Västerbottens läns landsting

MISSIV 1 (2)

2017-03-30 REV 48:3–2016

Landstingsstyrelsen

Granskning av landstingsstyrelsens styrning av primärvården

Under de senaste åren har landstingets revisorer genomfört ett antal granskningar som visat att landstingsstyrelsen inte haft en tillräcklig styrning och kontroll över primärvården. I en ny granskning kan vi åter konstatera att landstingsstyrelsens styrning av primärvården är för svagt utvecklad och att landstingsstyrelsen inte vidtagit åtgärder för att rätta till svagheterna:

- Landstingsstyrelsen har inte gjort det tydligt vad styrelsens ansvar för primärvården innebär. Varken när det gäller styrelsens ansvar som beställare av primärvård eller utförare av primärvård. Landstingsstyrelsen behöver definiera sitt ansvar som beställare och utförare för att kunna ställa nödvändiga krav i styrningen av primärvården.
- Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att det finns en organisation som är tillräcklig för beställarstyrning av primärvården. Ansvar och roller som beställare och utförare hålls dessutom inte tydligt isär.
- Granskningen identifierar flera brister i styrningen av primärvårdens kvalitet och ekonomi och när det gäller samverkan med andra huvudmän.
- Den uppföljning som landstingsstyrelsen gör av primärvården är inte tillräcklig.

Det är positivt att landstingsstyrelsen under våren 2016 beslutade om en handlingsplan för bemanningen av primärvården i egen regi. Vi anser dock att landstingsstyrelsen borde ha agerat betydligt tidigare och inte först när bemanningsproblemen blev akuta. Enligt primärvårdens årsrapport 2016 saknades ca 60 distriktsläkare vilket innebar att ca 50 procent av tjänsterna var vakanta. Under år 2016 ökade volymen inhyrda läkare med ca 200 veckor jämfört med år 2015. Den handlingsplan som landstingsstyrelsen beslutade om har i ett kort perspektiv inte gett några direkta effekter.

Trots tidigare granskningar och trots att landstingsstyrelsen själv gjort bedömning att det finns brister, exempelvis inför beslut i april 2015 om en översyn av Hälsoval Västerbotten, så har landstingsstyrelsen inte agerat. Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att skyndsamt vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa en tillräcklig styrning och uppföljning av primärvården.

Västerbottens läns landsting
Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

Vid revisorernas överläggning den 30 mars 2017 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 17/2016) lämnar revisorerna för yttrande till landstingsstyrelsen. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 2 oktober 2017.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice Ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av landstingsstyrelsens styrning av primärvården

Rapport nr 17/2016

Västerbottens läns landsting

Mars 2017
Gunnar Uhlin och Anders More, Ernst & Young AB
Diarienummer: REV 48:2–2016

Granskning av landstingsstyrelsens styrning av primärvården

Västerbottens läns landsting

Building a better
working world

Innehåll

1 Sammanfattning ... 3
2 Inledning ... 5
2.1 Bakgrund ... 5
2.2 Övergripande revisionsfråga och syfte ... 5
2.3 Avgränsning ... 5
2.4 Revisionskriterier ... 6
2.5 Metod ... 6
3 Utgångspunkt ... 7
3.1 Tidigare granskningar av primärvården ... 7
3.2 Reflektion ... 8
4 Ansvar för primärvård och övrig hälso- och sjukvård ... 8
4.1 Reglementen ... 8
5 Primärvård i VLL ... 11
5.1 Definition av primärvård ... 11
5.2 Vårdval i primärvården ... 12
5.3 Vad omfattar primärvården i VLL? ... 12
6 Tjänstemannaorganisation ... 13
6.1 Verksamhetsområden och staber ... 13
6.2 Beställarfunktion ... 14
6.3 Verksamhetsområde Primärvård ... 16
7 Styrning av primärvård ... 18
7.1 Landstingsplan ... 18
7.2 Landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2016, ... 18
7.3 Landstingets primärvårds verksamhetsplan ... 19
7.4 Hälsoval Västerbotten ... 20
8 Uppföljning och kontroll av verksamheten ... 24
8.1 Ekonomi ... 24
8.2 Måluppföljning ... 25
8.3 Uppföljning av hälsovalet ... 27
9 Samverkan ... 29
9.1 Bedömning ... 29
10 Avstämning av revisionsfrågorna ... 29

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västerbottens läns landsting genomfört en granskning av landstingsstyrelsens styrning av primärvården. Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll av primärvården dels som beställare, dels som utförare av primärvård i landstingets regi.

Sedan 2011 har revisorerna genomfört ett antal granskningar av landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll av primärvården. Granskningarna har haft olika inriktningar men har den gemensamma nämnaren att de resulterat i bedömningar av att landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll har varit otillräcklig. Dessutom har landstingsstyrelsen själv gjort bedömning att det finns brister i beställarstyrningen av hälsovalet t.ex. inför beslut i april 2015 om översyn av Hälsoval Västerbotten. Trots detta har inte landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder som på något avgörande sätt kunnat säkerställa en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av primärvården. Vi ser det som ett allvarligt konstaterande.

Granskningen visar att landstingsstyrelsens reglemente inte på ett tydligt och relevant sätt definierar landstingsstyrelsen ansvar och uppgifter för primärvård samtidigt som ansvaret för samverkan lagts på nämnderna för folkhälsa och primärvård. Landstingsstyrelsen har ett ansvar för primärvården som innebär att den måste hantera ett antal olika ansvar och roller. För att kunna genomföra ansvaret på ett effektivt sätt bedömer vi att landstingsstyrelsen måste; definiera vad respektive ansvar innebär och vilka krav som följer av ansvaren, vilken styrning och uppföljning som krävs för att ha kontroll över genomförandet samt vilken organisation och resurser som behövs för att förvalta uppdraget. Landstingsstyrelsen har inte gjort det tydligt vad ansvaret för primärvården innebär. Varken när det gäller ansvaret som beställare av primärvård som ingår i LOV och som inte ingår i LOV eller ansvaret som driftsnämnd för primärvård som ingår i LOV och som inte ingår i LOV.

När det gäller styrning av primärvården är det vår bedömning att landstingsstyrelsen inte utövar en tillräcklig styrning dels av beställaransvaret, dels av ansvaret som driftsnämnd (utförare). Bristen gäller i bägge avseenden styrning av primärvårdens kvalitet, ekonomi men även av samverkan. Landstingsstyrelsen har inte heller vidtagit tillräckliga åtgärder i tid för att säkerställa landstingets primärvårds behov av kompetensförsörjning.

Den uppföljning och kontroll som landstingsstyrelsen gör av primärvården är otillräcklig. Särskilt bristfällig är den uppföljning som görs av primärvården inom Hälsovalet och då särskilt avtalsuppföljningen i förhållande till ställda krav. Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att det finns en organisation som är tillräcklig för beställarstyrning av primärvården. Ansvar och roller som beställare och utförare hålls dessutom inte tydlig isär inom organisationen samtidigt som det saknas riktlinjer för konkurrensneutralitet.

Granskningen visar också på att landstingsstyrelsen inte har tagit en aktiv ledning för att ta fram riktlinjer och förutsättningar i övrigt för samverkan mellan olika aktörer inom vården och mellan huvudmän. Mål och uppföljning av samverkan saknas.

Vi har i granskningen noterat att det finns tveksamheter i beslutsfattandet när det gäller beslut om kompensation för hyrläkarkostnader. I landstingsstyrelsens budget anslås inte medel för kompensationen. Granskningen visar också att trots att landstingsstyrelsen gett uppdrag om att följa upp beställar- och utförarorganisationen har detta inte blivit gjort, vilket enligt vår bedömning är otillfredsställande. Hur frågan om att återbesök per telefon, som under vissa förutsättningar, kan ersättas som ett fysiskt besök har hanterats under

2016 och visar på allvarliga brister i beslutsordning och kommunikation samt tillämpning av beslutad ersättningsmodell.

Vår sammanfattande bedömning i granskningen är att landstingsstyrelsen inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll av primärvården dels som beställare, dels som utförare av primärvård i landstingets regi. Landstingsstyrelsen har, trots kunskap om brister i modellens tillämpning, underlåtit att vidta nödvändiga åtgärder.

Utifrån granskningens resultat ger vi landstingsstyrelsen följande rekommendationer:

- Säkerställ att åtgärder vidtas för att en tillräcklig styrning och kontroll av primärvården kan utövas, vilket kräver att åtgärder vidtas inom följande områden:
  - Ansvar för beställning och utförande av primärvård.
  - Styrmodell för primärvård inom och utom LOV.
  - Utveckling och förtydligande av hälsovalsmodellen (förfrågningsunderlaget).
  - Modell och metoder för tillräcklig uppföljning av hälsovalet och primärvård i övrigt.
  - Resurser och organisation för beställarstyrning av primärvård.
  - Samverkan med vårdaktörer och huvudmän.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt av fullmäktige beslutat reglemente har landstingsstyrelsen dels ansvar för beställning och uppföljning av primärvård, dels driftsansvar för verksamhetsområdet primärvård.

Den landstingsdrivna primärvården är organiserad i verksamhetsområdet Primärvård. För beställning, uppföljning och kontroll av Hälsovalet finns en beställarfunktion som ingår i ledningsstaben. Verksamhetsområdet Primärvård är förutom utförare inom ramen för hälsovalet också utförare av konkurrensskyddad primärvård som har avgränsats i förhållande till hälsovalet.

Revisorerna har under de senaste åren, med olika inriktningar, genomfört ett antal granskningar av primärvården. För varje sakområde inom primärvården som varit föremål för granskning har det visat sig att landstingsstyrelsen har haft en svagt utvecklad styrning och uppföljning. Dessutom har det visat sig att landstingsstyrelsen med anledning av revisorernas rekommendationer inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att förbättra styrning och uppföljning av primärvården. Sammantaget finns det en risk för att landstingsstyrelsen inte har utformat förutsättningar för att genomföra primärvårdsuppdraget på ett ändamålsenligt sätt. Indikationer på att så kan vara fallet är att det i granskningar inte har framkommit stöd för att landstingsstyrelsen tolkat och tydliggjort ansvaret i sin helhet samt utformat en struktur med organisering av tillräckliga resurser för styrning och uppföljning av primärvården.

Med anledning av ovanstående bedömer revisorerna det som angeläget att göra en granskning av hur landstingsstyrelsen hanterar ansvaret för primärvården och om en tillräcklig styrning och uppföljning av primärvården utövas.

2.2 Övergripande revisionsfråga och syfte

Syftet med granskningen har varit att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll av primärvården dels som beställare, dels som utförare av primärvård i landstingets regi.

Revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen tydliggjort vad ansvaret för primärvården i sin helhet innebär?
- Har landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig styrning av primärvården?
- Har landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av primärvården?
- Har landstingsstyrelsen säkerställt att tjänstemannaorganisationen har förutsättningar att genomföra uppdraget i sin helhet på ett ändamålsenligt och effektivt sätt?
- Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns en effektiv samverkan mellan primärvården, sjukhusvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

2.3 Avgränsning

Granskningen har avsett landstingsstyrelsens ledning av den hälso- och sjukvård som bedrivs inom primärvården.

2.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Revisionskriterier kan även utgöras av vedertagen praxis eller etablerad kunskap inom området.

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen.
- Hälso- och sjukvårdslagen.
- Landstingsplan 2016–2019 inkl. årlig plan för 2016.
- Landstingsstyrelsens reglemente.

2.5 Metod

Granskningen har genomförts med stöd av dokumentstudier och intervjuer med kostnads- och bemanningsansvariga chefer. I granskningen har också inhämtats information från nyligen av revisorerna genomförda granskningar som berört primärvården.

Intervjuer kommer att genomföras med bland andra:

- Ordförande och andre vice ordförande, landstingsstyrelsen.
- Landstingsdirektör.
- Chef, Ledningsstaben.
- Utredare, Ledningsstaben.
- Primärvårdsdirektör.
- Verksamhetsutvecklare, landstingets primärvård.
- Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör.
- Representanter för hälsocentraler.
- Representanter för kommunal hälso- och sjukvård.

Exempel på dokument som har ingått i granskningen utgörs av:

- Landstingsplan och budget.
- Reglementen.
- Protokoll.
- Förfrågningsunderlag m.m., Hälsovalet.
- Verksamhetsplaner 2016 och 2017
- Delårsrapporter 2016.
- Delårsrapporter.
- Årsredovisning 2015

3 Utgångspunkt

3.1 Tidigare granskningar av primärvården

Revisorerna har under de senaste åren, med olika inriktningar, genomfört ett flertal granskningar av primärvården. En kortfattad sammanfattning av bedömningar/iakttagelser som gjorts i respektive granskning framgår nedan:

Granskning	Sammanfattande bedömning
Landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll av primärvård inom hälsoval Västerbotten (2011).	Landstingsstyrelsens styrning, uppföljning och kontroll av primärvården inom hälsovalet inte var tillräcklig för att säkerställa en ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet.
Granskning av landstingets kontroll av utbetalda ersättningar i hälsovalet (Rapport nr 07/2013).	En slutsats var att iakttagelsen i granskningen 2011 kvarstod om att landstingsstyrelsen inte hade säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av utförarna i hälsovalet.
Granskning av första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa (Rapport nr 10/2014).	I granskningen konstaterades att landstingsstyrelsen inte hade följt upp och utvärderat primärvårdens uppdrag som första linjens vård av barn och unga med psykisk ohälsa samt att landstingsstyrelsen inte hade säkerställt en ändamålsenlig samverkan. En sammanfattande bedömning var att landstingsstyrelsen i egenskap av beställare måste stärka och utveckla sin styrning av primärvården.
Granskning av vård för barn och unga med psykisk ohälsa i södra Lappland (Rapport nr 07/2015).	En sammanfattande bedömning i rapporten var att styrningen av området av barn och unga med psykisk ohälsa var otillräcklig och att landstingsstyrelsen behövde stärka styrningen och uppföljningen av primärvårdens uppdrag att utgöra första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa.
Granskning av samverkan mellan vuxenpsykiatrin och primärvården (Rapport nr 19/2015).	En sammanfattande slutsats i granskningen var att landstingsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatrin bedrivs. Dessutom framkom att det saknades styrning inom området, såväl politisk som från tjänstemannaledningen.
Granskning av samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre (Rapport nr 08/2016).	Den sammanfattande slutsatsen, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, var att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun inte hade säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre bedrivs.

Granskning	Sammanfattande bedömning
Granskning av samverkan i vården för personer med beroende och missbruksproblematik (Rapport nr 09/2016).	Av den samlade bedömningen framgår att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun brister i att säkerställa att det finns ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring för att tillgodose behov av vård, omsorg och stöd för personer med beroende- och missbruksproblem. Styrningen bör tydliggöras och uppföljningen bör stärkas.

3.2 Reflektion

En gemensam nämnare för de bedömningar eller slutsatser som redovisats i ovanstående granskningar är att landstingsstyrelsen har bedömts ha en svagt utvecklad styrning, uppföljning och kontroll av primärvården.

Samtidigt har det visat sig att landstingsstyrelsen, med anledning av revisorernas rekommendationer i granskningarna, inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att förbättra styrning och uppföljning av primärvården. Sammantaget finns det därför en risk att landstingsstyrelsen inte har utformat förutsättningar för att genomföra primärvårdsuppdraget på ett ändamålsenligt sätt. Indikationer på att så kan vara fallet är att det i granskningar inte har framkommit stöd för att landstingsstyrelsen tolkat och tydliggjort ansvaret i sin helhet samt utformat en struktur med organisering av tillräckliga resurser för styrning och uppföljning av primärvården.

4 Ansvar för primärvård och övrig hälso- och sjukvård

4.1 Reglementen

4.1.1 Landstingsstyrelsen ansvar för primärvård

Av landstingsstyrelsens reglemente, senast reviderat av landstingsfullmäktige 2015-06-16, framgår att: "Styrelsen är verksamhetsansvarig myndighet och beställare för Hälsoval Västerbotten. Vidare ange att frågor av principiell beskaffenhet eller av större vikt för landstinget ska hänskjutas till fullmäktige för beslut".

Landstingsstyrelsen företräder landstinget som beställare av primärvård och ska inom ramen för uppgiften träffa överenskommelse respektive avtal med utförare av primärvård och svara för uppföljning av hur uppdraget uppfylls.

Vidare framgår av reglementet att landstingsstyrelsen har verksamhetsansvar och personalansvar med därtill hörande arbetsmiljöansvar för staberna, och för verksamhetsområdena Primärvård och Service. Landstingsstyrelsen ska kontinuerligt följa upp hur verksamheten bedrivs inom ansvarsområdena stab, primärvård och service.

I landstingsstyrelsens uppgift ingår att utse en landstingsdirektör som högsta ansvarig tjänsteman och utfärda en tjänsteinstruktion för denna tjänst. Landstingsstyrelsen fastställde i december 2011 en instruktion för landstingsdirektören som dock enligt beslut av landstingsstyrelsen den 7 juni 2016 upphörde att gälla. Motivet till beslutet var att instruktionen inte längre ansågs fylla någon funktion. Styrelsen biträds i sitt arbete av landstingsdirektören, VO-chefer och landstingsdirektörens staber.

Av intervjuer har det inte framgått att landstingsstyrelsen för egen del på ett samlat sätt definierat vad ansvaret enligt reglementet för primärvården innebär och av vad som krävs för att sköta verksamheten på ett ändamålsenligt sätt. Det vi har noterat är att vissa delar av vad ansvaret innebär framgår av dokumentet "Översyn av landstingets tjänstemanna-organisation" (VLL 1515-2009) även om syftet med dokumentet inte var att definiera den politiska uppgiften och ansvaret för primärvården.

4.1.2 Nämnder för folkhälsa och primärvård

Inom landstinget finns tre nämnder för folkhälsa och primärvård med var sitt geografiska ansvarsområde: Umeåregionen, södra Lappland samt Skellefteå och Norsjö.

Av nämndernas reglemente framgår att huvuduppgiften är att bedöma hälsoläget bland befolkningen i det geografiska området och till följd av detta skatta behovet av primärvård och folkhälsoinsatser i området samt bedöma behovet av åtgärder för att förbättra denna. Nämnderna ska bedöma hur dessa behov av åtgärder tillgodoses i relation till prioriteringsprinciperna.

Nämnderna bemyndigas enligt reglementet att träffa samverkansöverenskommelser som inte är av ekonomisk karaktär/medför ekonomiska åtaganden inom nämndernas ansvarsområde med externa parter. Nämnderna ska lämna underlag till landstingsstyrelsen inför fullmäktiges beslut om landstingsplan och andra styrande dokument.

4.1.2.1 Samverkansnämnden

Samverkansnämnden har som huvuduppgift att med ett samordningsansvar för nämnderna för folkhälsa och primärvård bereda motioner i de frågor som rör hälsoläget bland befolkningen i länet och till följd av detta bidra till bedömningar av behovet av primärvård och folkhälsoinsatser samt behovet av förbättringsåtgärder.

4.1.3 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) uppdrag är att vara verksamhetsansvarig nämnd för den verksamhet som bedrivs inom verksamhetsområdena sjukhusvård och tandvård. Uppdraget innebär att nämnden har det yttersta ansvaret i enlighet med bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och tandvårdslagen, med undantag för de områden som ligger under landstingsstyrelsen och nämnden för funktionshinder och habilitering, för den vård som landstinget utövar inom områdena sjukhusvård och tandvård

Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar omfattar att se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lag och av fullmäktige beslutade mål och riktlinjer. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att det finns ändamålsenliga kontrollsystem och ge direktiv till verksamheten som säkerställer fullgörandet av nämndens uppdrag.

I uppdraget ingår också att vara ansvarig för behovs- och produktionsstyrning inom ansvarsområdet samt personal- och arbetsmiljöansvar för ingående verksamhetsområden. Nämnden ska samverka med nämnden för funktionshinder och habilitering och nämnderna för folkhälsa och primärvård i frågor som berör dessa nämnder.

4.1.4 Nämnden för funktionshinder och habilitering

Nämnden för funktionshinder och habilitering är verksamhetsansvarig nämnd för den verksamhet som ger insatser inom habilitering och rehabilitering till personer med funktionsnedsättning samt tolkservice för döva och hörselskadade. Nämnden ansvarar också för myndighetsutövning enligt lagen om särskilt stöd och service (LSS).

Vad som ingår i ansvaret i övrigt för verksamhetsområdet överensstämmer i stort med vad som redovisats ovan under hälso- och sjukvårdsnämnden frånsett ansvaret för behovs- och produktionsstyrning.

4.1.5 Bedömning

Landstingsstyrelsens uppgift för primärvården enligt reglementet är att utgöra verksamhetsansvarig myndighet och beställare för hälsovalet samt att vara verksamhets- och personalansvarig för verksamhetsområdet primärvård.

Ett konstaterande är att landstingsstyrelsens hälso- och sjukvårdsansvar enligt reglementet inte beskrivs på samma sätt som för hälso- och sjukvårdsnämnden där det framgår att nämnden har det yttersta ansvaret enligt HSL för sjukhusvård och tandvård. HSN har vidare ett ansvar att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt lag och i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt att ansvara för behovs- och produktionsstyrning. Både i HSN:s och i nämnden för funktionshinder och habiliterings reglemente anges att de ska samverka med nämnderna för folkhälsa och primärvård (inte landstingsstyrelsen) och sinsemellan i frågor som berör nämnderna. Nämnderna för folkhälsa och primärvård har förutom sin huvuduppgift, att bedöma hälsoläget bland befolkningen, att skatta behovet av primärvård och folkhälsoinsatser samt bedöma behovet av åtgärder för att förbättra folkhälsan, också uppgiften att företräda primärvården i kontakt med andra samhällsaktörer och att träffa samverkansöverenskommelser (ej ekonomisk karaktär/ekonomiska åtaganden) inom nämndens ansvarsområde med externa aktörer. De ska också internt i landstingets organisation samverka med nämnder och tjänstemannaorganisation. I princip har dessa nämnder uppgiften att bereda underlag men har också getts viss beslutanderätt när det gäller samverkansöverenskommelser.

Vår slutsats är att landstingsstyrelsens reglemente inte på ett tydligt och relevant sätt definierar landstingsstyrelsens ansvar och uppgifter för primärvård. Samtidigt har det uttalade ansvaret för samverkan lagts på nämnderna för folkhälsa och primärvård. Ansvaret för landstinget hälso- och sjukvård är i sin tur fördelat på tre nämnder: landstingsstyrelsen, HSN och nämnden för funktionshinder och habilitering. Styrning och utveckling av primärvården måste enligt vår bedömning ske utifrån ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvårdssystemet i landstinget. Den nuvarande ansvarsfördelningen i den politiska organisationen, anser vi, ställer stora krav på ansvariga nämnder och i synnerhet på landstingsstyrelsens samordning och styrning för att ytterst kunna säkerställa en ändamålsenlig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Den tolkning som vi gör av landstingsstyrelsens reglemente är att i styrelsens uppgift ingår följande uppgifter:

- Fullgöra landstingets ansvar enligt HSL inom primärvården som ytterst syftar till att befolkningen ska ha tillgång till en god primärvård på lika villkor. I ansvaret ingår landstingets huvudmannaskap för all landstingsfinansierad primärvård.
- Vara beställare av all primärvård som faller under lagen om valfrihetssystem (LOV).
- Uppdragsgivare för primärvård som inte faller under LOV.
- Ansvara för och bedriva primärvård inom LOV.
- Ansvara för och bedriva primärvård som inte faller under LOV.

Ett annat sätt att beskriva landstingsstyrelsens roll beträffande primärvård är att den både har rollen som beställarnämnd i förhållande till primärvård som omfattas av LOV, men också i förhållande till de primärvårdsuppdrag som inte ingår i LOV och som produktionsstyrelse för den primärvård som utförs i egen regi inom och utanför LOV.

Generellt ställs dessutom kravet på landstingsstyrelsen att varje ansvar ska kunna genomföras med stöd av en väl utvecklad styrning, kontroll och uppföljning för att landstingsstyrelsen ska kunna sköta verksamheten på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll. Med ändamålsenligt menas i detta sammanhang att verksamheten lever upp till de krav som följer av lagstiftning och tillämpliga författningar i övrigt och fullmäktiges mål och riktlinjer. För den verksamhet som bedrivs inom hälsovalet gäller dessutom att konkurrensneutralitet ska säkerställas.

Landstingsstyrelsen har m.a.o. ett sammansatt och uppfordrande ansvar för primärvården med flera olika roller. För att kunna genomföra ansvaret på ett effektivt sätt bedömer vi att landstingsstyrelsen måste; definiera vad respektive ansvar innebär och vilka krav som följer av ansvaren, vilken styrning och uppföljning som krävs för att ha kontroll över genomförandet samt vilken organisation och vilka resurser som behövs för att förvalta uppdraget.

5 Primärvård i VLL

5.1 Definition av primärvård

Det finns inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag annat än vad som anges i HSL 5§. Där framgår att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

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

I ett beslut från juni 2009 då landstingsfullmäktige i VLL antog de övergripande principerna för primärvården i Västerbotten framgår att primärvården vara första linjens sjukvård och finnas så nära medborgarna som möjligt. Vården ska ges efter behov.

I och med att det saknas en lagstadgad definition av primärvården kan uppdraget påverkas av till exempel landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den kommunala självstyrelsen ger också landstingen stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras.

I den nationella statistiken hänförs följande till primärvård: åtgärder av läkare som upprätthåller funktion som specialist i allmänmedicin inom såväl offentlig som privat verksamhet, distriktssköterskeverksamhet och barn- och mödrahälsovård exklusive specialistmödravård.

Till primärvård räknas också kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet.

5.2 Vårdval i primärvården

Riksdagen antog den 25 februari 2009 propositionen Vårdval i primärvården. Förändringen av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebar att från den 1 januari 2010 skulle landstingen[1] ha organiserat primärvården så att medborgarna kunde välja vårdgivare. Detta ska ske genom att landstingen inför ett vårdvalssystem i enlighet med lagen (2008:963) om valfrihetssystem, LOV. Vårdvalssystemet ska utformas så att alla utförare behandlas lika. Vårdgivare, som uppfyller de krav som landstingen ställer, har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Invånarnas val får inte begränsas till ett viss geografiskt område (inom landstinget) och ersättningen ska följa den enskildes val av utförare.

Den upphandlande myndigheten ska löpande annonsera upphandlingen. Lagen bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan leverantörerna.

I VLL infördes Hälsovalet med start 1 januari 2010. Ett gemensamt arbete hade dessförinnan skett inom den norra sjukvårdsregionen med syfte att likställa utformningen av landstingens syn på hur vårdvalet skulle utformas.

5.3 Vad omfattar primärvården i VLL?

Huvuddelen av den primärvård som landstingsstyrelsen ansvarar för utförs inom ramen för hälsovalets basuppdrag. År 2016 motsvarade bruttobudgeten för basuppdraget ca 90 procent av landstingsstyrelsens primärvårdsbudget. Utöver basuppdragen ingår två tilläggsuppdrag i hälsovalet: familjecentralsverksamhet och administration av centraliserad primärvårdsjour i Umeå. Dessa uppdrag genomförs inom de hälsocentraler som VLL bestämmer.

Övrig primärvård inom verksamhetsområde Primärvård som inte är konkurrensutsatta utgörs av: glesbygdsmedicinskt centrum, vårdplatser på sjukstugorna, sjukvårdsrådgivning 1177, familjemedicin och forskning, ungdomshälsa/ungdomsmottagning, centrum mot våld, alkohol- och drogmottagning, vuxenhabilitering Tre Älvar, resursteam i Skellefteå, sammanhållen hälso- och sjukvård i Umeå, inkontinensköterska, psykiatrisköterska, sjukvårdsgrupp och ljusbehandling.

Av Hälsoval Västerbotten, uppdrag och regler 2016, framgår att för konkurrensskyddade verksamheter och uppdrag träffas särskild överenskommelse med chef för verksamhetsområdet Primärvård. Överenskommelserna baseras på landstingsstyrelsens årliga verksamhetsplaner.

Enligt uppdrag och regler för 2017 är de mot hälsovalet avgränsade verksamheterna anslagsfinansierade och följer samma krav på redovisning som övriga anslagsfinansierade verksamheter i landstinget.

Det finns f.n. 39 hälsocentraler inom landstinget, varav 32 i landstingets regi och 7 i privat regi. Av de privata hälsocentralerna finns fyra i Umeå samt en i respektive Holmsund, Jörn och Lycksele.

En iakttagelse i granskningen är att överenskommelser tecknas direkt med berörda hälsocentraler för tilläggsuppdrag i form av familjecentraler och med en hälsocentral avseende administration av primärvårdsjour. Övriga uppdrag/verksamheter som bedrivs tillhör organisatoriskt verksamhetsområde primärvård. Landstingsstyrelsen är uppdragsgivare och

[1] Med landsting menas landsting, regioner och Gotlands kommun.

har ansvar för uppföljning av uppdragen. Primärvårdschefen har i sin tur ansvar för övergripande uppföljning, rapportering och ekonomisk redovisning till politiska organ som är uppdragsgivare.

5.3.1 Bedömning

Primärvård ingår som en del av den öppna vården och ska finnas tillgänglig för hela befolkningen och utan avgränsningar erbjuda grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens resurser.

En konsekvens av ovanstående är att primärvården inte är tydligt avgränsad men också att vad som ingår i primärvårdens uppdrag förändras över tid. Utvecklingen av primärvården måste också ske i samarbete med sjukvårdshuvudmännen (landsting och kommun) inom landstinget mellan olika vårdnivåer.

Vår bedömning är att ovanstående förutsättningar ställer krav på landstingsstyrelsen när det gäller utveckling och utformning av primärvården och på samordning med kommuner och vårdnivåer inom landstinget. Utvecklingen av primärvården måste dessutom hanteras i förhållande till landstingets samlade sjukvårdssystem. Därför är det enligt vår mening viktigt att landstingsstyrelsen har en strategi och ett tillämpat tillvägagångssätt för att driva och följa upp utvecklingen av primärvården.

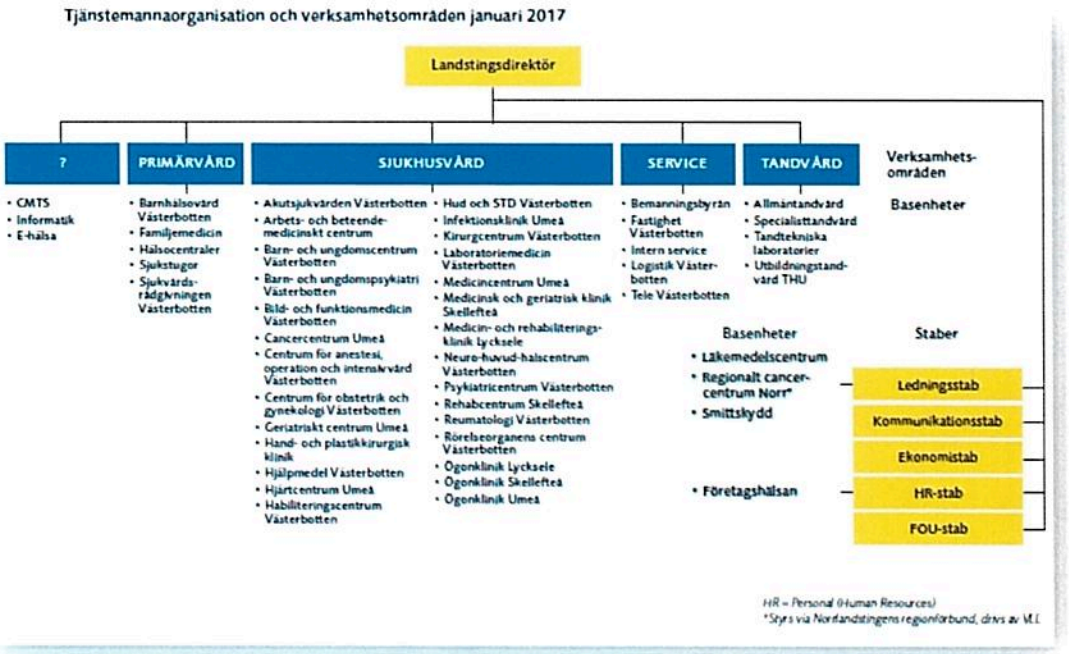
Styrningen av primärvården inom hälsovalet utgår från uppdrag och regler som årligen revideras av landstingsstyrelsen. Uppdrag och regler hänvisar sedan i sin tur till ett antal styrande förutsättningar och dokument som ska tillämpas vid genomförandet av hälsovalsuppdraget. När det gäller styrningen av övrig ej konkurrensutsatt primärvård, förutom de tilläggsuppdrag där överenskommelser tecknas med berörd hälsocentral, förefaller det oklart hur styrningen i praktiken är tänkt att genomföras. Enligt uppdrag och regler 2016 verkar det som att uppdragstyrning med stöd av en överenskommelse med primärvårdschefen ska tillämpas vilket dock inte framgår av uppdrag och regler 2017.

6 Tjänstemannaorganisation

6.1 Verksamhetsområden och staber

Tjänstemannaorganisationen i VLL finns i en samlad förvaltning med landstingsdirektören som ytterst ansvarig tjänsteman. Förvaltningen som har varit organiserad i fyra länsövergripande verksamhetsområden har varit föremål för en översyn under 2016. En konsekvens av översynen blev bl.a. att ett nytt verksamhetsområde infördes som omfattar de tidigare basenheterna informatik Västerbotten, centrum för medicinsk teknik och strålningsfysik i Västerbotten och enheten för E-hälsa (i skrivande stund har inte verksamhetsområdet getts ett specifikt namn). Även förändringar, fr.o.m. 1 november, har gjorts beträffande staberna som har reducerats till fem från att ha varit sex staber. Den aktuella organisationen framgår nedan i figur 1.

Figur 1 Tjänstemannaorganisationen fr.o.m. 2017



6.2 Beställarfunktion

Beställarfunktionen för Hälsoval Västerbotten är organiserad inom ledningsstaben[2] under landstingsdirektören i enheten för beställning, samverkan och juridik. Beställarfunktionen består av två tjänstemän; strateg (50 procent) och utredare (50 procent) med möjlighet avropa resurser/kompetenser från staberna i övrigt. Beställarfunktionen ska arbeta med andra kompetenser i ett nätverk. Chefen för ledningsstaben är direkt underställd landstingsdirektören. Enhetschefen för beställning, samverkan och juridik ansvarar inte för sakfrågorna inom beställarfunktionen.

I ett dokument (Översyn av landstingets tjänstemannaorganisation daterat 2009-10-27) beskrivs beställarfunktionens uppdrag enligt nedan.

- Årligen ta fram förslag till uppdragsbeskrivning (beställning).
- Svara för kontinuerlig uppföljning av träffade överenskommelser/avtal.
- Svara för kontinuerlig rapportering av resultat från uppföljningen till den politiska organisationen.

Av dokumentet framgår också en generell beskrivning av landstingets roll som beställare respektive utförare. Vidare sägs i underlagt att utöver den kompetens som finns inom staben behövs ytterligare administrativ kompetens. Inledningsvis föreslås det ske i "nätverksform". *"På sikt behöver sannolikt sådana resurser inordnas i en gemensam organisation – ett "beställarkansli". Inför kommande mandatperiod bör en prövning göras av hur den fortsatta politiska "beställarstyrningen" ska utformas".*

[2] Fr.o.m. 1 november ingår beställarfunktionen i ledningsstaben. Tidigare ingick den i staben för planering och styrning.

Västerbottens läns landsting har inte tagit fram riktlinjer som syftar till att kunna säkerställa konkurrensneutralitet för verksamhet som är konkurrensutsatt, t.ex. hälsovalet.

Landstingsstyrelsen gav i uppdrag till landstingsdirektören i oktober 2013 att utvärdera beställarfunktionen. Någon sådan utvärdering blev dock aldrig gjord. Den 4 februari 2015 gav landstingsstyrelsen landstingsdirektören i uppdrag att lämna förslag på beslutsordning, precisera och göra en översyn av hälsoval Västerbotten, utformning och dess ersättningsmodell samt lämna förslag på förändringar. Uppdraget skulle återrapporteras senast vid utgången av april 2015. Av ärendebeskrivningen framgick att "nätverkslösningen" för det administrativa stödet till beställaren har visat på påtagliga brister med konsekvenser som otillräckliga resurser och kompetens att tillgodose de lagliga krav som ställs på landstinget när det gäller uppföljning av de överenskommelser och avtal som träffats med utförare. Som en följd av detta har styrelsen i sin verksamhetsplan 2014 angett att följa upp om beställar- och utförarorganisationen anpassats till de villkor som gäller för införandet av hälsoval.

Den 4 april 2015 behandlas ett ärende på landstingsstyrelsen om uppdragsbeskrivning "översyn av Hälsoval Västerbotten och dess ersättningsmodell". Landstingsstyrelsen beslöt då att översynen ska identifiera vilka konsekvenser som följer med nuvarande utformning. Fokus ska ligga på proportionalitet, förutsättningar utifrån geografi och befolkningsstruktur samt ekonomimodellen. I juni 2015 behandlades förslagen från översynen av landstingsstyrelsen. Förslagen avsåg bl.a. förändring av beslutsordning i reglementet och förändring av ekonomimodellen med ett borttagande av ACG.

I intervjuer har framkommit en närmast samstämmig uppfattning om att beställarfunktionen är underdimensionerad och att den behöver förstärkas. En förklaring som har framförts till varför inga åtgärder vidtagits är att organisationen har haft fokus på den tidigare tänkta regionbildningen i Norrland. Nu är intentionen istället att till 2019 bilda region Västerbotten, vilket i sin tur kommer att innebära att både den politiska organisationen och tjänstemannaorganisationen kommer att bli föremål för översyn. I detta arbete ingår att överväga hur det politiska ansvaret för hälso- och sjukvården ska fördelas men även hur beställarfunktionen för hälsovalet ska utformas.

6.2.1 Bedömning

Det är klart otillfredsställande att det som uttryckligen var en intention från början att också göra en översyn av beställar- och utförarorganisationen inklusive beställarfunktion aldrig blev genomförd. De främsta problemområden som hade identifierats med modellen hanterades inte i översynen. Konsekvensens är att dessa brister kvarstår sju år efter det att hälsovalsmodellen infördes.

Vår utgångspunkt är att det vid varje tillfälle måste finnas förutsättningar att i enlighet med kommunallagen 6 kap. 7 § bedriva verksamheten i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt och de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att det för beställaransvaret måste finnas ett tjänstemannastöd som har förutsättningar att genomföra uppdraget på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Beställarfunktionens uppdrag har inte definierats på annat sätt än vad som framgår i översynen av landstingets tjänstemannaorganisation från 2009. Vad beställaransvaret för hälsovalsmodellen innebär är i detta underlag mycket översiktligt och enligt vår uppfattning otillräckligt beskriven. I princip framgår att beställaransvaret innebär att årligen föreslå uppdragsbeskrivning för hälsovalet, följa upp och rapportera till den politiska organisationen. Vår bedömning är att det ska finnas en tydligt fastställd uppdragsbeskrivning för beställarfunktionen som definierar ansvar och uppgifter. Ett tydligt uppdrag är sedan en

viktig utgångspunkt för att kunna definiera beställaruppdragets huvudprocess och delprocesser samt aktiviteter som ska säkerställa en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av beställaransvaret.

Roller och ansvar är inte tillräckligt tydligt definierade för primärvården samtidigt som kapaciteten för att förvalta hälsovalsmodellen och utveckla primärvården i sin helhet är otillräcklig. I allt väsentligt saknas riktlinjer för att hantera landstingsstyrelsens ansvar och roller inom primärvården som huvudman, beställare, och utförare. Detsamma gäller beträffande riktlinjer för hur likvärdiga villkor (konkurrensneutralitet) ska kunna upprätthållas. Med tanke på att nuvarande organisation varken på politisk nivå eller på tjänstemannanivå särskiljer ansvaren och rollerna organisatoriskt är det en vår uppfattning särskilt angeläget att det finns antagna riktlinjer för konkurrensneutralitet.

För närvarande har beställarfunktionen resurser för att administrera hälsovalet och för att följa upp det i enlighet med uppföljningsplanen men inte för regelmässig avtalsuppföljning, fördjupade uppföljningar, kvalitetsutveckling och samordning. "Nätverkslösningen" för beställarstödet kan inte tillförsäkra de resurser som krävs för att tillgodose de krav som ställs.

Bedömningen är att landstingsstyrelsen inte har säkerställt att det finns tillräckliga förutsättningar i organisationen att förvalta ansvaret i sin helhet som landstingsstyrelsen har för primärvård.

6.3 Verksamhetsområde Primärvård

6.3.1 Organisation

I organisationen för landstingets primärvård ingår 32 hälsovalsenheter och sex enheter som driver tilläggsuppdrag: sjukvårdsrådgivningen 1177, barnhälsovårdsenheten, familjemedicin, glesbygdsmedicinskt centrum, primärvårdsjouren i Umeå och ungdomshälsan i Umeå. Förutom primärvårdsdirektören ingår i primärvårdens verksamhetsledning följande: chefsassistent/kommunikatör, verksamhetsutvecklare, verksamhetsstrateg och HR-strateg. Primärvårdsdirektören ingår i landstingsdirektörens ledningsgrupp.

6.3.2 Styrning av landstingets primärvård

I det dokument (Översyn av landstingets tjänstemannaorganisation daterat 2009-10-27) som har refererats till ovan framgår också förslag till förändrad organisation för primärvården som i sin tur innehåller en beskrivning av primärvårdens uppdrag, styrning och ledning. Enligt vad som framgår av dokumentet ska landstingets primärvård få ett renodlat utföraruppdrag som regleras i en särskild uppdragsbeskrivning som fastställs av behörigt politiskt organ. Vidare framgår att den principiella styrningen av landstingets primärvård sker genom en överenskommelse baserad på en uppdragsbeskrivning som träffas mellan behörigt politiskt organ som beställare och primärvårdsorganisationen som utförare. Överenskommelsen ska kontinuerligt följas upp av beställaren. Överenskommelsen är likvärdig med de avtal som träffas med privata utförare av primärvård i landstinget.

Av dokumentet framgår också att landstingets primärvård leds av primärvårdschefen som är direkt underställd landstingsdirektören. Verksamheten ska bedrivas med stöd av en samlad verksamhetsplan som fastställs av primärvårdschefen

6.3.3 Bemanning

En för landstingets primärvård väsentlig fråga är bemanningsfrågan. För närvarande (enligt landstingets primärvårds årsrapport 2016) saknas cirka 60 distriktsläkare, vilket inne-

bär att ca 50 procent av tjänsterna är vakanta. Endast ett fåtal hälsocentraler är fullbemannade med specialistläkare. Under 2016 ökade antalet "stafettveckor" med cirka 300 veckor jämfört med 2015. Det har också blivit svårare att rekrytera sjuksköterskor. Under 2016 ökade antalet veckor med inhyrda sjuksköterskor från 60 året innan till 270 veckor. Det framförallt i Skellefteå och södra Lappland som bemanningssituationen är som mest besvärlig.

Under 2016 har också frågan om primärvårdens bemanningssituation hanterats av landstingsstyrelsen. Vid sammanträdet den 5 april 2016 beslutade landstingsstyrelsen om att ge landstingsdirektören i uppdrag att genomföra föreslagna och påbörjade åtgärder i handlingsplan för bemanning. Handlingsplanen innehåller åtgärder som har tagits fram både av representanter från majoriteten och oppositionen för att utveckla primärvården i Västerbotten. Sammanlagt finns 21 åtgärder i handlingsplanen. Landstingsdirektören fick i uppdrag att återkomma med delrapportering i juni och återrapportering i oktober om åtgärdernas effekt och med eventuella ytterligare förslag och behov av åtgärder. Landstingsstyrelsen har därefter i januari 2017 beslutat om ytterligare återrapporteringar i maj och december 2017.

Parallellt pågår ett gemensamt arbete med stöd av SKL i samtliga landsting och regioner med sikte på att bli oberoende av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Målet är att nå dit senast den 1 januari 2019. Det som planeras handlar bland annat om åtgärder inom arbetsmiljö, kompetensförsörjning och nya arbetssätt.

En iakttagelse är att Sveriges Läkarförbund i januari 2016 publicerade en "diagnos på primärvården i Västerbottens läns landsting" där de ville varna för risken att verksamheterna kan komma att hamna i en ond cirkel där resurs- och rekryteringsproblem förstärker varandra. Sveriges läkarförbund hävdar i rapporten att VLL är ett av de tre landsting som har störst problem med vakanser på vårdcentralerna. Mer än hälften av befolkningen är hänvisade till vårdcentraler där 50 procent eller fler av de fasta läkarna fattas.

6.3.4 Bedömning

Vi har inte i granskningen kunnat identifiera att det, enligt vad som framgår av översynen från 2009, finns en överenskommelse utifrån uppdrag och regler (hälsovalet) mellan landstingsstyrelsen och landstingets primärvård (verksamhetsområdet). I samband med att hälsovalet infördes 2010 träffades dock överenskommelser mellan beställaren och respektive hälsocentrals verksamhetschefer. Överenskommelser finns också för hälsovalets tilläggsuppdrag.

För de konkurrensskyddade verksamheterna inom primärvården har det inte framkommit att en särskild överenskommelse har tecknats, i enlighet med uppdrag och regler 2016, med chef för verksamhetsområdet. Vår bedömning är att styrningen av konkurrensskyddad verksamhet bör formaliseras genom överenskommelser.

Frågan om personalförsörjningen främst av läkare men också av sjuksköterskor är en strategisk fråga för primärvården i landstinget regi. Den mycket stora omfattningen av vakanser på läkartjänster som finns dels i Skellefteå, dels i södra Lappland påverkar verksamheten i hög utsträckning. Det gäller inte minst ekonomin som kommer i obalans men även möjligheten att erbjuda kontinuitet och bedriva utvecklingsarbete och dessutom ökar risken för att kvalitetsbrister kan inträffa.

Det är positivt att landstingsstyrelsen beslutat om en handlingsplan för bemanning. Landstingsstyrelsen har ytterst ett ansvar som driftsnämnd att primärvården i egen regi har en tillräcklig kompetensförsörjning. Samtidigt har vi synpunkter på att landstingsstyrelsen inte

har agerat på ett mer proaktivt sätt utan först när problemen blivit akuta. Vi kan också konstatera att handlingsplanen i det korta perspektivet inte har gett några direkta effekter eftersom personalförsörjningssituationen för landstingets primärvård har försämrats under 2016.

I granskningen har vi inte uppdraget att bedöma handlingsplanen och dess förutsättningar att säkra kompetensförsörjningen. Vår uppfattning är dock för att åtgärder för kompetensförsörjning ska kunna bli framgångsrika krävs att de baseras på en egen kartläggning och analys av personalförsörjningsproblemen. Vi anser också att möjligheterna att uppnå förbättringar underlättas om det både finns tydliga mål för vad som ska uppnås tillsammans med en strategi för hur målen ska nås.

7 Styrning av primärvård

7.1 Landstingsplan

Landstingsplanen anger den övergripande inriktningen för landstinget i Västerbottens län. Intentionen är att den ska binda samman landstingets vision och övergripande mål med verksamhetsinriktning och omfattning. Utifrån landstingsplanen ska styrelser och nämnder konkretisera sitt uppdrag och sina mål i sina verksamhetsplaner.

Målstyrning innebär att den politiska styrningen sker utifrån övergripande mål som omfattar alla delar av organisationen. De politiska inriktningsmålen i landstingsplanen anger huvudriktning för vad som ska uppnås kompletterade med strategier som beskriver hur arbetet ska gå till för att uppnå målen. I verksamhetsplaner ska varje styrelse/nämnd uttrycka och målsätta (i mätbara mål) vad de ska uppnå för att omsätta och genomföra inriktningsmål och strategier. Enligt landstingsplanen är målstyrning huvudinriktningen för landstingets politiska styrning som också innefattar t.ex. ekonomistyrning, beställarstyrning och kunskapsstyrning.

Uppföljning av måluppfyllelsen sker i samband med den formella uppföljningen av landstingsplanen i form av delårsrapporter per april och augusti samt i årsredovisningen. Landstingsfullmäktige har i landstingsplanen angett inriktningsmål (och mått) samt strategier inom fyra områden: bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare. Landstingsstyrelsen omfattas av samtliga inriktningsmål och strategier.

Utöver inriktningsmål och strategier kan fullmäktige rikta särskilda uppdrag till styrelse/nämnder. Inom området bättre och jämlik hälsa har landstingsstyrelsen tillsammans med HSN, nämnden för funktionshinder och habilitering, nämnderna för folkhälsa och primärvård och samverkansnämnden uppdragen att arbeta aktivt för att motverka våld i nära relationer samt för att motverka ökat riskbruk av alkohol. För god och jämlik vård har landstingsstyrelsen tillsammans med HSN och nämnden för funktionshinder och habilitering uppdraget att förbättra behandlingsriktlinjer för att vårdkedjan ska vara enkel, logisk och tydlig för patienten. Landstingsstyrelsen har också uppdraget att utveckla äldrehälsovården i primärvården. För aktiv och innovativ samarbetspartner har landstingsstyrelsen tillsammans med HSN och nämnden för funktionshinder och habilitering uppdraget att fördjupa samverkan med kommuner rörande sjukstugeplatser, prehospital vård och hjälpmedel.

7.2 Landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2016,

Styrelsens verksamhetsplan utgör en del av den sammanhållna politiska styrningen

av landstinget och ska ses som en fortsättning och konkretisering av landstingsplanen 2016–2019. Hur verksamhetsplanen förhåller sig till primärvården anges inte i särskild ordning. Som en jämförelse kan nämnas att i styrelsens verksamhetsplan 2017 framgår att för den del av verksamheten som omfattas av vårdvalssystemet har landstingsstyrelsens verksamhetsplan preciserats i uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten och som fastställts i särskild ordning.

I verksamhetsplanen anger styrelsen vad som ska uppnås i verksamheten uttryckt som mått med målvärden i förhållande till de inriktningsmål, strategier och uppdrag som fullmäktige beslutat om. Planen sammanfattar de förutsättningar som har betydelse för landstingsstyrelsens verksamhet: medicinsk utveckling, kompetensförsörjning och ekonomiska förutsättningar. Vidare innehåller verksamhetsplanen de riktade uppdragen inom prioriterade områden från fullmäktige. Hur uppdragen ska genomföras beskrivs relativt övergripande.

Inom de fyra av landstingsfullmäktige prioriterade områdena bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, aktiv och innovativ samarbetspartner samt attraktiv arbetsgivare innehåller landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2016 sammanlagt 17 mål och 39 mått med angivna målvärden med uppgift när de ska följas upp. Inga angivna mått, förutom att merkostnaden för hyrpersonal ska minska, finns för ekonomi och kostnadseffektivitet. I verksamhetsplanen för 2017 har målet ekonomi i balans tillförts målområdet god och jämlik vård.

Budgeten för primärvård 2016 i verksamhetsplanen redovisas som en samlad ram på 1 111 mnkr.

7.3 Landstingets primärvårds verksamhetsplan

Landstingets primärvård upprättar en verksamhetsplan för verksamhetsområdet. Verksamhetsplanen för 2016 utgår från vision, uppdrag och ledord. Verksamhetsplanen innehåller långsiktiga mål och strategier samt primärvårdens viktigaste mål 2016, gemensamma aktiviteter och egna aktiviteter (respektive basenhets aktiviteter). Därutöver finns 26 nyckeltal med målvärden som ska följas upp under 2016. Nyckeltalen är grupperade utifrån patient, medarbetare, organisation och tilläggsuppdrag.

I förhållande till landstingsstyrelsens målbild för 2016 avseende området attraktiv arbetsgivare finns en överensstämmelse med primärvårdens nyckeltal för medarbetare. Överenstämmelsen mellan landstingsstyrelsens mått och mål inom områdena bättre och jämlik hälsa samt god och jämlik vård och primärvårdens nyckeltal för patient är ytterst begränsad. Samtidigt finns ett flertal mål och mått i landstingsstyrelsens verksamhetsplan som också ingår i hälsovalets uppföljningsplan. Primärvårdens styrkort har ett antal nyckeltal inom ekonomiperspektivet, t.ex. antal basenheter med budget i balans, nettokostnadsutveckling, beställda veckor för läkare och sjuksköterskor.

Respektive basenhet har under 2016 upprättat en verksamhetsplan utifrån verksamhetsområdets verksamhetsplan. Utgångspunkten är att basenheterna inte får ta bort mål, aktiviteter och nyckeltal från primärvårdens verksamhetsplan men däremot lägga till egna. Av de verksamhetsplaner som vi har tagit del av har detta dock skett i relativt begränsad utsträckning. I basenheternas verksamhetsplaner för 2016 används primärvårdens genomsnittsvärden när det gäller respektive nyckeltals nuläge och inte den enskilda basenhetens ingångsvärde. Dessutom framgår inte aktiviteter i verksamhetsplanerna som syftar till att uppnå målen.

När det gäller 2017 kan noteras att målen i primärvårdens övergripande verksamhetsplan och i basenheternas verksamhetsplaner har förändrats så att målen redovisas utifrån samma områden som ingår i landstingsstyrelsens verksamhetsplan och med i huvudsak samma mått och målvärden. Basenheternas ingångsvärden har nu lagts in i respektive verksamhetsplan. Till varje mål har också en "övergripande" aktivitet tillförts.

7.3.1 Bedömning

För 2016 har det inte tydligt framgått om landstingsstyrelsens verksamhetsplan i sin helhet riktar sig till den landstingsdrivna primärvården eller om den i första hand riktar sig till primärvård som inte omfattas av LOV. Styrelsen adresserar inte i verksamhetsplanen de olika ansvar och roller som den har för primärvården, d.v.s. beställare av verksamhet inom LOV, uppdragsgivare för primärvård som inte faller inom LOV samt utförare av primärvård inom och utanför LOV.

I verksamhetsplan 2017 gör landstingsstyrelsen en avgränsning genom att ange att för den del av verksamheten som omfattas av hälsovalet så har landstingsstyrelsens verksamhetsplan preciserats i uppdrag och regler. Vad som menas med den formuleringen är inte helt självklart. Vår tolkning är att det betyder att hälso- och sjukvårdsuppdraget enligt uppdrag och regler ska för hälsocentralerna inom hälsovalet ses som en del av landstingsstyrelsens verksamhetsplan. I så fall måste landstingsstyrelsens uppföljning av verksamhetsplanen, i samband med delårsrapporterna, även omfatta den egna regins verksamhet inom hälsovalet.

I verksamhetsplanen har landstingsstyrelsen utifrån fullmäktiges inriktningsmål bättre och jämlik hälsa samt god jämlik vård, beslutat om sammanlagt 25 mått med målvärden. 2016 fanns ingen direkt överenstämmelse mellan landstingets primärvårds verksamhetsplan/er avseende nyckeltal och landstingsstyrelsens mått och målvärden. Från och med 2017 har det gjorts en förändring av primärvårdens verksamhetsplan så att den överensstämmelsen finns. Detsamma gäller beträffande de två övriga målområdena.

Ett antal av landstingsstyrelsens mål och målvärden finns också med i hälsovalets uppföljningsplan samtidigt som ett antal andra har lagts till. Sammantaget får det som konsekvens att landstingets hälsovalsenheter i det avseendet styrs både utifrån mål och uppdrag och landstingsstyrelsens verksamhetsplan. Vår bedömning är att styrningen av vårduppdraget i hälsovalet ska ske utifrån de mål och intentioner som fullmäktige har med verksamheten via uppdrag och regler samt plan för uppföljning. Därutöver tillkommer den styrning som landstingsstyrelsen behöver utöva utifrån uppdraget som driftsnämnd. Sammantaget blir styrningen av primärvården med utgångspunkt från landstingsstyrelsens verksamhetsplan otydlig då den inte direkt utgår från landstingsstyrelsens olika ansvar och roller beträffande primärvården. Styrningen via verksamhetsplanen hanterar inte heller behovet av kvalitetsutveckling, samverkan och kostnadseffektivitet.

Primärvård som inte ingår i hälsovalsmodellen finansieras via anslag i landstingsstyrelsens budget och får i princip sitt uppdrag genom verksamhetsplanen. Landstingets primärvårds verksamhetsplaner för 2016 och 2017, som i sin tur utgör utgångspunkter för samtliga basenheters verksamhetsplaner, har framförallt när det gäller målen ett hälsovalsfocus.

7.4 Hälsoval Västerbotten

7.4.1 Uppdrag och regler 2016

Landstingsstyrelsen reviderar årligen och fastställer för hälsoval Västerbotten uppdrag och regler, ersättningsmodell och plan för uppföljning, Om det är fråga om förändringar av

principiell beskaffenhet eller av större vikt för landstinget ska frågan hänskjutas till fullmäktige för beslut.

7.4.1.1 Uppdrag

I detta avsnitt görs en kortfattad beskrivning av uppdrag och av väsentliga förutsättningar i övrigt för Hälsoval Västerbotten. Utgångspunkten utgörs av uppdrag och regler 2016.

Vad hälsovalets basuppdrag omfattar beskrivs under följande rubriker: hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, vård och behandling, rehabilitering och habilitering, läkemedel, kvalitet och patientsäkerhet, tillgänglighet, intyg och läkarutlåtande, diagnostik och medicinsk service, smittskydd, samhällsmedicinskt ansvar, kris- och katastrofberedskap, samarbete, undervisning och utbildning samt forskning och utveckling. Därutöver finns två tilläggsuppdrag i form av familjecentralsverksamhet och organiserad primärvårdsjour i Umeå.

Krav när det gäller samarbete är t.ex. att vårdgivaren ska samarbeta med berörda vårdaktörer samt annan huvudman och myndigheter när patientens behov inte kan tillgodoses på hälsocentralen. Samarbetet ska bidra till en väl fungerande patientfokuserad vårdprocess med patientens samtycke och delaktighet.

Under kvalitet och patientsäkerhet sägs att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen och ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter. Ledningssystemet ska inkludera rutiner för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

En iakttagelse i granskningen är att det inom landstingets primärvård och VLL:s verksamhet i övrigt inte fullt ut finns ett tillämpat ledningssystem som motsvarar kraven i socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

7.4.1.2 Allmänna villkor

I de allmänna villkoren definieras vårdgivarens ansvar för verksamheten och vårdgivarens skyldighet att känna till och följa gällande konventioner, lagar och andra författningar, socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som berör Hälsocentralen vid utförandet av uppdraget. Vårdgivaren ska vara väl insatt i de av VLL beslutade styrdokument, exempelvis policys, handlingsplaner och vårdprogram som är relevanta för hälsovalsuppdraget och följa dessa. Hälsocentralen ska också följa nationella riktlinjer och rutiner som är relevanta för primärvårdens verksamhet.

Krav ställs enligt de allmänna villkoren på personalens kompetens t.ex. övervägande delen av de verksamma specialistläkarna hos vårdgivaren ska vara specialister i allmänmedicin och ha dokumenterad erfarenhet inom området. Samtliga läkare ska ha god kunskap om försäkringsmedicin. Övervägande delen av sjuksköterskorna som är verksamma hos vårdgivaren ska ha distriktssköterskeutbildning. Ytterligare krav är att det ska finns personal med beteendevetenskaplig kompetens.

7.4.1.3 Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen består av en fast och en rörlig del. Den fasta ersättningen utgör ca 87 procent av den totala ersättningen. Fast ersättning består av ersättning för åldersviktad kapitering, socioekonomi (CNI), primärvårdsläkemedel samt ersättning för glesbygd. Den rörliga ersättningen består av patientintäkter, besöksersättning och målrelaterad ersättning.

Hälsocentralens geografiska belägenhet och befolkningsunderlag används som utgångspunkt för glesbygdsersättning som består av två delar, hälsocentralens avstånd till närmaste sjukhus och hälsocentralens litenhet.

Den målrelaterade ersättningen utgår för kontinuitet till läkare, täckningsgrad, minskad antibiotikaförskrivning och för upprättad handlingsplan eller beskrivning av den strukturerade modellen i arbete med psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.

En iakttagelse i granskningen beträffande ersättningsmodellen är att det i en intervju framkom att en enhet uppger att de under 2016 hade gått miste om ersättning för "fysiska återbesök via telefon". Av ersättningsmodellen framgår att ersättning ges för uppföljande besök som genomförs per telefon efter förskrivning av FaR[3] under förutsättning att det har registrerats enligt anvisade rutiner i journalsystemets vårdadministrativa del. Under 2016 ska ett beslut ha tagits (oklart av vem) att all öppenvård, specialiserad vård och primärvård, kan när det anses lämpligt genomföra återbesök per telefon som då jämställs med ett fysiskt besök. Under förutsättning att telefonbesöket uppfyller kriteriet för planerat återbesök och registrerats enligt anvisade rutiner i kassahandboken inkluderas besöket i besöksstatistiken.

Ovanstående förändring ska ha kommunicerats av Systeam Cross förvaltning till hälsocentralerna (till lokalt systemansvariga) i februari 2016. Även verksamhetsområdescheferna ska ha fått information om förändringen. Av okänd anledning fördes dock denna information inte ut till hälsocentralerna i egen regi. Beställarfunktionen blev medveten om förändringen under oktober månad 2016 via en konsult som arbetade med att bygga upp landstingets datalager. Därefter gick beställarfunktion ut med information till hälsocentralernas verksamhetschefer förutsättningarna för att ett telefonbesök kunde jämställas med ett fysiskt besök. Även efter det att informationen hade getts så har det rått oklarheter på hälsocentraler om vad som gäller. En del hälsocentraler har uppfattat det som att alla telefonbesök ska ge ersättning, vilket inte är korrekt. Beställarfunktionen har gått ut med förnyad information i samband med dialogmötet som genomfördes i februari 2017.

Förändringen att all primärvård kan, när det anses lämpligt, genomföra återbesök per telefon som då jämställs med ett fysiskt besök framgår varken av hälsovalets ersättningsmodell för 2016 eller 2017.

Utöver ersättningsmodellen finns en kompensation till sju definierade[4] hälsocentraler i egen regi med 50 procent av merkostnaden för köp av "stafettläkare" inom ramen för vakanta veckor. Beslutet togs av landstingsstyrelsen den 2 juni 2015 och gäller fr.o.m. verksamhetsåret 2015. Det framgår inte av beslutet hur merkostnaden för hyrläkare ska finansieras. Vi har inte heller noterat att det i landstingsstyrelsens budget för primärvård 2016 har reserverats medel för kompensation av hyrläkarkostnader. Beslutet innebar dessutom att tidigare års ackumulerade resultat för landstingsdrivna enheter avskrevs. Motivet som angavs till att införa kompensationen var att det finns politiska beslut om att det ska finnas tillgång till sjukvård inom rimligt avstånd i hela länet och att bristen på fast anställda läkare har medfört kraftigt ökade kostnader för inhyrda läkare. Eftersom det endast är landstingsdrivna enheter i glesbygd som omfattades bedömdes resultathanteringen av stafettläkare som ett steg mot att skapa likvärdiga förutsättningar mellan landstingsdriven och privatdriven verksamhet.

[3] Fysisk Aktivitet på Recept.
[4] Hälsocentralerna i Dorotea, Åsele, Vilhelmina, Malå, Sorsele, Storuman och Tärnaby.

7.4.1.4 Uppföljning

Ett särskilt avsnitt ägnas åt uppföljning. Av texten framgår att beställaren har ett ansvar att påtala brister i verksamheten oavsett om verksamheten drivs i egen regi eller av andra, fristående vårdgivare. Uppföljning av hälsovalet sker enligt uppdrag och regler dels på strategisk nivå och dels på operativ nivå. Den strategiska nivån ska ge beställaren kunskap för att styra mot hälso- och sjukvårdens övergripande mål. Den operativa uppföljningen syftar till att säkerställa att ställda krav i hälsovalet uppfylls. Operativ uppföljning sker löpande enligt den uppföljningsplan som årligen fastställs av landstingsstyrelsen. Grundläggande verksamhetsstatistik insamlas med stöd av den information som samtliga vårdenheter registrerar i det vårdadministrativa systemet. Vårdgivaren ska medverka med faktaunderlag och lämna de uppgifter som beställaren behöver för att följa upp och kontrollera att:

- Verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som landstinget fastställt.
- Vårdgivarens säkerhets- och kontrollsystem är tillräckliga.
- Verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Förutom den standardiserade uppföljningen kan beställaren kalla till uppföljningsmöte. Vid ett uppföljningsmöte ska vårdgivaren tillhandahålla efterfrågat uppföljningsunderlag samt ansvara för att inrapporterade uppgifter är riktiga. Beställaren eller annan på beställarens uppdrag har rätt att hos vårdgivaren följa upp/inspektera verksamheten för att bland annat säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav och specifikationer. Av underlaget framgår också att landstingets revisorer och dess sakkunniga biträden har rätt att hos vårdgivaren ta del av uppgifter, ställa frågor, etc. kopplat till verksamheten som ingår i avtalet. I det avtal som hör till hälsovalet har även möjlighet till sanktioner och förtida uppsägning reglerats.

Som framgår ovan beslutar landstingsstyrelsen om en årlig uppföljningsplan av hälsovalet. Den plan som gällde under 2016 omfattade 20 delmål och 45 mått/indikatorer fördelade på fem övergripande mål: bättre och jämlik hälsa, god och jämlik vård, säker vård, tillgänglig vård och patientfokuserad vård. De två första motsvarar landstingets inriktningsmål som också ingår i landstingsstyrelsens verksamhetsplan. Av planen framgår källa för datafångst, ingångsvärde, målvärde och när rapportering ska ske till landstingsstyrelsen. 10 av måtten/indikatorerna följs upp vid delår 1 och 14 i samband med delår 2.

Beställarfunktionen genomför årligen tre till fyra dialogmöten med utförarna inom hälsovalet. Vid dialogmötena deltar verksamhetschefer från landstingets hälsocentraler och från privata hälsocentraler.

7.4.2 Bedömning

Även om ett vårdvalssystem har införts så har landstinget alltid det yttersta ansvaret för att invånarna får tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver och har rätt till enligt HSL. Landstingsstyrelsen som ansvarig huvudman för primärvården måste då tillförsäkra sig att kvaliteten på utförarnas tjänster motsvarar hälso- och sjukvårdslagens krav. Viktiga förutsättningar för att säkerställa en god kvalitet är att det i förfrågningsunderlaget (uppdrag och regler) utformas tydliga krav på tjänsternas utförande och kvalitet. Tillämpningen av hälsovalsmodellen bör leda till att avtal/överenskommelser, med tydliga och uppföljningsbara åtaganden avseende kvalitet, tecknas med utförarna. Landstingsstyrelsen måste sedan fortlöpande följa upp att vårdgivarna lever upp till sina åtaganden. Om brister konstateras i utförarnas tjänster måste det i avtalen finnas en verkningsfull modell för hantering av avvikelser. Enligt EU-praxis strider det mot likabehandlingsprincipen och mot ett öppet och objektivt upphandlingsförfarande att ställa krav som inte kan kontrolleras. Av den anledningen är det viktigt att i avtalet formulera tydliga krav och villkor som är möjliga

att följa upp och kontrollera. Av uppdrag och regler framgår inte hur beställaren avser att följa upp samtliga de krav som ställs.

I beskrivningen av uppdraget i förfrågningsunderlaget finns övergripande mål och kvalitetskrav på verksamheten. I övrigt framgår under olika rubriker i uppdrag och regler krav på att vårdgivaren ska följa lagar, föreskrifter, vårdprogram, behandlingsriktlinjer rutiner m.m. En del av kraven är ospecifika och därmed svåra att följa upp och framförallt att "mäta" efterlevnaden av. Det gäller t.ex. krav på att utföraren ska följa olika vägledande dokument. När det gäller vårdgivarens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ställs krav på att det ska vara utformat i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter, d.v.s. i enlighet med SOSFS 2011:9. Det finns två sidor av det kravet, det ena är att landstingsstyrelsen måste säkerställa att den egna regin inom hälsovalet har införda ledningssystem och det andra är att landstingsstyrelsen måste genom uppföljning kontrollera ledningssystemen.

En samlad bedömning är att den ersättningsmodell som tillämpas i huvudsak är relevant utformad. I granskningen har det inte gjorts någon fördjupad analys av ersättningsmodellen. Ett konstaterande är att den ersättning som utgår för glesbygd är en kritisk del i ersättningsmodellen. Landstingsstyrelsen har samtidigt utanför hälsovalsmodellen valt att besluta om att kompensera sju utpekade hälsocentraler med 50 procent av merkostnaden för hyrläkare. Vi har inte analyserat beslutet i sig och om beredningen av underlaget är tillräcklig, men konstaterar att det är ytterst tveksamt att landstingsstyrelsen beslutar om en ekonomisk kompensation utan att finansieringen framgår. Dessutom avskrevs det ackumulerade underskottet för landstingsdrivna hälsovalsenheter.

Det sätt som frågan om att återbesök per telefon under vissa förutsättningar kan ersättas som ett fysiskt besök har hanterats under 2016 visar på allvarliga brister i beslutsordning och kommunikation samt tillämpning av beslutad ersättningsmodell.

Det avsnitt som handlar om uppföljning av hälsovalet beskriver inte på ett klart och konsekvent sätt vilken uppföljning som kommer att göras. Förvisso framgår det att en löpande uppföljning enligt en årlig uppföljningsplan kommer att göras och att den syftar till att säkerställa att ställda krav i hälsovalet uppfylls. Vad som ingår i den uppföljningen anges inte i beskrivningen. Beställaren har skrivit in möjligheten att följa upp och inspektera verksamheten, vilket i princip skulle kunna innebära fördjupade uppföljningar, men inte klargjort att sådana kommer att göras och vad de i så fall ska omfatta. Vår bedömning är att landstingsstyrelsen inte i uppdrag och regler har definierat en modell som kan säkerställa en tillräcklig uppföljning av den primärvård som bedrivs inom hälsovalet.

8 Uppföljning och kontroll av verksamheten

8.1 Ekonomi

Landstingsstyrelsen följer upp verksamheten månadsvis utifrån ekonomi, personal, produktion/produktivitet och tillgänglighet. Delårsrapporter upprättas per april och augusti då också målen följs upp.

Nedan redovisas det ekonomiska utfallet under de tre senaste åren för primärvården i sin helhet och uppdelat på beställare och verksamhetsområdet primärvård.

Tabell 1 - Ekonomiskt resultat 2014–2016, mnkr

Verksamhet (Mnkr)	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Bokslut 2016
Primärvård	-41	-39	-77
-varav VO primärvård	-56	-36	-51
-varav beställare	15	-3	-26

Från och med 2015 kompenseras sju definierade hälsocentraler i glesbygd med 50 procent av merkostnaden för hyrläkare. Under 2015 motsvarade kompensationen 14,6 mnkr och 2016 15 mnkr vilket har reducerat landstingets primärvårds negativa resultat de aktuella åren. Beställarens negativa resultat 2016 förklaras i första hand av att kompensationen för hyrläkare inte hade budgeterats samt att budgeten inte hade räknats upp med demografi och förväntade volymökningar.

Av landstingets primärvårds avvikelse på -51,3 mnkr så avser -46,8 mnkr basuppdraget och förklaras enligt primärvården främst av bristen på distriktsläkare och att man med anledning därav i hög utsträckning tvingas använda hyrläkare. Under 2016 ökade kostnaderna för hyrläkare med 34 procent. Enheterna i Skellefteå står för drygt 44 procent av underskottet främst beroende på höga kostnader för hyrläkare.

När det gäller avvikelsen på -4,5 mnkr för tilläggsuppdrag så svarar slutenvårdsplatserna i Södra Lappland för -5,4 mkr av underskottet. Övriga tilläggsuppdrag redovisar ett totalt överskott om drygt 1,0 mkr.

Under 2016 har landstingets primärvård haft åtgärdsplaner. Av årsrapporten för 2016 framgår att utav de sex åtgärder som tillsammans förväntades ge en effekt på 24,7 mnkr så blev utfallet 3 mnkr. För fem av åtgärderna är det redovisade utfallet 0 skr. En av åtgärderna var att minska antalet hyrläkarveckor med 200 hyrveckor vilket motsvarar ca 10 mnkr. Istället ökade volymen och kostnaden per hyrvecka vilket fick till effekt en ökad kostnad med ca 20 mnkr. Den åtgärd som har haft effekt är översyn av jourlinjer i södra Lapplands primärvård där 50 procent av den förväntade effekten har uppnåtts.

8.2 Måluppföljning

8.2.1 Delårsrapport per april 2016

I delårsrapporten per april 2016 rapporterade landstingsstyrelsen uppfyllelsen av fyra mål utifrån 7 målvärden (egentligen 8 men ett kunde inte mätas per april) från styrelsens verksamhetsplan. Styrelsen bedömde att 3 målvärden kommer att kunna uppnås och 4 att inte uppnås. Landstingsstyrelsen signalerade samtidigt att effekter av den handlingsplan för kompetensförsörjning som beslutades tidigare under året tros synas redan under andra tertialet 2016.

För de områden där delårsrapporteringen visade på en prognosticerad låg måluppfyllelse angav styrelsen att den kommer att vidta åtgärder för att säkerställa en högre grad av måluppfyllelse vid årets slut. Någon egentlig avvikelseanalys och vilka faktiska åtgärder som avses framgick inte av delårsrapporten.

När det gäller ekonomin så redovisar landstingsstyrelsen avseende primärvården inte någon åtgärdsinriktad analys utifrån budgetavvikelsen (-16 mnkr) för primärvården.

8.2.1 Delårsrapport augusti 2016

I delårsrapporten per augusti 2016 rapporterade landstingsstyrelsen uppfyllelsen av 12 mål utifrån 17 målvärden (egentligen 18 men ett kunde inte mätas per augusti) från styrelsens verksamhetsplan. Styrelsen bedömde att 9 målvärden kommer att kunna uppnås och 8 att inte uppnås.

För de områden där delårsrapporteringen visade på en prognosticerad låg måluppfyllelse angav styrelsen även vid delår 2 att den kommer att vidta åtgärder för att säkerställa en högre grad av måluppfyllelse vid årets slut. Någon egentlig avvikelseanalys och vilka faktiska åtgärder som avses framgick inte av delårsrapporten.

När det gäller ekonomin så redovisar landstingsstyrelsen inte någon åtgärdsinriktad analys avseende primärvården utifrån budgetavvikelsen -42 mnkr, varav -24 mnkr för landstingets primärvård och -18 mnkr för primärvård beställare.

Landstingsstyrelsen rapporterade i delårsrapport 1 och 2 resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen. En risk enligt internkontrollplanen avser risk att utförare inom hälsovalet går i konkurs och inte kan fullfölja avtalet. Kontrollaktiviteten innebär att ett antal uppgifter från skattekontot kontrolleras månatligen. Resultatet t.o.m. delår 2 visar att en av de privata hälsocentralerna vid fyra tillfällen varit 2–9 dagar sen i sin redovisning till skatteverket.

Både i delår 1 och delår 2 har styrelsen rapporterat till fullmäktige om genomförandet av fullmäktiges riktade uppdrag. Rapportering omfattar i huvudsak aktiviteter som utförts inom respektive uppdrag.

8.2.2 Bedömning

Under de tre senaste åren har primärvården visat på relativt stora negativa resultat. Sedan 2015 har också beställaren redovisat ett negativt resultat. En förklaring till det negativa resultatet för beställaren är att enligt beslut av landstingsstyrelsen så kompenseras sju av landstingets hälsocentraler i södra Lappland för 50 procent av merkostnaden för hyrläkare. Vår bedömning är att det är ytterst tveksamt om landstingsstyrelsen har befogenhet att fatta ett beslut om kompensation och avskrivning av ackumulerat resultat utan att det samtidigt finns en finansiering av besluten. Det har inte heller funnits avsatta medel för kompensation av hyrläkarkostnader i beställarbudgeten för 2016.

Vi anser dessutom att det är en brist i ansvarstagandet från landstingsstyrelsen att inte vidta åtgärder för att hålla beställarbudgeten då den inte hade volymkompenserats utifrån demografi och förväntad produktionsökning.

Landstingets primärvårds negativa resultat förklaras i allt väsentligt av merkostnader för inhyrd personal, främst läkare. Utan att underskatta den utmaning som finns när det gäller kompetensförsörjningen är det enligt vår bedömning landstingsstyrelsen i egenskap av driftsnämnd som ytterst ansvarar för att det i landstingets primärvård finns den kompetens som krävs för att inom givna ekonomiska förutsättningar erbjuda en ändamålsenlig primärvård i landstingets regi. Underlåtenhet att agera i tid riskerar att förvärra konsekvenserna bl.a. i form av kraftigt ökade kostnader för inhyrd personal. Den handlingsplan som beslutades av landstingsstyrelsen har inte under 2016 bidragit till att reducera hyrkostnaderna som istället ökade.

Primärvårdens åtgärdsplan 2016 för att hålla budgeten har inte varit realistisk och har därmed haft en ytterst begränsad kostnadsreducerande effekt. Bedömningen är att landstingsstyrelsen inte under 2016 har säkerställt en tillräcklig ekonomistyrning av primärvården.

Landstingsstyrelsens måluppföljning i delårsrapporterna av landstingets primärvård brister enligt vår bedömning i avvikelseanalys och redovisning av åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen i de fall att uppföljningen visar att målvärden inte kommer att kunna uppnås.

Den delårsuppföljning som landstingsstyrelsen gör av målen avser de som ingår i verksamhetsplanen. Uppföljningen enligt plan för uppföljning av hälsovalet ingår inte i landstingsstyrelsens delårsrapporter. Därmed rapporterar inte landstingsstyrelsen uppdraget i sin helhet till fullmäktige i delårsrapporterna, vilket är ett förhållande som vi anser är otillfredsställande.

8.3 Uppföljning av hälsovalet

8.3.1 Plan för uppföljning av Hälsoval Västerbotten

Enligt planen för uppföljning av Hälsoval Västerbotten ska den följas upp och redovisas till landstingsstyrelsen i samband med delår per april och augusti och i form av en årsrapport.

Delårsrapport 1 för 2016 rapporterar uppföljning av 8 delmål och 10 mått/indikatorer. Två av måtten/indikatorerna saknar målvärden och följs upp i särskild ordning enligt anvisningar från beställarfunktionen.

Delårsrapport 2 för 2016 rapporterar uppföljning av 7 delmål och 14 mått/indikatorer.

I årsrapporten för 2016 rapporteras uppföljningen av hälsovalet i sin helhet. För tre av de 45 måtten/indikatorerna saknas rapport.

I årsrapporten konstateras att antalet listade personer ökade med nästan 1 900 personer. Den totala produktionen inom hälsovalet ökade samtidigt med fyra procent. Läkarbesök och telefonkontakter med läkare minskade medan besök hos övriga vårdkategorier ökade.

Varken i delårsrapporterna eller i årsrapporten redovisas analyser av resultatet. För varje mått/indikator framgår utfall/värde och i vissa fall om det finns en spridning i utfallet mellan olika länsdelar. Utifrån utfallet per indikatorer görs ingen analys eller bedömning av uppfyllelsen av tillhörande delmål. I relativt stor utsträckning når inte utfallet per mått/indikator upp till det satta målvärdet. Det saknas avvikelseanalyser och åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen.

Uppföljningen av hälsovalet hanteras som en separat rapport till landstingsstyrelsen och redovisas inte integrerat med landstingsstyrelsens delrapporter till fullmäktige. Vissa resultat från uppföljningen av primärvården framgår i landstingets årsredovisning[5].

8.3.2 Övrig uppföljning av hälsovalet

I uppdrag och regler beskrivs vilken uppföljning som ska göras och som kan bli aktuell. Det har då inte framkommit vad den uppföljning som avser strategisk nivå omfattar och om den faktiskt genomförs.

[5] Årsredovisning 2015.

Vidare nämns i uppdrag och regler att VLL kan kalla till uppföljningsmöte och att VLL kan följa upp/inspektera verksamheten för att säkerställa att vårdgivaren uppfyller överenskomna krav. Fördjupad uppföljning har förekommit vid något tillfälle och då på förekommen anledning. Det har också för något år sedan på försök genomförts fördjupade uppföljningar med hjälp av upphandlad konsult. Dessa berörde en privat och två landstingsdrivna hälsocentraler. Tanken var att ett tillvägagångssätt med fördjupade uppföljningar skulle utvecklas men det har inte fått någon fortsättning.

I övrigt görs årliga kontroller av de privata hälsocentralerna utifrån kraven på leverantörens ekonomiska ställning. De privata hälsocentralerna lämnar årligen till beställarfunktionen sin patientsäkerhetsberättelse.

8.3.3 Bedömning

Den uppföljning av mått och indikatorer som görs utifrån hälsovalets uppföljningsplan är i huvudsak relevant. I stor utsträckning följs hälsovalet upp med olika typer av resurs- och processmått. Mått/indikatorer som visar effekter eller resultat som uppnås förekommer i begränsad utsträckning. En uppföljning som enbart baseras på de mått/indikatorer som ingår i uppföljningsplanen ger dock inte ett tillräckligt underlag för att bedöma om vården är ändamålsenlig eller ej.

När det gäller uppföljningen i enlighet med hälsovalets plan för uppföljning är det viktigt att det kan ges en samlad och analyserad bild av resultatet och hur det utvecklas över tid. Det är också nödvändigt när mål eller målvärden inte uppnås att det görs en analys av orsakerna samtidigt som åtgärder identifieras för att uppnå förbättringar. Vi anser att det är en brist att sådana analyser varken görs i hälsovalets delårsrapporter eller i årsrapporten.

Vår slutsats är att förutsättningen för en effektiv uppföljning är att det tydligt definieras vad som ska ingå i den löpande uppföljningen eller den uppföljning som görs på operativ nivå. Uppföljningen måste utgå från de krav och villkor som framgår av uppdrag och regler. När, hur och med vilken frekvens som uppföljningen av de olika kraven och villkoren ska göras bör tas fram med stöd av en riskanalys/riskbedömning. Hittills har inte riskanalyser gjorts inför den årliga uppföljningsplanen.

En uppföljning som är väsentlig gäller hälsocentralernas ledningssystem för kvalitet enligt SOSFS 2011:9. Ett ändamålsenligt utformat och i praktiken tillämpat ledningssystem ger förutsättningar för att vården ska kunna leva upp till de kvalitetskrav som ställs. Av den anledningen är det angeläget att regelmässigt följa upp hälsocentralernas ledningssystem. Beställaren har inget tillsynsansvar i förhållande till SOSFS 2011:9 men har ställt krav i uppdrag och regler på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter. Därför är det också nödvändigt att följa upp om ett ledningssystem finns och tillämpas. Särskilt viktigt är det att följa upp vårdcentralens egenkontroll. Det är vår bedömning att det är en brist att uppföljningen inte innefattar ledningssystem enligt SOSFS 2011:9.

För närvarande genomförs inte fördjupade uppföljningar inom ramen för hälsovalet. Vår bedömning är att fördjupad uppföljning är ett viktigt medel för beställaren för att styra mot en god kvalitet inom hälsovalet och för att bidra till utveckling och förbättring av vården. Ett syfte med fördjupade uppföljningar är att det ska bidra till att säkerställa att kraven i avtal och överenskommelser uppfylls och att minimera och förebygga brister, som exempelvis bristande vårdkvalitet men också ekonomiska oegentligheter. Fördjupade (medicinska) uppföljningar ska också bidra till vårdgivarnas kvalitetsutvecklingsarbete och därmed stödja att en god vård som är kunskapsbaserad, bedrivs med hög medicinsk kvalitet, är effektiv, patientsäker, patientfokuserad och tillgänglig.

Bedömningen är att landstingsstyrelsen brustit i sitt ansvar att säkerställa att en tillräcklig uppföljning görs av hälsovalet. Bristen avser både metod och resurser att genomföra uppföljningen.

9 Samverkan

I det inledande avsnittet ("3 Utgångspunkt") redovisas ett antal granskningar som revisorerna under senare år har genomfört och som utifrån olika perspektiv har berört landstingsstyrelsens ansvar för primärvård. Ett flertal av dessa har då omfattat samverkan bl.a. de tre senaste: granskning av samverkan mellan vuxenpsykiatrin och primärvården, granskning av samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka samt granskning av samverkan i vården för personer med beroende och missbruksproblematik.

I granskningarna har bl.a. framkommit att samverkanstrukturen är otydlig då det gäller sambandet mellan de lokala politiska styrgrupperna och den regionala AC Konsensus. Det är oklart hur samverkansöverenskommelser i dessa forum får genomslag hos respektive huvudman. När det gäller lokala samverkansöverenskommelser är inte landstingsstyrelsen representerad utan primärvården företräds av nämnderna för folkhälsa och primärvård. När det gäller den interna samverkan inom landstinget mellan vuxenpsykiatrin och primärvården framkom i granskningen en brist på samsyn i hur ansvaret för patienterna skulle fördelas mellan primärvård och vuxenpsykiatri som ytterst förklarades av en otillräcklig styrning.

En generell svaghet som också har framkommit i granskningarna är bristen på styrning av samverkan och avsaknaden av en uppföljning av hur samverkan fungerar inom olika områden.

Från intervjuer i granskningen har framförts synpunkter på att det i länet har byggts upp en komplex samverkansstruktur med många aktörer involverade i politiska grupperingar och tjänstemannaberedningar som samtidigt har oklara mandat. Resultatet har blivit ett flertal samverkansöverenskommelser som haft en begränsad effekt bl.a. beroende på bristande ansvarstagande hos berörda nämnder/styrelser i kommunerna och i landstinget.

9.1 Bedömning

De synpunkter på brister i landstingsstyrelsens styrning och uppföljning av primärvården som har framkommit i tidigare granskningar är väl underbyggda. I denna granskning har framkommit att inga väsentliga åtgärder har vidtagits av landstingsstyrelsen för styrning och uppföljning av samverkan.

10 Avstämning av revisionsfrågorna

I detta avsnitt ges kortfattade svar på granskningens revisionsfrågor.

Fråga	Svar
Har landstingsstyrelsen tydliggjort vad ansvaret för primärvården i sin helhet innebär?	Nej. Landstingsstyrelsen har inte gjort det tydligt vad ansvaret för primärvården innebär. Varken när det gäller ansvaret som beställare av primärvård som ingår i LOV och som inte ingår i LOV eller ansvaret som driftsnämnd för primärvård som ingår i LOV och som inte ingår i LOV.
Har landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig styrning av primärvården?	Nej.

Fråga	Svar
	Den samlade bedömning är att den styrning som landstingsstyrelsen utövar inte är tillräcklig vad avser både beställaransvaret och ansvaret som driftsnämnd (utförare). Bristen gäller i bägge avseenden styrning av primärvårdens kvalitet, ekonomi samt av samverkan. Landstingsstyrelsen ha inte heller vidtagit tillräckliga åtgärder i tid för att säkerställa landstingets primärvårds behov av kompetensförsörjning.
Har landstingsstyrelsen säkerställt en tillräcklig uppföljning och kontroll av primärvården?	Nej. Den uppföljning och kontroll som landstingsstyrelsen gör av primärvården är otillräcklig. Särskilt bristfällig är den uppföljning som görs av primärvården inom Hälsovalet.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att tjänstemannaorganisationen har förutsättningar att genomföra uppdraget i sin helhet på ett ändamålsenligt och effektivt sätt?	Nej. Landstingsstyrelsen har inte säkerställt att det finns en organisation som är tillräcklig för beställarstyrning av primärvården. Ansvar och roller som beställare och utförare hålls dessutom inte tydligt isär inom organisationen samtidigt som det saknas riktlinjer för konkurrensneutralitet
Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns en effektiv samverkan mellan primärvården, sjukhusvården, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Nej. Landstingsstyrelsen har inte tagit en aktiv ledning för riktlinjer och förutsättningar i övrigt för samverkan mellan olika aktörer inom vården och mellan huvudmän. Mål och uppföljning av samverkan saknas.

Stockholm 30 mars 2017

Gunnar Uhlin
EY

Anders More
EY