksamheter och vårdgivare som påverkas av omstyrningen så som MedHelp, SOS Alarm, SLSO och akutsjukhusen. Under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören och chefläkaren SLL, sammanträder genomförandegrupperna varannan vecka. Grupperna är till största delen ett forum för information och erfarenhetsutbyte och dialog mellan förvaltningen och vårdgivarna med möjlighet att lyfta problem som uppstår under omstyrningen. Vid behov bildas mindre arbetsgrupper för att hitta lösningar på specifika frågor. Beslut fattas enligt respektive organisations ordinarie beslutslinjer eller i vissa fall som verkställighetsbeslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. Förvaltningen har förberett mötena med genomförandegrupperna via veckovisa möten i en beredningsgrupp med bred intern representation och med företrädare för landstingsstyrelsen förvaltning. I granskningen framkommer att mötena är uppskattade och uppges av flertalet vara en bra form för problemlösning. Vissa frågor som lokalfrågor och kompetensförsörjning har dock enligt vad som framkommer i granskningen varit svåra att påverka i det korta perspektivet.

4.4 Uppföljning av patientflöden

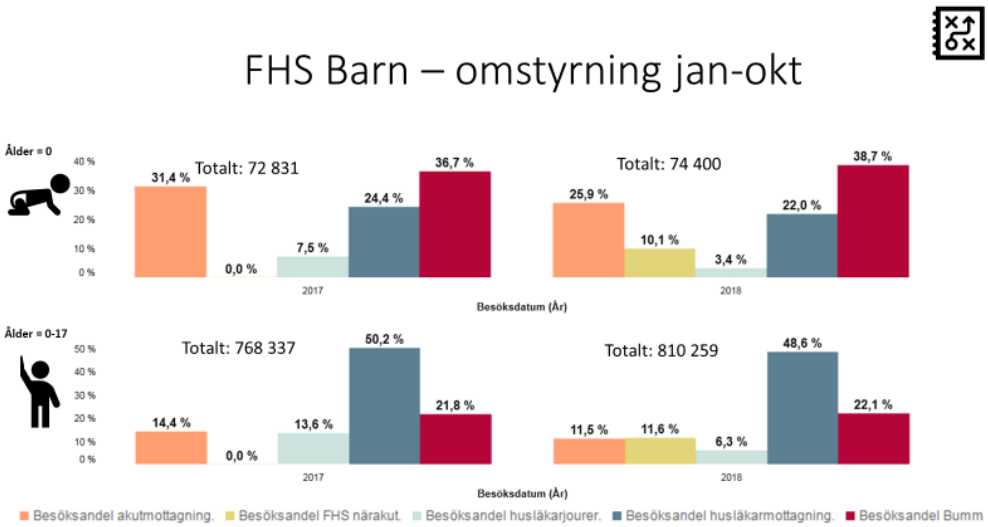
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har vid varje möte med genomförandegruppen presenterat statistik över patientflödena. Statistiken visar bland annat antal besök för de olika vårdnivåerna i det akuta omhändertagandet och antal samtal till 1177 Vårdguiden. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har utvecklat ett mer användarvänligt webgränssnitt till sin statistikdatabas. Detta möjliggöra för vårdgivarna att själv följa statistiken över antalet patienter som tas emot på de olika vårdnivåerna.

Följande diagram visar utfallet av det akuta omhändertagandet på respektive vårdnivå för perioden januari till oktober för 2017 respektive 2018.



Statistiken visar att andelen vuxna patienter i båda åldersintervallen, i enlighet med intentionerna, har minskat något på akutmottagningarna. I gruppen 18-80 år minskar andelen från 11,8 procent januari-oktober 2017 (se diagrammet till vänster) jämfört med samma period 2018 då andelen uppgick till 10,5 procent (se diagrammet till höger). Närakuternas andel, till och med oktober 2017, av det akuta omhändertagandet för vuxna var 0,3 procent för vuxna mellan 18 och 80 år och har ökat till 3,7 procent för samma period 2018. Andelen besök av äldre över 80 år på närakuter var 0 procent 2017och har ökat till 1,3 procent 2018. Andelen patienter på husläkarjourer och husläkarmottagningar har minskat för båda grupperna jämfört med 2017. Statistiken för vuxna tyder på att den nya vårdnivån, närakut, tar patienter från akutmottagningar men troligen även från lägre vårdnivåer som husläkare/husläkarjourer.

Samma statistik finns för barn.



Här kan man tydligt se att besök på akutmottagningar, husläkarjourer och

husläkarmottagningar har minskat samtidigt som en ökning skett på närakuterna. Även här tyder statistiken på att närakuter tar barnpatienter från akutmottagningarna, som det är tänkt, men troligen även från lägre vårdnivåer som husläkare.

I granskningen framkommer att antalet patienter på närakuterna är som högst mellan klockan 17 och 19. Detta sammanfaller med stängning av husläkarmottagningar. Statistiken indikerar att det finns en risk att patienter med enklare symptom då går till en närakut istället för att vända sig till husläkarjourer eller vänta till dagen efter då husläkarmottagningen öppnar. Om patienterna väljer att besöka en närakut istället för husläkarjour alternativt husläkarmottagning, kan det innebära att patienterna tas emot på en för hög vårdnivå.

4.5 Bedömning

Det av hälso- och sjukvårdsförvaltningen framtagna hänvisningsstödet spelar en avgörande roll i att möjliggöra omstyrningen av patienter. Hänvisningsstödet är omfattande och komplext. Revisionen bedömer att den modell för uppföljning och kvalitetssäkring av hänvisningsstödet som finns på plats inte är tillräckligt heltäckande och är allt för personberoende. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att uppföljning av hänvisningsstödet och kvalitetssäkringen av det utvecklas till att omfatta andra delar än 1177 Vårdguiden och att processen dokumenteras.

I granskningen har framkommit att det finns svårigheter att hänvisa patienter till rätt vårdnivå. Ett flertal av dess svårigheter beror på otydligheter i vårdnivåerna. Husläkarjourer är ojämnt placerad inom länet och avsaknaden av enhetlighet i närakuternas verksamhetsinnehåll, där vissa saknar tillgång till laboratorier, röntgen och observationsplatser, gör att hänvisningarna försvåras med risk att de sker till en högre vårdnivå för säkerhets skull. Otydligheten innebär att det för patienten i vissa fall kan leda till fler hänvisningar och bedömningar som tar tid och ork för den sjuka patienten och är ineffektiv användning av vårdens resurser. Revisionen bedömer att dessa otydligheter därför behöver åtgärdas för att hänvisningarna ska leda patienten till rätt vårdnivå på en gång.

Avsteg från avtalet för närakuter i egen regi bland annat när det gäller tidsbokning har lett till att möjligheten för tidsbokning är liten och i vissa fall obefintlig. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör ta ett samlat grepp om hur man ska se på och hantera tidsbokning inom de olika vårdnivåerna.

Revisionen uppfattar att de genomförda informationskampanjerna har varit tydliga när det gäller att bidra till att styra om från akutmottagningar till närakuter. Däremot behöver information om vårdnivån husläkare stärkas och förtydligas så att patienter kan styras till rätt nivå. Av den statistik som revisionen har tagit del av framgår att närakuterna har ökat sin andel av besöken medan akutmottagning, husläkare och husläkarjourer har minskat.

Revisionen bedömer att den planerade omstyrningen av lättare patienter från akutmottagningar till närakuter har genomförts. I granskningen har också framkommit att andelen svårare sjuka patienter på övriga akutmottagningar har ökat som tänkt efter stängningen av Karolinska Solnas akutmottagning. Detta har, i kombination

med dels förseningar av utbygganden av slutenvården vid flera akutsjukhus, dels att geriatrikpatienter fortfarande i stor utsträckning hänvisas till akutmottagningarna, lett till en fortsatt ansträngd situation för sjukhusens akutmottagningar. Revisionen konstatera att omhändertagandet av geriatrikpatienter fortsatt är problematiskt. Det är även väsentligt att färdigställandet av byggnationer inte försenas ytterligare.

5 Utformning av ersättningsystem

5.1 Husläkarverksamheten

Ersättningsmodellen i avtalen för husläkare har inte ändrats med anledning av införandet av den nya strukturen för akut omhändertagande. Husläkarnas ersättningsmodell är tredelad; en produktionsrelaterad, en uppdragsrelaterad och en målrelaterad. Den produktionsrelaterade delen består av besöksersättning kopplad till antal patienter som besöker husläkarmottagningen och åtgärdsersättning. Uppdragsersättningen är en ersättning för de personer som finns listade hos vårdgivaren. Den målrelaterade ersättningen omfattar kvalitetsrelaterad ersättning[30] samt vite för ej uppnådda mål.

5.1.1 Ekonomiska incitament för tillgänglighet

Det finns ingen särskild ersättning för akuta besök eller någon ersättning kopplad till tillgänglighet i husläkarmottagningarnas akuta omhändertagande. För de husläkarmottagningar som anordnar husläkarjour utgår särskild listningsersättning, besöksersättningen är den samma som för husläkarmottagningarna.

I husläkaruppdragets ersättning finns incitament utformade för att ytterligare öka vårdgivarens benägenhet att ta emot de patienter som är listade på husläkarmottagningen. Målrelaterad ersättning/vite ges till husläkarmottagningarna för deras listade patienters besök i annan öppenvård. En hög andel besök hos den egna mottagningen premieras och en låg är belagd med vite.[31] I granskningen framkommer att vitesnivåerna upplevs vara för lågt satta för att ge någon effekt.

Efter ersättningsmodellens införande i samband med vårdvalet 2008 ökade läkarbesöken vid husläkarverksamheten. Kritik riktades mot ersättningsmodellen för att den bidrog till att husläkarverksamheten fokuserade på att producera läkarbesök, vilket lett till att lättare sjuka fått för hög prioritet i förhållande till mer vårdtunga patienter. Mot bakgrund av detta beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden 2015[32] att justera ersättningsmodellen så att andelen besöks- och åtgärdsrelaterad ersättning reducerades (från 60 till ca 40 procent) medan listningsersättningen höjdes (från 40 till ca 60 procent) från 2016, vilket gällt även under 2017 och 2018. Syftet har varit att ge husläkarmottagningarna förutsättningar att prioritera kroniskt sjuka och vårdtunga

[30] Kvalitetsrelaterad ersättning ges för fortbildning STRAMA, listades besök i annan vård, astma/KOL-mottagning, äldremottagning, utökad e-hälsa, följsamhet till Kloka Listan, telefontillgänglighet, KVÅ-registrering av psykosociala insatser, ökat antal besök, automatisk rapportering av väntetider.
[31] Kvalitetsrelaterad ersättning ges för upp till 2,2 besök. Vite ges vid 2,6 besök eller högre.
[32] HSN 1506–0745

patienter. Förändringen utvärderades under 2017. Utvärderingen visade att antalet läkarbesök minskade medan antalet besök hos sjuksköterska ökade. Ökningen av antalet sjuksköterskebesök motsvarade inte minskningen av antalet läkarbesök, vilket innebar att det totala antalet besök minskade. Under hösten 2017 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden om ökade medel till husläkarverksamheten för åtgärder för ökad tillgänglighet, bland annat medel för ökat antal besök. (se 3.2).

5.1.2 Utredning av systemeffekter

I granskningen framkommer att man från hälso- och sjukvårdsförvaltningens sida har uppmärksammat att avtalen för husläkare och närakuter inte fullt ut stödjer varandra. Bland annat innebär den ökade listningsersättningen för husläkarverksamheten att incitamenten att ta emot patienter minskat, vilket kan leda till att husläkarmottagningar hänvisar patienter till närakuter i för hög utsträckning. Ersättning utgår till både närakut (produktionsrelaterad) och husläkare (uppdragsersättning).

Nya avtal för husläkarverksamheten ska tas fram 2020. I granskningen har inte framkommit att det pågår någon utredning avseende hur de olika ersättningsmodellerna påverkar varandra inför framtagandet av nya avtal. I utvärderingen av den reviderade ersättningsmodellen som gjordes 2017 finns ingen analys av hur husläkarverksamhetens ersättningar påverkar andra vårdgivare eller -nivåer.

5.2 Närakuterna

Ersättningsmodellen för närakuterna[33] består i huvudsak av två delar; en uppdragsrelaterad och en produktionsrelaterad. Den uppdragsrelaterade ersättningen består bland annat av ersättning för triagefunktion, telefonrådgivning, tillhandahållande av observationsplatser, samverkan med andra vårdgivare och lokaler. Den produktionsrelaterade ersättningen består av ersättning för utförda prestationer som differentieras i tre olika grupper – röda, gula och gröna diagnoser – utifrån resursåtgång. Ersättningsmodellen innehåller även kvalitetsrelaterad ersättning som kan utgå i form av bonus eller vite.

5.2.1 Ekonomiska incitament för att behandla rätt patienter

Närakuternas ersättningsmodell innebär att en högre resursåtgång ger högre ersättning. En indelning har gjorts av diagnoser i röd, gul och grön. Röda diagnoser är diagnoser som förväntas generera högst resursåtgång, gula diagnoser har bedömts vara något mindre resurskrävande och de gröna diagnoserna förväntas generera lägst resursåtgång av de tre grupperna. Gröna diagnoser kan i normalfallet också omhändertas vid en husläkarmottagning[34]. Den kvalitetsrelaterade ersättningen innehåller bland annat bonus om andelen besök för röda diagnoser utgör 12 procent eller mer av andelen besök.[35]

[33] Närakuten som drivs av Södertälje sjukhus har en annan ersättningsmodell bestående av fast ersättning och rörlig ersättning för barn utöver 8000 barn som ingår i fast ersättning.
[34] LS 2016–0090 HSN 2016–0800
[35] Utgör 0,75 procent av totalt utbetald ersättning. Kvalitetsersättningen uppgår till max 2,5 procent.

Fördelningen mellan de olika diagnosgrupperna är inte fast men enligt uppgift har utgångspunkten från hälso- och sjukvårdsförvaltningen varit en fördelning på 10 procent röda, 30 procent gula och 60 procent gröna. Då närakuterna är en ny vårdnivå har hälso- och sjukvårdsförvaltningen gjort extra granskning och revidering av diagnosindelningen för ersättning till närakuterna (röda, gula och gröna). Detta har gjorts vid två tillfällen under 2018, i maj och september. Resultatet av dessa har blivit att fler diagnoser klassificeras som gula respektive röda jämfört med tidigare. Ytterligare revidering kommer att göras årligen.

Uppföljning av avtalen ska ske årsvis, vilket innebär att en uppföljning av närakuternas avtal i sin helhet inte hade gjorts när granskningen genomfördes (hösten 2018).

5.2.2 Utredning av systemeffekter

I granskningen har det framkommit att framtagandet av ersättningsmodellen för närakuterna påbörjades hösten 2015. Vid framtagandet hade förvaltningen enligt uppgift hjälp av ett konsultföretag (Ivbar) som hjälpte till med analyser. Bland annat ska analyser av olika ersättningsmodeller effekter på patientstyrningen ha gjorts. Revisionen har efterfrågat underlag och analysmaterial, men detta finns enligt uppgift inte dokumenterat.

I uppdraget för närakuter ingår att vid behov göra konsultationer med specialistläkare. (se 3.3.2). Det utgår i dagsläget ingen ersättning till de vårdgivare som ska ge konsultationer till närakuterna.

5.2.3 Ekonomiska konsekvenser av närakuterna

När budgeten för 2018 togs fram var endast avtalen för två av de tio planerade närakuterna klara. Det fanns en osäkerhet om hur många ytterligare närakuter som kunde öppnas då det var svårt att få fram lämpliga lokaler (se 3.3.4). Detta har också gjort att det enligt uppgift varit svårt att uppskatta kostnaden för närakuterna. Budgeten på 344 mnkr kommer inte att hållas då prognosen ligger på 404 mnkr, ett underskott med 60 miljoner kronor. Enligt uppgift kommer budget 2019 att justeras utifrån nu gällande avtal.

5.3 Bedömning

Revisionen konstaterar att det inte finns några särskilda ekonomiska incitament för husläkaruppdraget att stärka tillgängligheten i det akuta ohändertagandet. Revisionen menar att detta är ett område som bör utvecklas i husläkaravtalen i syfte att stärka husläkarnas roll i det akuta omhändertagandet.

Revisionen konstaterar att det finns ekonomiska incitament för att ta emot resurskrävande patienter på närakuterna. Hittills har ingen utvärdering av om incitamenten är tillräckliga gjorts och de analyser och simuleringar som gjorts i samband med att en ny ersättningsmodell för närakuterna togs fram har inte dokumenterats eller följts upp. Revisionen konstaterar att det därför inte går att bedöma om ersättningsystemet styrt i önskvärd riktning. Statistik tyder dock på att närakuterna tagit patienter från akutmottagningarna som planerat, men även från

husläktmottagningarna, tvärt emot intentionerna. Revisionen bedömer att en analys av närakuternas ersättningsmodell bör göras och dokumenteras.

Avtalen för närakuter och husläkare stödjer dessutom inte varandra fullt ut. Revisionen bedömer att ersättningsmodellerna som finns för närakuter och husläkare bör utvecklas för att ge tydligare incitament för vårdgivare att ta emot rätt patienter på rätt vårdnivå.

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