

2015-06-16

Dnr REV/9/2015

Revisionsdirektör Majvor Enström
Tfn: 063- 147528

Regionstyrelsen

Granskning av Primärvården – övergripande planering

Regionens revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av om planeringen av primärvården. Granskningens övergripande syfte är att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Granskningen har omfattat processer och former för planeringen av primärvården. I granskningen har det även ingått att pröva om det finns former för att identifiera gränsytor och samverka med den specialiserade vården. Vi har också granskat om det skett en tillfredsställande samverkan med externa parter för planeringens genomförande.

I granskningen har även ingått att pröva om det sker en planering för att säkerställa konkurrensneutraliteten och som en del i detta hur den landstingsdrivna primärvården skall lyckas driva sin verksamhet utan underskott.

Resultatet av granskningen i sin helhet redovisas i bifogad granskningsrapport och i sammanfattningen de delar som vi revisorer särskilt vill lyfta fram.

Vi emotser senast den 21 september 2015 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser att vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen


Mona Nyberg
Ordförande


Annelie Bengtsson
Vice ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av Primärvården 2015 – övergripande planering

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Vårdvalsnämnden
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Planeringschefen
Chefen för beställarenheten
Centrumchefen för Primärvården



REVISIONSRAPPORT

**GRANSKNING AV
PRIMÄRVÅRDEN 2015 – ÖVER-
GRIPANDE PLANERING**

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING.....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND.....	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING.....	5
4	REVISIONSKRITERIER	6
5	METOD	6
6	RESULTAT	7
6.1	Planeringsansvaret	7
6.2	Kartläggning av befolkningens framtida behov av primärvård	7
6.3	Att kartlägga och tillgodose kompetensbehovet	9
6.4	Kartläggning av behovet av ändamålsenliga lokaler	10
6.5	Gränsytor och samverkan gentemot den specialiserade vården	12
6.6	Säkerställs konkurrensneutraliteten i planeringen?	13
6.7	Planering av landstingsdrivna primärvården utan underskott	15
6.8	Organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande (LuP:en)	17
6.9	Tid och kompetenser för att genomföra planeringen (LUP:en)	17
7	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	19
8	LITTERATURFÖRTECKNING	20

1 SAMMANFATTNING

Det övergripande syftet med granskningens har varit att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Hälso- och sjukvårdslagen anger att landstinget har ett ansvar att planera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov. Enligt lagens förarbeten bör planeringen av hälso- och sjukvården utgå ifrån primärvården då denna anses vara basen i hälso- och sjukvården.

Några av granskningen iakttagelser och bedömningar sammanfattas i det följande:

- Enligt vår bedömning finns rutiner för en kartläggning av befolkningens behov av god vård i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer från intervjuer förslag på förbättringsområden.
- Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter, så att läkarresursen kan utnyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.
- Sedan hälsovalsreformens införande 2010 utformas primärvårdens uppdrag i ett s.k. förfrågningsunderlag. För att ett förändrat uppdrag för primärvården skall komma med i förfrågningsunderlaget måste detta vara känt före mars året innan. Det är därför viktigt för planeringsprocessen att det finns rutiner som säkerställer att Beställarenheten i god tid får vetskap om ev. förändringar av primärvårdens uppgifter.
- Det saknas fortfarande MLU¹ på några hälsocentraler. Enligt uppgift kan detta förhållande medföra en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.
- Vid tidpunkten för granskningen innehåller LUP- primärvård² flera ej färdigutredda delar. Enligt flera av de intervjuade kommer det förankringsarbete som skulle ske under sommaren inte hinnas med. I intervjuerna har även framkommit att det kommer uppstå ett kompetens- och tempotapp i samband med byte av projektledning och byte av primärvårdschef. Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppmärksamma det ovan nämnda i det fortsatta projektarbetet så att en tillfredställande beredning av LUP- primärvård kan säkerställas.
- Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller hur, den ersättning som ligger till grund för uppdraget, räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram en sådan, dels utifrån lagens

¹ MLU = Medicinskt ledningsuppdrag. Om verksamhetschefen inte är läkare behöver denne en MLU för planeringen av verksamheten.

² LUP- primärvård är den del av långsiktig utvecklings plan för god ekonomisk hushållning som handlar om primärvården.

krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Regionen Jämtlands Härjedalens revisorer har bedömt det angeläget att genomföra en granskning av den övergripande planeringen av primärvården.

2008 fastställde landstingsfullmäktige primärvårdens uppdrag, struktur och finansieringsform fram t.o.m. 2015 (LS/306/2007). Följande vägledande huvudprinciper slogs fast:

- *Närhetsprincipen:* Patienten ska vara i fokus och vården ska ges så nära hemmet som möjligt
- *Samordning:* Mellan primärvård, kommun och specialistvård med fokus på patientens behov.
- *Ekologiskt hållbar:* Patientens miljöpåverkan ska vara så liten som möjligt.
- *Folkhälsofrämjande.*
- *Anpassningsbar verksamhet:* Primärvården ska anpassas efter förändringar i befolkningsunderlag, medicinska behov eller ekonomiska förutsättningar.
- *Uppföljnings- och utvärderingsbar verksamhet.*

2009 infördes valfrihetssystem i landstinget. Landstingsfullmäktige fastställde ramarna för hälsovalet i dokumentet "Valfrihetssystem inom primärvården i Jämtlands läns – politisk inriktning" (LS/628/2009). En modell för över och underskottshantering fastställdes (LS/42/2010) vilket innebar att ett underskott ska regleras inom de kommande tre åren.

Revisorernas granskningar har visat att primärvården står inför flera stora framtida utmaningar att hantera. Granskningen från 2014 visade bl.a. att stafettläkarstoppet inneburit att flera läkare slutat och som en följd av detta bristande kontinuitet och bristande kvalitetsarbetet. Vidare visade granskningen på otillräckliga resurser för flyktingmottagandet, bristande telefontillgängligheten och att vissa hälsocentraler saknade ändamålsenliga lokaler, t.ex. Lungvik hälsocentral och Odensala HC.

Den landstingsdrivna primärvården har inte lyckats finansiera sin verksamhet inom kapite-rings systemet sedan hälsovalet infördes. För 2014 blev underskottet -32,9 mkr vilket är en försämring på 14,7 mkr jämfört 2013. Prognos för 2015 är -26,4 mkr.

I den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning ingår struktur för den framtida primärvården som en del (LS/1758/2012). En rapport med förslag till ny struktur för Östersunds närvårdsområde planeras att presenteras i maj 2015 och för övriga länet i slutet av 2015.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens övergripande syfte är att svara på om Regionstyrelsen för Jämtland Härjedalen har en tillfredställande planering av primärvården på länsnivå.

Revisionsfrågor

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Ingår i planeringen en tillfredställande kartläggning av befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård och hur primärvårdens framtida kompetensbehov och behovet av ändamålsenliga lokaler ska tillgodoses?
- Ingår i planeringen att identifiera gränssytor och hur samverkan ska ske gentemot den specialiserade vården?
- Ingår i planeringen hur konkurrensneutralitet skall säkerställas? Och, som en del i detta, hur den landstingsdrivna primärvården skall lyckas driva sin verksamhet utan underskott?
- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande?
- Finns tillfredsställande förutsättningar för planeringens genomförande i form av tid och kompetenser?
- Sker en tillfredställande samverkan med berörda externa parter?

4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Hälsa- och sjukvårdslagen 3 §, Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.
- Hälsa- och sjukvårdslagen 7 §, Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård.
- Hälsa- och sjukvårdslagen 8 §, I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare.
- Patientlagen (2014:821)
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem. 2 § att alla leverantörer skall behandlas på ett likvärdigt och icke diskriminerande sätt.
- Fullmäktiges beslut om en konkurrensneutral organisation
- Regionplanen 2015

5 METOD

Granskningen genomförs genom dokumentanalys och djupintervjuer.

Intervjuer har genomförts med följande personer:

- Ordföranden och ledamot från regionstyrelsen
- Hälsa- och sjukvårdsdirektör
- Ekonomidirektör
- Planeringschef
- Beställarchef
- Centrumchef för Primärvården
- Medicinsk samordnare för Primärvården
- Projektledare för Långsiktig utvecklingsplan delprojekt primärvård (LUP- primärvård)
- Samordnare för projektet Långsiktig utvecklingsplan

6 RESULTAT

6.1 Planeringsansvaret

(Siffror inom parentes hänvisar till litteraturförteckningen i slutet av rapporten)

Enligt HSL 7 § har landstinget ett ansvar att planera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Planeringsansvaret gäller i första hand dem som är bosatta i landstinget, men även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen (1).

Statens prioriteringsordning innebär att vid en prioritering utifrån ekonomiska restriktioner skall planering utgå från de grundläggande principerna: människovärdesprincipen³, behovs- och solidaritetsprincipen⁴ och kostnadseffektivitetsprincipen⁵. De två förstnämnda principerna är överstående den tredje.

Landstingets planeringsansvar omfattar även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata vårdgivare. Detta innebär att landstinget i sin planering måste hålla sig underrättad om andra vårdgivares planer, t.ex. nedläggning av en verksamhet (1).

Vid planeringen förutsätts en samverkan med andra myndigheter och organisationer, främst primärkommunerna. Främst avser detta gemensamma områden som äldreomsorg, handikappsomsorg, missbruksvård etc. (1).

Planeringen av hälso- och sjukvård bör utgå från primärvården

Enligt lagens förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen bör planeringen av hälso- och sjukvården utgå ifrån primärvården då denna anses vara basen i hälso- och sjukvården (1).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är primärvården inte i första hand ett organisatoriskt begrepp, utan betecknar en vårdnivå som skall tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård (1).

Primärvårdens ansvarsområde gentemot den specialiserade vården avgränsas genom att primärvården svarar för hälso- och sjukvård som inte kräver specialistvårdens teknik, kunskap och utrustning (1).

6.2 Kartläggning av befolkningens framtida behov av primärvård

Enligt Regionens styrmodell sker en kartläggning av befolkningens framtida behov av hälso- och sjukvård i arbetet med att ta fram planeringsförutsättningar. Planeringsförutsättningarna utgör grunden för regionens övergripande mål i regionplanen och regionstyrelsens och nämndernas verksamhetsplaner (3).

³ Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

⁴ Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov.

⁵ Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att det i planeringen bör eftersträvas en rimlig relation mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Ansvar för att ta fram planeringsförutsättningarna ligger främst på styrelsen och på utskotten till styrelsen. Enligt regionstyrelsens ordförande är politikerna numera tidigt inne i processen med att ta fram planeringsförutsättningarna.

Planeringschefen har fått i uppdrag att bistå vid den politiska beredningen av planeringsförutsättningarna. Syftet med planeringsförutsättningarna är, enligt planeringschefen, att ta fram ett faktaunderlag för verksamheten att ha med sig i planeringen. Enligt planeringschefen har kartläggningen fokuserats på att följa befolkningsutvecklingen, flyktingutveckling och turismutvecklingen etc.

Den kartläggningen som presenteras i planeringsförutsättningarna är på länsnivå. Planeringschefen anser att det kan finnas skäl att förfina kartläggningen med lokala behovsanalyser utifrån perspektivet jämlik vård på närvårdsområdesnivå och att det finns planer på att genomföra en sådan pilotstudie.

Planeringsförutsättningarna ligger till grund för förfrågningsunderlaget

Sedan hälsovalsreformens införande 2010 formas primärvårdens uppdrag i ett s.k. förfrågningsunderlag. Fr.o.m. 2015 bereds förfrågningsunderlaget av Vårdvalsnämnden. Den kartläggning som sker i arbetet med planeringsförutsättningarna ska ligga till grund för uppdraget i förfrågningsunderlaget.

Vårdvalsnämnden gör årliga uppföljningar av uppdraget i förfrågningsunderlaget. Förfrågningsunderlaget skickas på en remissrunda till primärvårdens utförare och representanter i de olika staberna.

De uppgifter som skall finnas med i förfrågningsunderlaget för nästkommande år måste, enligt regionens budgetmodell, i praktiken vara klart i mars året innan. Införandet av Vårdvalsnämnden har medfört kortare tid att bereda förfrågningsunderlaget då det måste passera både vårdvalsnämnden och regionstyrelsen innan det fastställs av regionfullmäktige. Efter att regionfullmäktige har fastställt förfrågningsunderlaget skall uppdraget i princip ligga fast.

Enligt regionens styrmodell skall de övergripande målen i regionplanen ligga till grund för utformningen av nämndernas verksamhetsplaner och även förfrågningsunderlaget. Att regionplanen fastställs i juni och uppdraget i förfrågningsunderlaget i praktiken skall vara klart i mars innebär att förfrågningsunderlaget i år klart innan regionplanen har fastställts. För att lösa detta fastställs mål och mätetal i förfrågningsunderlaget i november, enligt beställarchefen.

När det gäller den landstingsdrivna delen av primärvården sker också en planering i och med att verksamhetsplanen för centrum primärvård tas fram.

Att upprätthålla konkurrensneutralitet i beredningen av förfrågningsunderlaget

För att bl.a. bättre säkerställa konkurrensneutralitet i arbetet med att utforma uppdraget i förfrågningsunderlaget har Vårdvalsnämnden inrättats. Ledamöterna i Vårdvalsnämnden är inte ledamöter i Regionstyrelsen. Dock har vårdvalsnämnden ingen egen förvaltning. Den tjänsteman som är ansvarig för framtagandet av förfrågningsunderlaget är beställarchefen. Denna är underställd planeringschefen. Enligt beställarchefen har det ännu inte uppstått någon situation där konkurrensneutraliteten åsidosatts i planeringsarbetet, men att det teoretiskt skulle kunna uppstå en sådan situation.

Ett bättre tillvaratagande av resultatet av folkhälsorapporten

Hälso- och sjukvårdsdirektören är strategiskt ansvarig för hälso- och sjukvården, dock utan något linjeansvar. Hälso- och sjukvårdsdirektören anser det önskvärt att primärvården till-

varatar resultatet av folkhälsoenkäten bättre i sitt planeringsarbete. Resultatet av folkhälsoenkäten presenteras i kommunrapporter vilket enligt direktören skulle kunna vara ett bra underlag för den enskilda hälsocentralen att använda i sitt planeringsarbete.

Avsaknad av prioriteringar

För att kunna hantera verksamheten utifrån det svåra ekonomiska läget önskar den medicinska samordnaren för primärvården tydligare prioriteringar av verksamheten. Anledningen till det inte sker mer prioriteringar i planeringsarbetet tror den medicinska samordnaren beror på att flera ansvariga chefer saknar adekvat sjukvårdserfarenhet och därför har svårt att föra diskussioner och föreslå sådana beslut.

Bedömning och kommentar

- Enligt vår bedömning har inget i granskningen framkommit som direkt tyder på att kartläggningen av behovet av primärvård inte skulle ske i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Dock framkommer i intervjuerna att det finns förbättringsområden som att bättre ta tillvara resultatet av folkhälsoenkäten i planeringsarbetet, samt att involvera lokala behovsplaneringar utifrån jämlik vård.
- Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall planeringen ske utifrån befolkningens behov och statens prioriteringsordning. Detta uppges i förarbetena till lagen vara särskilt viktigt då det råder ett ansträngt ekonomiskt läge. Den medicinska samordnaren efterlyser därför tydligare prioriteringar i planeringsarbetet.

6.3 Att kartlägga och tillgodose kompetensbehovet

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal som behövs för att god vård skall kunna ges (HSL 2e§).

Utifrån genomförda intervjuer är fokus i arbetet med att kartlägga kompetensbehovet, främst behovet av läarkompetens, samt i viss utsträckning behovet av distriktssköterskor.

Efter stafettläkarstoppet blev bristen på distriktsläkare akut inom flera hälsocentraler. Beslutet togs sedermera tillbaka och ett nytt beslut fattades 2013 av landstingsstyrelsen om att nyttjandet av stafettläkare skulle upphöra senast inom två år, vilket innebär att nyttjandet av stafettläkare ska upphöra under oktober 2015. Enligt beslutet skulle det tas fram en plan för hur detta skulle ske.

Beslutet om stafettläkarstopp anser samliga intervjuade vara orealistiskt. Regionstyrelsens ordförande uppger att hon därför skall ta initiativ till nytt beslut tas.

I samband med beslutet om stafettläkarstopp från 2013 skulle det göras en analys av varför arbetade timmar ökat medan produktionen minskar, samt göra en översyn av arbetsorganisationen (4). Vi har efterfrågat denna analys och översyn, men har inte fått något besked om att något sådant skett.

Rekryteringsgrupp inrättades

Som en del i planen att bli oberoende av stafettläkare inrättades en strategisk rekryteringsgrupp under 2014 som arbetar med att rekrytera läkare bl.a. genom rekrytering från utlandet. Enligt verksamhetsberättelsen för primärvården har dock användandet av stafettläkare och arvodesläkare ökat (5). Enligt den medicinska samordnaren är bemanningsläget avseende läkare ungefär samma nivå som föregående år.

Kompetensväxling

Planer finns på en kompetensväxling, dvs. att distriktssköterskorna utbildas att göra en del av läkarnas uppgifter och undersköterskorna utbildas att göra en del av distriktssköterskornas uppgifter. Lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON- principen) nämns som ett sätt för att frigöra tid för läkarna att kunna ägna mer tid åt de med de största behoven.

Enligt planeringschefen pågår ett arbete "Vem gör vad i vården" med att pröva olika angreppssätt för att stimulera till en kompetensförskjutning, bl.a. att pröva vilka arbetsuppgifter som läkarna idag gör som går att lägga på sköterskor. Arbetet har i en första fas bedrivits inom sjukhuset, men kommer i en senare fas också omfatta primärvården, enligt planeringschefen.

Införande av Cosmic och pensionsavgångar

Införandet av Cosmic och stundande pensionsavgångar uppges vara en utmaning i arbetet med att minska stafettläkarberoendet. Införandet av Cosmic uppges ha haft stor negativ inverkan på primärvårdens produktion. Den medicinska samordaren bedömer att Cosmic tar ca 10 % längre tid för läkaren att använda jämfört med VAS, utöver tidsåtgången för införandet. Enligt den medicinska samordaren finns också en oro för hur kommande pensionsavgångar ska kunna ersättas med nya läkare.

Bedömning och kommentar

- Vi noterar att det pågår aktiviteter för att tillgodose behovet av läkarkompetens. Diskussioner om kompetensväxling pågår, vilket kan medföra att tid frigörs för läkarna. Planeringsprocessen för LUP- primärvård är ännu inte slutförd, men vad vi kan se kommer det krävas bl.a. fortsatt utredningsarbete, utbildningsinsatser och ev. investeringar i nödvändig utrustning samt vissa informationsinsatser mot allmänheten.
- Det pågår ett planeringsarbete för att pröva om andra yrkeskategorier kan överta en del av läkarens arbetsuppgifter och därmed frigöra tid för läkaren, så att läkarresursen kan nyttjas mer optimalt. Samtidigt med detta planeringsarbete införs ett nytt vårdadministrativt system som enligt uppgift kräver 10 % mer läkartid utöver den tid själva införandet tar.
- Enligt uppgift har, trots rekryteringsgruppens arbete, bemanningsläget avseende läkare inte markant förbättrats sedan föregående år. Planeringen har fokuserats på att lösa det akut uppkomna behovet av distriktsläkare. Vi saknar dock en kartläggning av kompetensbehovet av övriga yrkeskategorier i planeringsarbetet.

6.4 Kartläggning av behovet av ändamålsenliga lokaler

Där det bedrivs hälso- och sjukvård skall det finnas de lokaler som behövs för att god vård skall kunna ges (HSL 2e§). Enligt förarbetena till HSL innebär detta att de utrymmen där vård ges skall vara av gott skick. Lokalerna skall vara anpassade för att tillgodose patienternas behov av trygghet och integritet (1).

Närhetsprincipen, som fullmäktige har beslutat om, innebär att vården skall ges så nära hemmet som möjligt (6).

Enligt regionstyrelsens ordförande är ett politiskt mål som ska beaktas i LUP- arbetet att den vård som är möjlig ska ges så nära hemmet som möjligt. Innehåll och arbetsätt kan förändras men de lokaliseringar som finns behöver sannolikt vara kvar, enligt henne, för att uppnå målet och minska sjukresorna.

Struktur för landstingsdrivna primärvården

Projektet "Ny start Östersund" som resulterade i rapporten "Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun" genomfördes 2011-2012. I rapporten framkom olika sammanslagningalternativ av hälsocentraler (7).

Vid landstingsstyrelsens möte i december 2012 fick landstingsdirektören i uppdrag att till mars 2013 ta fram en genomförandeplan för sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar för hälsocentralerna inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit (7).

I februari 2013 beslutade landstingsfullmäktige dels att lokalisering av hälsocentraler inom Östersunds kommun, exklusive Brunflo och Lit får förändras genom sammanslagningar, samlokaliseringar eller nya geografiska placeringar (7).

I april 2013 beslutade landstingsstyrelsen i ett första steg att samordning ska ske av Odensala och Torvalla hälsocentraler och i augusti beslutades att lokalisera de båda hälsocentralerna till Odensala (7).

För övrig primärvård inom Östersunds kommun beslutade styrelsen att arbetet med genomförandeplanen skulle redovisas med förslag till beslut för landstingsstyrelsen i november 2013 (7).

Någon fullständig genomförandeplan togs dock aldrig fram. Däremot togs det fram en målbild för primärvården inom Östersunds kommun. I november 2013 beslutade landstingsstyrelsen att arbetet med genomförandeplanen ska ske mot målbilden och att ett förslag till beslut skulle presenteras för styrelsen i augusti 2014 (8). Något förslag och beslut avseende detta togs dock inte i augusti 2014. Enligt planeringschefen berodde detta på att det då beslutats att strukturarbetet för primärvården skulle ingå i LUPen varför det inte blev aktuellt med en redovisning i augusti.

Stafettläkarstopp ledde till en omfattande omlistning

Som vi tidigare nämnt beslutade landstingsstyrelsen under våren 2013 om ett stafettläkarstopp. Som en följd av bl.a. det svåra bemanningsläget upphörde Torvallas hälsocentral under 2013 och blev en hälsomottagning. Torvallas sextusen patienter fick lista sig till Brunflo och Odensala. För Odensala innebar detta svårigheter lokalmässigt då det fanns begränsade möjligheter att expandera i befintliga lokaler. Även för Lungviks hälsocentral medförde stafettläkarstoppet svårigheter att klara inflödet av patienter i befintliga lokaler.

Enligt centrumchefen fanns inte förutsättningar att fortsätta med strukturarbetet efter stafettläkarstoppet, då arbetet fick fokuseras på att klara de akuta problem som beslutet medförde.

Översynen av struktur för den landstingsdrivna primärvården övergick i LUP:en

Landstingsstyrelsen beslutade i maj 2014 om att arbetet med att se över strukturen för den landstingsdrivna primärvården skulle ske som ett delpaket i den långsiktiga utvecklingsplanen LUPen. I november 2014 beslutade landstingsstyrelsen om inriktningen för LUP- primärvård. Enligt de intervjuade ingår det för närvarande inte i uppdraget att se över samlokaliseringar eller ny geografiska lösningar.

Utifrån intervjuer har framkommit att Torvalla hälsomottagning ska få viss läkarbemanning under hösten 2015. Något styrelsebeslut avseende detta har inte fattats. Centrumchefen för primärvården och ordförande för regionstyrelsen anser att en sådan åtgärd ska kunna rymmas i den befogenhet som finns inom förvaltningen.

Ändrade begrepp

Hälsocentral är numera ett begrepp som används enbart vid kommunikation mot allmänheten. Internt används i stället begreppet vårdenhet. Enligt uppgift finns det ett krav på att det ska finnas en vårdenhet inom varje kommun. Det är enbart till en vårdenhet som patienten kan lista sig till. Filial innebär ett begränsat vårdutbud.

Bedömning och kommentar

- Planeringen av primärvårdens lokaler inom Östersunds närvårdsområde har bytt inriktning. Från att lokalfrågan har haft ett mycket stort fokus i planeringsarbetet för några år sedan till att i stort sett inget fokus riktas mot denna fråga i nuläget. Som vi uppfattat det finns numera en politisk vilja att befintliga lokaler skall finnas kvar i möjligaste mån, vilket präglar nuvarande planeringsarbete.

6.5 Gränstyr och samverkan gentemot den specialiserade vården

Enligt Socialstyrelsens föreskrift för ett systematiskt kvalitetsarbete skall vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (9).

Zamsyn- dokument och Handläggningsöverenskommelser

Inom primärvården finns primärvårdskonsulter som arbetar med att identifiera och beskriva de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet mellan primärvård och specialiserad vård. Processerna finns formulerade i s.k. Zamsyn- dokument. Dessa dokument beskriver vad primärvården respektive den specialiserade vården skall arbeta med inom specifika områden. Idag finns bl.a. Zamsyn- dokument för depression och självmord. Enligt hälso- och sjukvårdsdirektören finns en viss fördröjning i arbetet med att åstadkomma sådana överenskommelser, bl.a. pga. att det är svårt med läkarmedverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument.

Handläggningsöverenskommelser innebär en övergripande beskrivning av vem som gör vad mellan primärvården och den specialiserade vården.

Centrumövergripande vårdprogram

Ytterligare arbete för att identifiera de processer som behövs för att förebygga vårdskador, enligt hälso- och sjukvårdsdirektören, är implementering av standardisering av vårdprogram för cancer, vilka berör både primärvård och specialiserad vård.

Hälso- och sjukvårdsdirektören menar att genom att implementera standardiserade vårdprogram som t.ex. för cancer kommer initiativ att tas till att fler processer som berör både primärvård och specialiserad vård, att standardiseras.

Fortlöpande frågeställningar avseende gränsdragningar

Enligt den medicinska samordnaren för primärvården är den största delen av primärvårdens verksamhet av sådan karaktär att det inte går att formulera ett vårdprogram kring dessa. Enligt honom förs fortlöpande diskussioner kring frågeställningar om vilken vård som skall utföras inom primärvården respektive inom den specialiserade vården.

Gränsdragningsfrågor blir ofta ärenden för den medicinska samordnaren att ta ställning till. Enligt denne kan en lösning av sådana ärenden ske på lite olika sätt beroende på vilken kompetens som finns på den enskilda hälsocentralen eller vilken kapacitet det finns där. I de allra flesta fall nås en överenskommelse mellan primärvården och specialistvården, dock

finns fall som initialt förblir olösta och medför en onödig fördröjning för patienten innan denne tas omhand.

Den medicinska samordnaren poängterar att brist på MLU⁶ försvårar planeringen inom den enskilda hälsocentralen. Det saknas en befattning med helhetsgrepp avseende medicinska frågeställningar inom verksamhetsområdet vilket kan medföra risk för att nödvändig översyn av rutiner etc. uteblir.

Större förändringar bör finnas med i förfrågningsunderlaget

Enligt de intervjuade sker ständiga förändringar av vad primärvården skall göra, t.ex. provtagning inför operation, uppföljning av vissa läkemedel som ordinerats av specialistvården etc.

För att ett utökat uppdrag för primärvården skall komma med i förfrågningsunderlaget måste detta vara känt före mars året innan då förslag till förfrågningsunderlaget lämnas till politikerna för kommande år.

Chefen för Beställarenheten som ansvarar för beredningen av förfrågningsunderlaget önskar av nämnda anledning att bli bättre informerad om beslut som berör primärvården. Hon nämner BOA- skolan (Bättre omhändertagande efter artros) som ett exempel när hon inte blev informerad och uppdraget om detta inte hamnade i förfrågningsunderlaget. Detta påverkar de interna såväl som de privata utförarna.

Bedömning och kommentar

- Det finns former för planering av centrumövergripande processer, dock framkommer uppgifter om att det går trögt avseende Samzyn- dokumenten, och en anledning som nämns är brist på läkarmedverkan i arbetet med att ta fram dessa dokument.
- Enligt den medicinska samordnaren förekommer det fall där det saknas en samsyn mellan primärvård och specialiserad vård när det gäller gränsyta. Detta löses i de allra flesta fallen, dock inte alltid vilket medför att patienter riskerar att hamna mellan stolarna.
- Det är viktigt att det finns rutiner som säkerställer att beställarchefen i god tid får vetskap om förändringar som har bäring på primärvårdens uppdrag. En konsekvens kan annars bli att uppdraget och ersättningen inte harmoniserar.
- Vi anser det otillfredsställande att det saknas MLU på några hälsocentraler. Detta förhållande medför en brist för planeringsarbetet inom den enskilda hälsocentralen. Fortsatta åtgärder bör därför vidtas för att dessa befattningar besätts.

6.6 Säkerställs konkurrensneutraliteten i planeringen?

2010 blev vårdvalet obligatoriskt för samtliga landstings primärvård. Syftet med Lagen om valfrihet är att öka patienternas valfrihet och införa kvalitetskonkurrens. En förutsättning för att detta skall kunna nås är att det finns flera aktörer att välja på och att det finns information om utförarnas kvalitet (9).

⁶ MLU = Medicinskt Lednings Uppdrag. De verksamhetschefer som själv inte är läkarutbildade ska ha en MLU till hjälp för bl.a. vissa medicinska planeringsfrågor.

Vårdvalet inom Jämtlands läns landsting kallas Hälsovalet Jämtlands län. Den ursprungliga avtalstiden för utförarna var 4 år. En uppföljning av avtalsperioden genomfördes under 2014 med representation från samtliga politiska partier i fullmäktige. Fokus för uppföljning var innehållet i uppdraget, ersättningsmodell, filialverksamhet, listningsregler och avtalstid.

Lagens intentioner för att öka patienternas valfrihet har dock inte varit föremål för uppföljningen av hälsovalet, enligt de intervjuade.

Enligt rapport från Konkurrensverket avviker Jämtlands läns landsting markant jämfört med övriga riket när det gäller andelen av befolkningen som har en extern utförare att välja på. 79 % av populationen Jämtlands län saknar en privat aktör att välja på vilket är högst i landet (10).

Modell för över- och underskottshantering tillämpas inte

I samband med införandet av hälsovalet 2009 beslutade landstingsfullmäktige om en konkurrensneutral organisation i vilken en del var en modell för över- och underskottshantering. Treårsplaner skulle införas, under och överskott skulle kunna sparas mellan åren. Ekonomiskt underskott skulle återställas inom tre år (11). För primärvården skulle principen tillämpas per närvårdsområde (12). Enligt ordförande för regionstyrelsen ändrades regelverket till att gälla över- och underskott för hela den landstingsdrivna primärvården.

Enligt centrumchefen för primärvården har dock modellen om över och underskottshantering aldrig tillämpats som den var tänkt från början. Primärvården har inte lyckats återställa några underskott sedan hälsovalet infördes 2010.

Privata utförare kompenseras i efterhand

Av intervjuerna har framkommit att konkurrensneutraliteten upprätthålls genom att de privata hälsocentralerna kompenseras om inte underskottet för den landstingsdrivna primärvården lyckas återställas efter tre år. Kompensationen till de privata hälsocentralerna utbetalas efter tredje året räknat från det år underskottet uppstod.

Enligt ansvarig tjänsteman på konkurrensverket går det inte att pröva konkurrensneutraliteten avseende det ovan nämnda förfarande utifrån Lagen om valfrihetssystem. Detta menar denne beror på att alla leverantörer ska behandlas lika, men med leverantörer avses enbart externa leverantörer och egenregi omfattas således inte av begreppet. Dock bör lika-behandling eftersträvas så långt som möjligt utifrån EU:s direktiv om likabehandling⁷.

OH- kostnader klarlagda?

Enligt Lagen om valfrihetssystem skall det tydligt framgå av förfrågningsunderlaget vilket uppdraget är och hur ersättningen för uppdraget framräknats. Man skall därför undvika schablonmässiga ersättningar. Om fria nyttigheter finns, skall dessa framgå av förfrågningsunderlaget (13).

Konkurrensverket har prövat konkurrensneutraliteten inom hälsovalet i Jämtland avseende OH- kostnader och IT-kostnader⁸. Konkurrensverket uppmanade Jämtlands läns landsting att klargöra vilka fria nyttigheter som landstingsdrivna enheterna har och anpassa ersätt-

⁷ Samtal med Leif Nordqvist på konkurrensverket den 6: maj 2015. Hänvisar till Konkurrensverkets prövning 581/2009.

⁸ IT- kostnaden handlade om uppkoppling till Sjunet

ningsnivå därefter, alternativt fördela kostnaderna för de fria nyttigheterna på de egna landstingsdrivna enheterna (14).

En analys av IT kostnader uppges ha skett enligt ärendebeskrivning av Hälsoval 2015. Denna analys har resulterat i en höjning av ersättningen för OH kostnader från 6 kr till 30 kr per listad individ (15). Enligt beställarchefen har beräkningen utgått från bl.a. transparensutredningen inom tandvården. Någon kalkyl för hur OH- kostanden har räknats fram har dock inte presenterats för oss.

Särredovisning av hälsovalet i årsbokslutet

Redovisningen av hälsovalet skall enligt lagen om valfrihetssystem särredovisas från den del som är anslagsfinansierad. I primärvårdens redovisning har kostnaden för landstingets primärvård inom hälsovalsmodellen särredovisats, men inte i den samlade årsredovisningen. Enligt ekonomichefen kommer detta att korrigeras till nästa år.

Bedömning och kommentar

- I Regionstyrelsens ansvar ingår att säkerställa att verksamheten bedrivs utifrån mål, lagar och föreskrifter. Vi anser det därför otillfredsställande att inte det skett en uppföljning och utvärdering av om intentionerna med LOV uppnåtts inför kommande planering.
- Lagen om valfrihetssystem ställer krav på transparens när det gäller ersättning som ligger till grund för hur uppdraget räknats fram och att undvika fria nyttigheter. Konkurrensverket har uppmanat landstinget att visa på hur OH- kostnader beräknats. Styrelsen har höjt ersättningsnivån från 6 kronor till 30 kronor efter en analys. Något underlag för denna analys har dock inte presenterats. Om sådant underlag saknas rekommenderar vi styrelsen att ta fram ett sådant underlag, dels utifrån lagens krav och Konkurrensverkets uppmaning, och dels utifrån att ersättningen varken skall vara för låg eller för hög.

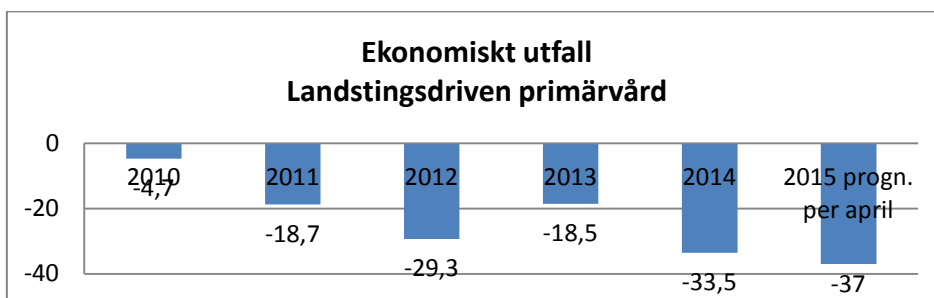
6.7 Planering av landstingsdrivna primärvården utan underskott

Enligt propositionen till lagen om valfrihetssystem framgår att det är viktigt att inte uppdraget är underprissatt. ”*Detta riskerar den upphandlande myndighetens egenregiverksamhetens existens, men även mångfalden och kvaliteten*”. Konkurrensverket påpekar att om en upphandlande myndighet trots rationaliseringar och effektivisering av verksamheten i egen regi, inte lyckas finansiera sin verksamhet inom ersättningsnivån, kan detta vara en indikation på att ersättningsnivån är för lågt satt” (15).

Enligt Konkurrensverket innebär ett oreglerat underskott för den egendrivna primärvården en subventionering av denna (17). En sammanställning från Konkurrensverket visar att andelen hälsocentraler som gick med underskott var högst i Jämtlands län och Norrbotten (18).

Stafettläkarkostnader lyfts fram av de intervjuade som det största enskilda problemet för att komma tillrätta med underskotten. I en rapport från Konkurrensverket lyftes även kostnader för sjukresor fram som ett mycket stort problem i Jämtlands län (18).

Planering för att komma ifrån de ständiga underskotten (LUP:en)



Syftet med LUP:en har varit att på sikt minska kostnaderna genom att hitta en ny struktur för den landstingsdrivna primärvården. I det ursprungliga uppdraget ingick också en översyn av närvarlden i Strömsund (Näva). Enligt uppgift är denna del av projektet klar. Östersunds närvårdsområde och övriga länet har sammanförts till en gemensam del, från att från början varit två separerade delar i projektet.

Regionstyrelsen fick en delrapportering av LUP:en i juni. Vi har tagit del av informationsmaterialet som utgjordes av OH- bilder. Det finns vid tidpunkten för granskningen inget förslag till rapport att ta del av. Vi har efterfrågat kalkyler över de åtgärdsförslag som tagits fram, men inga sådana har presenterats. LUP arbetet planeras vara klart för beslut av regionstyrelsen under hösten. Enligt uppgift ska ett rapportförslag finnas färdigt senast sista augusti. I enlighet med den ursprungliga tidplanen skulle dock en rapport ha presenterats i maj för regionstyrelsen (18).

Flera av de intervjuade är dock skeptiska till tidsplanen i LUP:en. Detta bl.a. pga. att projektledaren för LUP: primärvård avslutat sin anställning i juni och ny primärvårdschef har tillträtt under sommaren. Några av de intervjuade ser framför sig att det troligen måste bli någon form av omstart av projektet under hösten. Enligt samordnaren för LUP- arbetet bedöms det i nuläget inte vara aktuellt med en omstart.

Besparingskraven på primärvården ligger fast

Flera av de intervjuade framhåller att primärvården är underfinansierad, även så ordförande för regionstyrelsen. Enligt ekonomidirektören ligger dock besparingskravet på primärvården fast och det finns inga planer, enligt honom, på att skjuta till pengar till primärvården. Enligt economichefen behövs ytterligare lika mycket besparingar till inom primärvården förutom de som finns målsatta i LUP:en.

På frågan om hur de ekonomiska besparingarna kommer att följas upp, svarar economichefen att det tillsatts en grupp inom ekonomienheten att särskilt följa upp detta.

Vi har frågat economichefen om det finns en beräkning av hur den totala potten i ersättning för hälsovalet räknats fram. Den beräkning som presenterats för oss är den sammanställning som gjordes inför införandet av vårdvalet 2010 och består i grunden av den ram som primärvården hade 2009, överföring av den ersättning som tidigare utbetalats till privata hälsocentraler, samt budgeterade medel för lab. och röntgen i och med införandet av köp/sälj. I beräkningen ingår också en neddragning av anslaget på drygt 23 mkr utifrån det omställningsarbete som gjordes 2010. Neddragningen på 23 mkr förutsatte dock en besparingsåtgärd som aldrig genomfördes, nämligen att öka antalet listade personer från 1600 till 1800 inom Östersunds närvårdsområde (18).

	2015	2016	2017	2018
Mål om besparingar i LUP:en	2 mkr	13 mkr		
Reviderat mål efter styrelsebeslut i juni 2015	2 mkr	2 mkr	8 mkr	3 mkr

En försvarande omständighet när det gäller att uppnå besparingskraven uppges handla om införandet av det vårdadministrativa systemet Cosmic, då införandet kräver en del dubbelarbete av läkaren. Detta beror på att patientuppgifter från det gamla journalsystemet måste föras över manuellt in i det nya.

Bedömning och kommentar

- Vid tidpunkten för vår granskningen var flera delar av LUP-primärvård ännu inte färdigutredda, och där beslut skall tas redan under hösten. Enligt uppgift är planen det ska finnas en rapport om LUP-primärvård färdig i augusti och regionstyrelsen ska fatta beslut i frågan under hösten. I intervjuerna framkommer en tveksamhet till att tidsplanen kommer att hålla då projektledaren slutat och en ny primärvårdschef har tillträtt.
- Då vi inte kunnat ta del av några kalkyler för de presenterade kostnadsbesparingsförslagen i LUP:en har vi inte kunnat bedöma trovärdigheten i att de förväntade besparingseffekterna ska kunna uppnås.
- Utifrån intervjuer och den beräkning som ligger till grund för framräkandet av den totala potten för vårdvalet framkommer indikationer på att vårdvalet är underfinansierat. Enligt Lagen om valfrihet riskerar en underfinansiering av vårdvalet att lagens intentioner med ökad mångfald inte uppnås.

6.8 Organisering och ansvarsfördelning för planeringens genomförande (LuP:en)

Enligt intervjuerna har det skett uppstartsmöten vid primärvårdens planeringsdagar under hösten 2014. Det som framkom vid dessa planeringsdagar har enligt uppgift utgjort utgångspunkt för det fortsatta arbetet.

Delar av det formella regelverket för projektarbete har inte följts för LUP- primärvård

Enligt direktiven för LUP- arbetet skulle projektet drivas enligt Projektil (19), vilket inte har skett. Vi har heller inte kunna se några beslut för hur projektledaren eller för hur övriga projektdeltagarna har utsetts.

6.9 Tid och kompetenser för att genomföra planeringen (LUP:en)

Projektledaren har haft 20 % för projektledning, vilket i praktiken varit en dag i veckan. Dock har denne samtidigt haft kvar sin ordinarie arbetsuppgifter. Projektledaren uppger sig i det läget då ha prioriterat projektet och fått ge avkall på ordinarie uppgifter. Han anser att detta förhållande inte har varit optimalt förhållande för projektledning. Totalt har under projekttiden tre personer ingått i projektgruppen. Projektgruppen har haft hjälp av en, för hela LUP- arbetet, projektanställd person med att sammanställa en rapport.

De intervjuade anser sig haft tillgång till de kompetenser man har varit i behov av. Medicinsk kompetens har dock inte ingått direkt i projektarbetet, men har enligt projektledaren kunnat införskaffas under hand.

Kompetenstapp i och med att projektledningens slutar

Projektledaren har aviserat att han skulle sluta sin anställning i juni, så även centrumchefen för primärvården. Enligt den senare kommer även fem chefer inom primärvården att sluta (projektledaren inräknad), vilket innebär att en stor del av primärvårdens ledningsgrupp byts ut. Enligt dåvarande centrumchefen har dock primärvårdens ledningsgrupp aktivt följt projektet.

Begränsad samverkan med berörda externa parter i LUP- primärvård

Enligt uppgift har det varit en begränsad samverkan med externa partner vid genomförande av projekt LUP- Primärvård. Enligt intervjuer skulle ett utkast med huvuddragen av förslagen förankras genom medborgardialoger under sommaren. Enligt uppgift har detta inte hunnits med.

För övrigt planeringsarbete sker samverkan i följande forum:

- SVOM – ny sjukvårdspolitik för länet
- Fredagsgruppen – Ädel avtal
- Ledningskraft – effektiva processer för de mest sjuka äldre

Bedömning och kommentar

- Kompetenstapp och tempotapp i samband med byte av projektledning riskerar bli följden av att nyckelpersoner för projektledningen slutar. För att minska risken för detta är det bl.a. viktigt att det finns en tillräcklig projektdokumentation. Då inte Projekttil använts för genomförande av projektet bör motsvarande dokumentation säkerställas på annat sätt. Dokumentationen bör också finnas sökbar efter projektavslut.
- Enligt de intervjuade skulle ett förankringsarbete ske under sommaren. Detta har enligt uppgift inte hunnits med. Vi anser att det därför finns risk för att delar av förankringsarbetet uteblir, alternativt att tidplanen inte kommer att hållas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har regionen en samverkansskyldighet med externa parter i samband med planeringsarbetet.


7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare⁹:



Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring¹⁰:



Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

⁹ Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

¹⁰ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Sahling, Lars-Åke Johnsson Jan.** *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer - åttonde upplagan.* Stockholm : Nordstedts Juridik AB, 2010. ISBN/978-91-39-11122-1.
2. **Region Jämtland Härjedalen.** Regionsstyrelsens sammanträdesprotokoll §18. 2015-02-11. RS/79/2015.
3. **Jämtlands läns landsting.** Plan för avveckling av stafettläkare inom primärvården. Dnr:LS/1314/2013.
4. —. Bokslut 2014 - Centrum för primärvård. 2015.
5. —. Primärvårdens struktur och utveckling. 2008. Dnr:LS/306:2007.
6. —. Struktur för landstingsdrivna primärvården i Östersunds kommun. Dnr:LS/1758/2012.
7. —. Utdrag ur sammanträdesprotokoll från landstingsstyrelsen . 2013-11-06. § 281.
8. **Socialstyrelsen.** Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9). 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
9. **Sveriges Riksdag.** Prop. 2008/09:29 Lag Om Valfrihetssystem.
10. **Konkurrensverket.** Etablering och konkurrens bland vårdcentraler. Stockholm : u.n., 2014. ISSN-nr 1401-8438.
11. **Jämtlands läns landsting.** Uppdrag att utreda och införa konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi. Dnr:LS/935/2009.
12. —. Modell för över- och underskottshantering inom Jämtlands läns landsting. Dnr: LS/42/2010.
13. **Sveriges Riksdag.** Svensk författningssamling 2008:962 - Lag om valfrihetssystem.
14. **Konkurrensverket.** Påstått proble gällande brist på konkurrensneutralitet inom Hälsoval Jämtland. Dnr: 348/2013.
15. **Jämtlands läns landsting.** Utdrag sammanträdesprotokoll § 35 Hälsoval 2015. 2014-02-11--12. Dnr: LS/1867/2012.
16. **Konkurrensverket.** Kvalitetshöjande konkurrens i valfrihetssystem - vad krävs? 2012. ISSN-nr 1401-8438.
17. —. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler - om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. 2014. ISSN: nr 1401-8438.
18. **Jämtlands läns landsting.** Långsiktig plan för god ekonomisk hushållning - Paket 6 Förändra strukturen för primärvården, del 1. . 2014. Dnr:LS/1758/2012.
19. **Revisionskontoret Jämtlands läns landsting.** *Granskning av primärvården inom hälsovalsmodellen.* 2011. Dnr:Rev/21/2011.

20. **Jämtlands läns landsting.** Långsiktig utvecklingsplan för GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING 2015-2025. ver 9. 2014. Dnr:LS/1810/2013.

21. **Johnsson, Lars-Åke.** *Patientlagen - En kommentar.* Stockholm : Nordstedts Juridik AB, 2015. ISBN:978-91-39-11440-6.

22. **Regeringskansliets förvaltningsavdelning.** Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård - Betänkande av utredning om betalningsansvarslagen . Stockholm : u.n., 2015. SOU 2015:20.