

Landstingsstyrelsen

Granskning av primärvården inom hälsovalsmodellen

På vårt uppdrag har revisionskontoret utfört en granskning av om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av den primärvård som bedrivs inom hälsovalsmodellen. Vår sammanfattande bedömning är att det finns brister i landstingsstyrelsens styrning och kontroll i nämnda avseenden.

Granskningen är till stora delar en uppföljning av granskningen ”Arbetsorganisation m.m. vid primärvårdens hälsocentraler” från 2009. Granskningen bygger på intervjuer, enkätundersökning samt dokumentanalys.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

I det följande redovisas de förbättringsområden som framkommit i granskningen:

- Styrningen av primärvården upplevs av flertalet enkätbesvarare som tydlig, men att kvalitetsmålen i förfrågningsunderlaget till vissa delar inte är ändamålsenliga. Vår rekommendation är därför, att inför nästa revidering av förfrågningsunderlaget, göra en utvärdering av kvalitetsmålen, samt att överväga om det behövs ett så pass stort antal mål för att säkerställa kvalitén i verksamheten.
- I landstingets styrmodell i landstingsplanen saknas en beskrivning av hälsovalsmodellen. Detta innebär att det inte finns någon övergripande beskrivning av hälsovalsmodellens koppling till mål och aktiviteter i landstingsplanen och till landstingsdirektörens uppdrag till primärvården. Vår rekommendation är därför att modellen tas med i beskrivningen av landstingets styrmodell.
- I granskningen har framkommit uppgifter som tyder på att Östersunds närvårdsområde kan vara underfinansierad. Landstingsstyrelsen som ansvarar för att säkerställa att tillräckliga resurser anslås, så att en god vård kan erbjudas, bör därför göra en översyn av ersättningsnivåerna inom kapiteringsmodellen.
- I vår förra granskning av primärvården från 2009 kunde vi konstatera att det förelåg vissa oklarheter i ansvarsfördelningen avseende det systematiska kvalitetsarbetet. Den nu aktuella granskning visar på att nämnda oklarheter kvarstår.

Landstingsstyrelsen bör därför tydliggöra ansvaret avseende det systematiska kvalitetsarbetet inom hälsovalsmodellen.

- Vår bedömning är att uppföljning och analys i vissa fall sker för sällan för att ge underlag för en aktiv styrning. Enkätsvaren indikerar brister i att vidta nödvändiga förbättringsåtgärder, vilket vi bedömer kan höra ihop med brister i uppföljning och analys. I granskningen har framkommit att arbetet med att få fram uppgifter ur stödsystem tar för lång tid. Det saknas dessutom tillräckligt med metodstöd för analysarbete. Vi anser därför att bättre IT- stöd bör finnas att tillgå för uppföljning och analys, samt en utökad tillgång på metodstöd för detta.
- Enkätresultatet och årsredovisningen visar på brister i arbetsmiljön inom vissa delar av den landstingsdrivna primärvården inom hälsovalsmodellen. I hälsovallets verksamhetsberättelse framkommer ett visst samband mellan ökad stress och inrapporterade avvikelser och därmed riskerar bristerna i arbetsmiljön även bli en patientsäkerhetsfråga. Vi anser att behovet av ev. förbättringsåtgärder, när det gäller personalens arbetsmiljö, bör omgående undersökas och att nödvändiga åtgärder vidtas.
- I granskningen av primärvården från 2009 framkom brister i mätning av telefontillgängligheten. Den nu aktuella granskningen visar att mätningen och redovisningen av telefontillgängligheten har ytterligare försämrats. Landstingsstyrelsen bör därför omgående uppdra till ansvariga att ändra sättet att mäta.

Vi emotser senast den 5 mars 2012 redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer



Mona Nyberg
Ordförande



Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av primärvården inom hälsovalsmodellen

Kopia till

Fullmäktiges presidium

Landstingsdirektören

Bitr. landstingsdirektören

Chefen för Beställarenheten

Verksamhetsområdeschefen för primärvården

Verksamhetsområdescheferna inom hälsovalsmodellen



Jämtlands Läns
Landsting

**GRANSKNING AV PRIMÄRVÅRDEN
INOM HÄLSOVALSMODELLEN**

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING/BAKGRUND	6
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	6
4	REVISIONSKRITERIER.....	7
5	GRANSKNINGSANSVARIG.....	7
6	METOD	7
7	RESULTAT	8
7.1	STYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN INOM HÄLSOVALSMODELLEN.....	8
7.2	ANSVARET FÖR ATT UPPDRAG OCH MÅL UPPNÅS.....	15
7.3	UPPFÖLJNING AV AVTAL OCH UPPDRAG INOM HÄLSOVALSMODELLEN.....	19
7.4	CALLGUIDE.....	24
7.4.1	Mätning av telefontillgängligheten.....	26
7.5	KONTROLL AV LEVERANTÖRSFAKTUROR.....	27
7.6	BEREDSKAP ATT ÅTERTA VERKSAMHET	27
8	LITTERATURFÖRTECKNING	29
9	BILAGOR.....	30
9.1	INTERVJUADE.....	30
9.2	ENKÄTRESULTATET	31

1 SAMMANFATTNING

Landstingets revisorer har granskat om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av den primärvård som bedrivs inom hälsovalsmodellen. Granskningen bygger på intervjuer, enkätundersökning samt dokumentanalys. Nedan redovisas några av våra iakttagelser och bedömningar i rapporten:

- Styrningen av primärvården upplevs av flertalet enkätbesvarare som tydlig, men att kvalitetsmålen i förfrågningsunderlaget till vissa delar inte är ändamålsenliga. Vår rekommendation är därför, att inför nästa revidering av förfrågningsunderlaget, göra en utvärdering av målens ändamålsenlighet, samt att överväga om det behövs ett så pass stort antal mål för att säkerställa kvalitén i verksamheten. Vi anser att målen i förfrågningsunderlaget bör ha en tydlig koppling till mål och aktiviteter i landstingsplanen, då landstingsplanen är landstingets övergripande styrdokument.
- Hälsovalsmodellen finns inte beskrivet i landstingets styrmodell i landstingsplanen. Detta innebär att det inte finns någon övergripande beskrivning av hälsovalsmodellens koppling till mål och aktiviteter i landstingsplanen och till landstingsdirektörens uppdrag till primärvården. Vår rekommendation är därför att modellen tas med i beskrivningen av landstingets styrmodell.
- I granskningen har framkommit uppgifter som tyder på att Östersunds närvårdsområde kan vara underfinansierad. Landstingsstyrelsen som ansvarar för att säkerställa att tillräckliga resurser anslås så att en god vård kan erbjudas, bör därför göra en översyn av ersättningsnivåerna inom kapiteringsmodellen.
- I vår förra granskning av primärvården från 2009 kunde vi konstatera att det förelåg en viss oklarhet i ansvarsfördelningen för det systematiska kvalitetsarbetet. Den nu aktuella granskning visar på att oklarheter kvarstår. Landstingsstyrelsen bör därför tydliggöra ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet i hälsovalsmodellen.
- Vår bedömning är att uppföljning och analys i vissa fall sker för sällan för att ge underlag för en aktiv styrning. Enkätsvaren indikerar brister i att vidta nödvändiga förbättringsåtgärder vilket vi bedömer kan höra ihop med brister i uppföljning och analys. I granskningen har framkommit att arbetet med att få fram uppgifter ur stödsystem tar för lång tid. Det saknas dessutom tillräckligt med metodstöd för analysarbete. Vi anser därför att bättre stödsystem bör finnas tillgängligt för uppföljning och analys, samt en utökad tillgång på metodstöd för detta.
- I granskningen av primärvården från 2009 framkom brister i kvalitetsarbetet. I den nu aktuella granskningen verkar bristerna kvarstå. Vår bedömning är således att landstingsstyrelsens kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet, inom den landstingsdrivna primärvården inom hälsovalsmodellen, brister i detta avseende. Samtidigt vill vi dock framhålla att förbättringsåtgärder, när det gäller kvalitetsarbetet, enligt uppgift pågår. Ett exempel på detta är initiativet från verksamhetsområdeschefen för primärvården till att s.k. upprätta huvudöverenskommelser, som syftar till att tydliggöra gränssnitten och ansvarsförhållandena mellan verksamhetsområdena.

-
- Enkätresultatet och årsredovisningen visar på brister i arbetsmiljön inom vissa delar av den landstingsdrivna primärvården inom hälsovalsmodellen. I hälsovalets verksamhetsberättelse framkommer ett visst samband mellan ökad stress och inrapporterade avvikelser och därmed blir brister i arbetsmiljön även en patientsäkerhetsfråga. Vi anser att det är viktigt att ekonomi, personal, kvalitet och patientsäkerhet ingår i en samlad analys, då dessa delar påverkar varandra.
 - De förbättringsåtgärder inom ramen för införandet av telefonsystemet Callguide, som landstingsstyrelsen redovisade i svaret på vår granskning från 2009, har till stora delar inte genomförts. Vi anser dock att det finns förutsättningar att de förbättringsåtgärder, som landstingsstyrelsen beslutade om, kommer att genomföras under 2012. Detta då initiativ till en omstart av projektet tagits av den f.d. projektledaren.
 - I granskningen av primärvården från 2009 framkom brister i mätning av telefontillgängligheten. Den nu aktuella granskningen visar att mätningen och redovisningen av telefontillgängligheten har ytterligare försämrats. Landstingsstyrelsen bör därför omgående uppdra till ansvariga att ändra sättet att mäta.
 - Då granskningen visar att den rörliga delen av ersättningen inom hälsovalsmodellen är av så pass begränsad del i hälsovalsmodellen har granskningen av leverantörsfakturor i denna del utgått. Kontrollen av leverantörsfakturor i allmänhet kommer att ske i annan granskning.
 - De intervjuade uppger att det finns en beredskap inom landstinget för att återta verksamhet från externa utförare inom hälsovalsmodellen. Detta om någon extern utförare av olika skäl inte längre skulle klara av sitt uppdrag. Vi har dock inte kunnat tagit del av någon dokumentation som beskriver denna beredskap.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Revisorerna har inför 2011 beslutat att granska primärvården. Detta med anledning av det sedan 1 år införda Hälsovalet. Granskningen är delvis en uppföljning av den granskning som gjordes 2009, (Rev/4/2010).

- I revisorernas granskning av primärvården från 2009 framkom brister i kvalitetsarbetet, samt oklarheter i ansvarsförhållandena för kvalitetsarbetet. Revisorerna förslög därför landstingsstyrelsen att tydliggöra hur det systematiska kvalitetsarbetet skulle bedrivas inom ramen för hälsovalsmodellen som då var under införande.
- Vid granskning av primärvården från 2009 kunde vi iaktta svårigheter med att uppnå en tillfredställande telefontillgänglighet inom primärvården. Ett nytt telefonsystem, Callguide, infördes som skulle ge möjligheter till samverkan om telefonverksamheten och därmed en effektivare hantering.
- Förutom uppföljning av granskningen från 2009 vill revisorerna också ta reda på om det finns tillfredställande rutiner för att hantera leverantörsfakturor inom Hälsovalsmodellen, samt om det finns en tillfredställande beredskap för att återta verksamhet om någon extern utförare av olika skäl inte längre kan utföra sitt uppdrag.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Det övergripande syftet med granskningen är att svara på om landstingsstyrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av primärvården inom modellen för hälsovalet, inkluderat externa vårdgivare.

Revisionsfrågor:

- Är mål och uppdrag tydligt angivna och ändamålsenliga för primärvården inom hälsovalsmodellen?
- Är ansvaret för att mål- och uppdrag nås tydligt?
- Sker uppföljning av uppdrag och mål inom hälsovalsmodellen på ett tillfredställande sätt och vidtas nödvändiga åtgärder?
- Används det nya telefonsystemet Callguide på ett ändamålsenligt sätt? (Även beaktat brukarnas upplevelser)
- Finns en tillfredställande kontroll av leverantörsfakturor från externa utförare inom hälsovalet?

- Finns en beredskap inom landstinget för att vid behov återta verksamheter från privata utförare?

4 REVISIONSKRITERIER

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Patientsäkerhetslag
- Lagen om Valfrihetssystem
- Socialstyrelsens föreskrift (2005:12)
- SKLs regler om mätning av vårdgarantin
- Landstingsstyrelsens svar på vår tidigare granskningar av primärvården. (Dnr: LS/289/2010)
- Landstingsfullmäktiges beslut gällande hälsovalsmodellen.
- Landstingsplanen

5 GRANSKNINGSANSVARIG

Ansvarig för kvalitetsgranskning av iakttagelser och bedömningar är Majvor Enström revisionsdirektör och certifierad yrkesrevisor.

6 METOD

- Granskningen har utförts genom dokumentstudier, intervjuer och enkätundersökning. Granskningsperiod har varit 2011.
- De intervjuade framgår av bilaga 1. Dokument som ligger till grund för iakttagelser och bedömningar i granskningen framgår av källförteckningen.
- En enkät har skickats till chefer inom primärvården som drivs inom hälsovalsmodellen. Totalt har 21 enkäter skickats och svarsfrekvensen blev 100 %. Både privata och landstingsdrivna hälsocentraler har ingått i enkätundersökningen. När det gäller frågor om landstingsintern styrning och kontroll har enbart chefer inom landstinget fått besvara dessa. I bilaga 2 finns enkätsultatet i sin helhet.

7 RESULTAT

Granskningen av landstingsstyrelsens uppföljning och kontroll av primärvården inom hälsovalsmodellen har fokus på kvalitetsarbete. Övriga delar som ingår i granskningen är styrning och kontroll av ekonomi, personal och konkurrensneutralitet.

Siffror inom parentes är hänvisning till källförteckning i slutet av rapporten.

7.1 STYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN INOM HÄLSOVALSMODELLEN

Enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV) ska alla som uppfyller de uppställda kraven i hälsovalsmodellen ges möjlighet att starta en hälsocentral. Lika förutsättningar ska gälla för samtliga utförare oavsett om de tillhör landstinget eller är externa utförare.

Hälsovalet infördes 2010 i Jämtlands läns landsting. 18 landstingsdrivna hälsocentraler och 11 filialer ingår i hälsovalet samt fyra privata hälsocentraler. Fr.o.m. 2012 kommer även Frostvikens hälsocentral att ingå i hälsovalet.

De privata hälsocentralerna har tecknat avtal med landstinget som löper på fyra år. De landstingsdrivna hälsocentralerna har tecknat överenskommelser som också löper på fyra år. I avtalet och överenskommelserna framgår att hälsocentralerna ska följa förfrågningsunderlaget och andra beslutade styrdokument inom hälsovalet m.m.

Landstingsfullmäktige har fastställt inriktning för hälsovalsmodellen (1). Av denna framgår att åtagandet i hälsovalsmodellen skall vara brett med ett basuppdrag som omfattar alla hälsocentraler. Detta basuppdrag preciseras i förfrågningsunderlaget. I inriktningsdokumentet framgår att medborgarnas val ska avse listning till vårdenhet. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 5 § har dock patienter rätt att välja en fast läkarkontakt.

Förfrågningsunderlaget revideras årligen avseende uppdrag och ersättning. Förändringarna för nästkommande år fastställs av landstingsfullmäktige i juni.

Förfrågningsunderlaget för 2011 saknar koppling till fullmäktiges beslut

När det gäller den revidering av förfrågningsunderlaget som gjordes inför 2011, saknas det en koppling mellan fullmäktigebeslut och förfrågningsunderlag. Vid beslutstillfället har diarienumret LS/1484/2009 använts, men förfrågningsunderlaget för 2011 har ett annat diarienummer, nämligen diarienummer LS/16/2011.

Hälsovalsmodellen finns inte beskriven i landstingets styrmodell

Landstingsdirektörens uppdrag omfattar både den anslagsfinansierade delen av primärvården och den del av primärvården som finansieras inom hälsovalsmodellen. I uppdraget uppges att verksamheten skall anpassas till hälsovalsmodellen. I uppdraget framgår att landstingsplanen är det övergripande

styrdokumentet för Primärvården. Det saknas dock en beskrivning av hur hälsovalsmodellen ingår i landstingets styrmodell i landstingsplanen för 2011. I uppdraget saknas också kvalitetsmål.

Landstingsdirektörens uppdrag har inte brutits ner

Uppdraget till primärvården från landstingsdirektören ska brytas ner i en verksamhetsplan för området. Granskningen visar att uppdraget från landstingsdirektören inte har brutits ner inom den landstingsdrivna primärvården. Enligt verksamhetsområdeschefen hamnade detta ”mellan stolarna” i samband med byte av verksamhetsområdeschef. Enligt verksamhetsområdeschefen kommer det dock inför 2012 att tas fram uppdrag till närvårdsområdena.

Utgångspunkter för kvalitetsstyrning inom hälsovalet

Enligt 7 § Hälso- och sjukvårdslagen ska landstingen planera sin hälso- och sjukvård utifrån befolkningens behov av vård. I denna planering ingår även vård som utförs av privata utförare. Utgångspunkten för planeringen är Hälso- och sjukvårdslagens 3 §, att landstinget skall erbjuda en god vård. Av detta framgår att landstinget måste ställa kvalitetskrav också på privata utförare i hälsovalsmodellen. Varje vårdgivare i hälsovalsmodellen är dock själva ansvarig för sitt kvalitetsarbete (2).

Enligt Patientsäkerhetslagens 3 kap. 1 § skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också fastställa en plan med beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas. Det ska finnas uppföljningsbara mål och en redovisning av hur uppföljningen ska göras. Enligt 3 kap 2 § ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att undvika vårdskador.

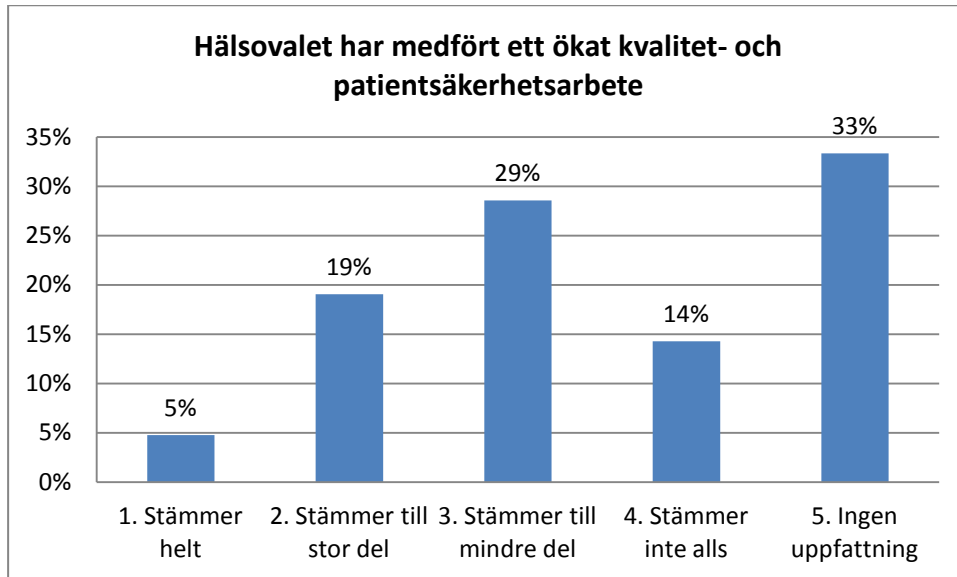
Enligt Socialstyrelsen föreskrift om ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet 2005:12, 3 kap 1 § ska vårdgivaren fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet, samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

Av det ovan nämnda framgår att landstingsstyrelsen ska säkerställa en god kvalitet inom primärvården oavsett utförare genom att ställa kvalitetskrav i förfrågningsunderlaget, och därutöver säkerställa att det också fortgår ett systematiskt kvalitetsarbete inom den landstingsdrivna primärvården.

Enligt granskning från 2009 framkom brister i kvalitetsarbetet

Enligt landstingsstyrelsens svar på vår granskning från 2009 (3) delade dåvarande verksamhetsområdeschefen landstingsrevisionens bedömning om att det förekom brister i kvalitetsarbetet. I svaret upp-gavs att införandet av hälsovalsmodellen och den konkurrenssituation som detta innebar, inte hade möjliggjort ett långsiktigt kvalitetsarbete. Dock skulle arbetet med ständiga förbättringar återupptas när situationen stabiliserats.

Följande diagram visar att en stor del av cheferna inom primärvårdens inte anser att kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har ökat sedan hälsovalsmodellen infördes.



Verksamhetsområdeschefens initiativ till förbättringar

Verksamhetsområdeschefen redovisar följande förbättringsåtgärder, när det gäller kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet:

Under 2011 har verksamhetsområdeschefen tagit initiativ till s.k. huvudöverenskommelser mellan Primärvården och andra verksamhetsområden, inledningsvis gäller detta verksamhetsområdena Psykiatri och Ortopedi. Syftet med dessa huvudöverenskommelser är att tydliggöra gränssnitten och ansvarsförhållandena mellan verksamhetsområdena.

Inför 2012 planerar verksamhetsområdeschefen att genomföra patientsäkerhetsronder. Verksamhetsområdeschefen planerar också att anställa en medicinsk kvalitetssamordnare på 60 %.

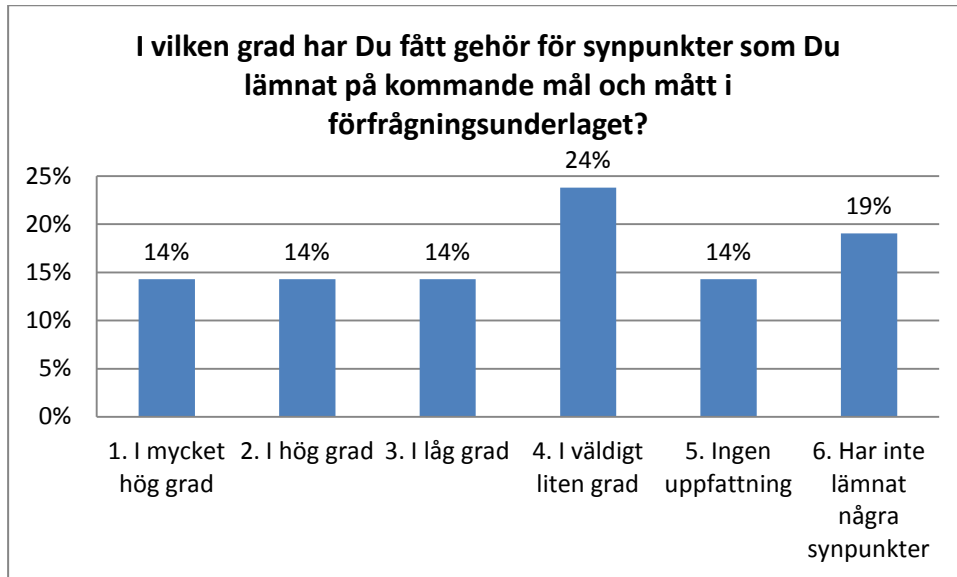
Enligt verksamhetsområdeschefen pågår ett genombrottsprojekt på Frösö Hälsocentral som syftar till att hitta rätt flöden avseende personal och produktionsplanering.

Kvalitetsmål i förfrågningsunderlaget

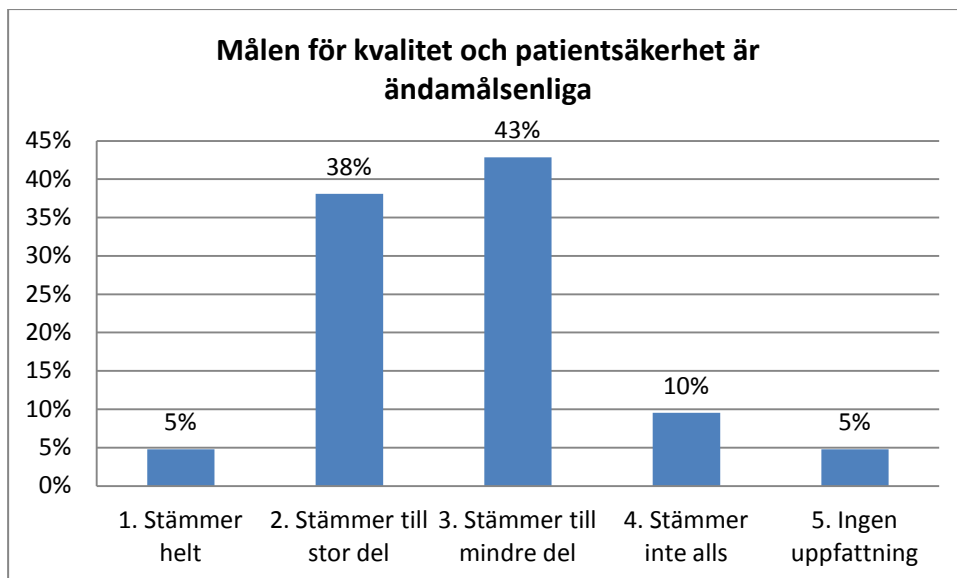
I förfrågningsunderlaget finns det ca ett 40-tal kvalitetsmål och mätetal. Av förfrågningsunderlaget framgår att kvalitetsarbetet ska ha sin utgångspunkt i Socialstyrelsens beskrivning av "God Vård". Det finns inga vitesklausuler kopplade till målen, däremot ifall utförarna inte inkommer med uppgifter i tid.

Enligt bl.a. verksamhetsområdeschefen är det alldeles för många mål i förfrågningsunderlaget för att få en effektiv styrning och att målen har en allt för hög detaljeringsgrad.

Vid denna granskning 2011 uppger tjänstemännen vid Hälsovalskontoret att man numera inbjuder utförarna till att komma med förslag och synpunkter på kvalitetsmål. Dock är det långt ifrån alla som lämnat synpunkter på mål och mått i förfrågningsunderlaget. Av de som lämnat synpunkter är det en övervägande del som upplever att de inte fått gehör för sina synpunkter, se följande diagram.



Ett flertal av enkätbesvararna upplever att styrningen av primärvården är tydlig, men målen för kvalitet och patientsäkerhet upplevs inte som ändamålsenliga, se följande diagram.

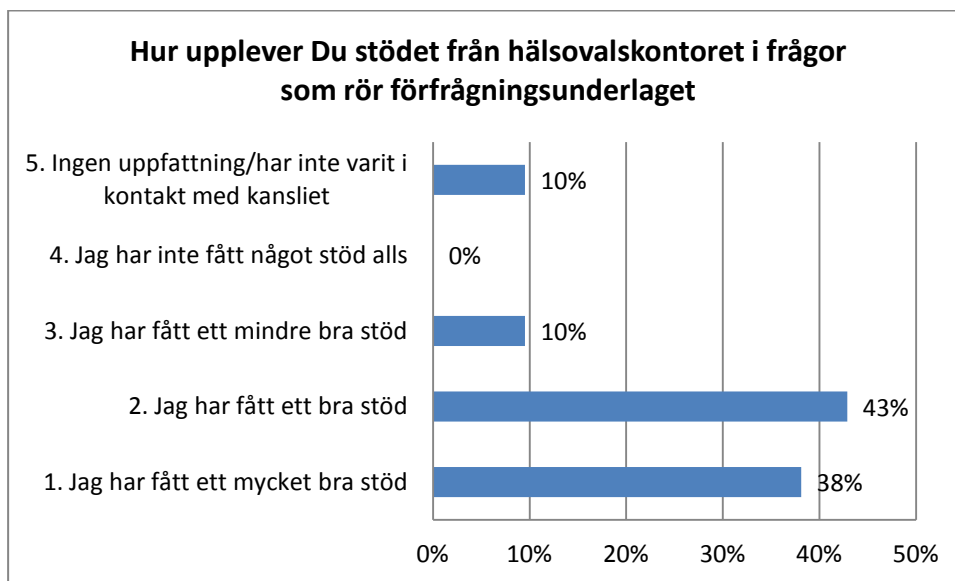


I fotnot nedan redovisas kommentarer från enkätbesvararna angående förbättringsförslag/synpunkter på kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet¹:

¹ " Vi skall inom PV starta ett mer strukturerat arbete med "Patientsäkerhetsronder". Kvalitets- och säkerhetsmått ska vara få och enkla att ta fram. Nu är det inte så. Bara en sådan synbart enkel sak som att ta fram uppgift på rapporteringsfrekvens till NDR, visade sig inte alls så lätt. Här behövs centralt utarbetade rutiner, varje enhet kan inte lägga ner en massa tid på det, målen inte alltid relaterade ur patientsynpunkt".

Enligt enkätresultatet ger Hälsovalskontoret ett bra stöd

Hälsovalskontoret har också till uppgift att serva leverantörer om information rörande uppdraget och förfrågningsunderlaget. Enligt enkätresultatet ger Hälsovalskontoret en bra service till utförarna i frågor gällande förfrågningsunderlaget, se följande diagram.



Ekonomisk ersättning

I stort sett all ersättning i hälsovalsmodellen som utgår till hälsocentralerna ingår i den kapiteringsmodell som landstingsfullmäktige fastställt. För 2011 fördelades ca 505 mkr i hälsovalsmodellen, varav 218 mkr utgår ersättning för listade personer, 54 mkr för socioekonomiska faktorer, 68 mkr för glesbygdsfaktor och 165 mkr för läkemedel (5). Enligt uppgift kan ersättningen per individ variera mellan 3 000 kr och 6 000 kr.

För sjukgymnaster på nationella taxan utgår en 50 % ersättning. Sjukgymnaster fakturerar dock direkt till landstingets beställarenhet och hälsocentralerna krävs därefter på 50 % av sjukgymnastkostnaderna. Patientavgiften behåller respektive hälsocentral själva. När det gäller otrohetsersättningen fakturerar hälsocentralerna varandra. Folkhälsoinsatser betalas ut efter prestation. Detta har dock ändrats inför 2012, då 80 % av ersättningen betalas ut i förskott. De resterande 20 % kommer att kunna sökas för speciella insatser.

Olycklig start för hälsovalsmodellen

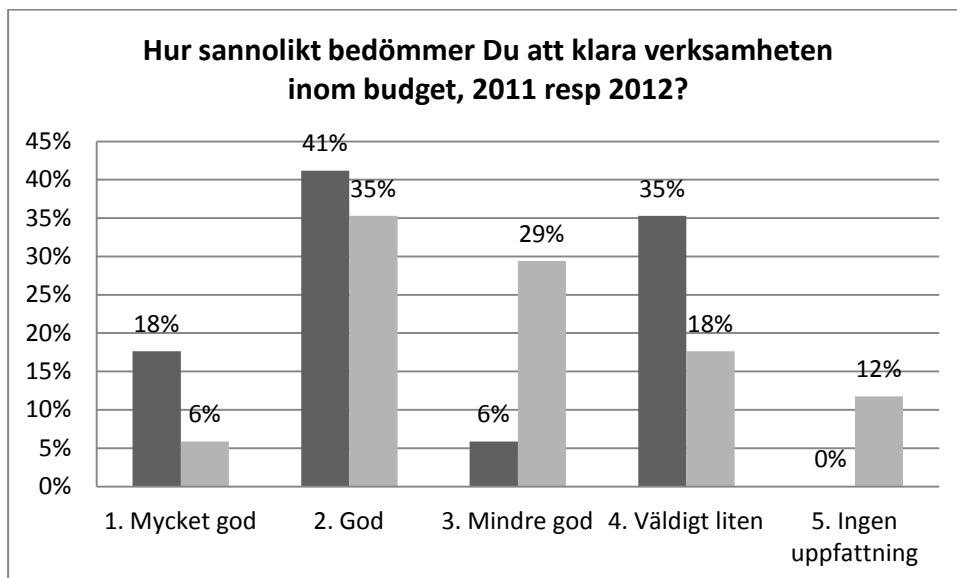
Flera av de intervjuade anser att det var olyckligt att hälsovalsmodellen infördes samtidigt med omställningsarbetet som medförde stora besparingsbeting inom primärvården, totalt 26 mkr enligt uppgift. Framförallt gällde detta närvårdsområde Östersund som drabbades hårt av besparingar inför 2010. Intervjuade upplever att besparingen i omställningsarbetet, som utgick ifrån en teoretisk beräkning av att ett antal tjänster skulle kunna tas bort genom bortprioriteringar och effektiviseringar, har varit svårt att omsätta i praktiken. Ett exempel på detta är Östersunds närvårdsområde där bl.a. antalet läkare

skulle minska, vilket medförde att antalet listade personer ökade från 1600 till 1800 per läkare. Detta medförde stora protester och beslutet drogs sedermera tillbaka. Dock kvarstod, enligt uppgift, ett oförändrat besparingsbeting.

Enligt uppgift har några läkare till följd av besparingarna sagt upp sig och ett stort antal läkare har beviljats tjänstledigt, vilket har medfört att i stället för en besparing av läkarkostnader har kostnaden för läkare ökat. Detta genom att antalet stafettläkare ökat kraftigt, framförallt inom Östersunds närvårdsområde. Primärvårdens delårsbokslut per augusti 2011 visar på en kostnadsökning för stafettläkare på 7,8 mkr jämfört med 2010 för Östersunds närvårdsområde. Vi har tagit del av en sammanställning som visar att ca 37 % av distriktsläkarna i Östersunds närvårdsområde är tjänstlediga. Dessa tjänster bemannas till 75 % med hyrläkare (6).

Av följande diagram framgår att en övervägande del av enkätbesvararna uppgett att de klarar verksamheten inom befintlig budget för 2011. För 2012 är förhållandet det omvända, då en övervägande del uppger att de inte tror sig klarar verksamheten inom befintlig budget, se följande diagram. När det gäller specifikt närvårdsområde Östersund är det enbart en chef som uppger sig kunna klara sin verksamhet inom befintlig budget 2011, alltså en betydande skillnad mot resultatet i sin helhet.

(Mörkgrå stapel i diagrammet = 2011, ljusgrå stapel = 2012)



I Enkätbesvararnas synpunkter på kapiteringsmodellen inom hälsovalet redovisas i följande fotnot²:

² " Tyvärr skedde ett mindre kvalitativt bra omställningsarbete innan PV gick in Hälsovalsarbetet. Detta har gett konsekvenser framförallt i ÖSD området. Det är för lite pengar i modellen. Jmfr med övriga Norrlands landsting, Jag ser gärna att det finns en parameter om täckningsgrad, Helt och hållet skapad för att styra så att ingen privat etablering sker i Ösd. Kapiteringen är så låg att den leder till en underfinansierad verksamhet om man ska fylla uppdraget som givits, allt för snäv för lite pengar utanför glesbygdsområdet, Ja, absolut. Nu råder en omotiverat stor skevhet i resursfördelning i förhållandet Östersund med omnejd och länets övriga delar. Detta har fått stora negativa konsekvenser för primärvården framförallt i Östersundsregionen. Lösningen består inte i en omfördelning. Det behövs ett tillskott till tätortsregionen för att Jämtlands ska kunna ha en kvalitativt bra primärvård, En av de viktigaste punkterna i avtalet som INTE fungerat är att vi inte fått veta vilken ersättning vi får för kommande år förrän i november. I avtalet står att JLL ska meddela oss senast 30/6 vilken ersättning som ska gälla för kommande år, Lite pengar i modellen Svårt att arbeta långsiktigt när pengarna inte räcker till Svårt att arbeta i landstingsdrivet när överskott ska täcka andras underskott Mycket ostimulerande att göra ett bra jobb, I det stora OK men eftersom länet är stort och det finns HC på små orter och man vill säkra den verksamheten har man beslutat att fördela ekonomin utifrån det. Ersättningen per individ varierar mellan ca 3000 kr till 6000 kr, bra som den är, Inte på modellen i sig men om de beslut som tagits angående Frostviken där man helt frångår den princip som kapiteringsmodellen bygger på. Ur konkurrenshänseende är det inte jämnt hela övriga Jämtland"

Konkurrensneutral organisation

Enligt landstingsfullmäktiges beslut, om en konkurrensneutral organisation för primärvården, ska de anslagsfinansierade enheterna hållas skilda från hälsovalet. De anslagsfinansierade enheterna är organisatoriskt underställda verksamhetsområdeschefen. I beslutet ingår även införandet av under- och överskottshantering räknat från 2010, vilket innebär att underskott skall återställas senast inom 3 år från 2010 räknat, alltså 2012 (7).

På frågan om vad som händer om inte underskottet återställs senast 2012, är det ingen av de intervjuade som säkert vet. Dock uppger man att om underskottet lyfts, måste de privata hälsocentralerna kompenseras i motsvarande grad för att uppnå en konkurrensneutralitet.

Landstingsledningens olika roller

I hälsovalsmodellen har landstingsledningen getts olika roller. Landstingsledningen är beställare, utförare och kontrollant. Biträdande landstingsdirektören är chef över hälsovalskontoret på en övergripande nivå. Hälsovalskontoret har som uppgift att bereda ärenden som beställare och vara kontrollant. Biträdande landstingsdirektören är samtidigt med i samma ledningsgrupp som verksamhetsområdeschefen för Primärvården, där diskussioner förs utifrån ett utförareperspektiv. Den biträdande landstingsdirektören upplever sig därför till viss del sitta på två stolar och skulle vilja att ledningsgrupper renodlas i detta avseende. Därför har hon och landstingsdirektören haft en ömsesidig diskussion inför den nya organisationen om att tydligare hålla isär rollfördelningen i ledningsgrupperna när det gäller hälsovalsmodellen.

Bedömning

- Granskningen visar på en bristande koppling mellan beslutsärendet av förfrågningsunderlaget för 2011, och den diarieförda handlingen "Förfrågningsunderlag 2011", då olika diarienummer använts. Landstingets diarium baseras på diarieförda ärenden och till ärendet tillhörande handlingar. Vi anser därför att efterlevanden av gällande rutiner för ärendehantering måste förbättras.
- Hälsovalsmodellen finns inte beskriven i landstingets styrmodell i landstingsplanen. Detta innebär att det inte finns någon övergripande beskrivning av hälsovalsmodellens koppling till mål och aktiviteter i landstingsplanen och till landstingsdirektörens uppdrag till primärvården. Vår rekommendation är att modellen tas med i beskrivningen av landstingets styrmodell.
- Vi anser det otillfredsställande att inte landstingsdirektörens uppdrag till primärvården har brutits ner i verksamhetsplan och uppdrag till närvårdsområdena för 2011. Dock anser vi att det finns goda förutsättningar för att detta ändras 2012, då vi av verksamhetsområdeschefen fått uppgifter om att uppdrag för 2012 kommer att tas fram.
- De flesta av enkätbesvararna upplever att styrningen av primärvården är tydlig, men att kvalitetsmålen till vissa delar inte är ändamålsenliga. Vår rekommendation är därför, att inför nästa revidering av förfrågningsunderlaget, göra en utvärdering av kvalitetsmålen ändamålsenlighet. Vi anser att det kan finnas en fördel att i utvärderingen ta med utförarnas uppfattning om målen ändamålsenlighet dvs. öka delaktigheten i målformuleringsprocessen, samt att överväga om det behövs ett så pass stort antal mål för att säkerställa kvalitén i verksamheten. Vi anser att målen i förfrågningsunderlaget bör ha en tydlig koppling till mål och aktiviteter i landstingsplanen, då landstingsplanen är landstingets övergripande styrdokument.

- I granskningen har framkommit uppgifter om att Östersunds närvårdsområde kan vara underfinansierad. Landstingsstyrelsen som ansvarar för planeringen av primärvården, vilket bl.a. innebär att säkerställa att tillräckliga resurser anslås så att en god vård kan erbjudas, bör därför göra en översyn av ersättningsnivåerna inom kapiteringsmodellen.
- Granskningen visar att delar av beslutad besparingar inom närvårdsområde Östersund har uteblivit. Ett ökat nyttjande av stafettläkare medför en kvalitetsförsämring pga. minskad läkarkontinuitet. Den uppkomna situationen är mycket otillfredsställande, då patientens rätt till fast läkarkontakt till stora delar inte kan tillgodoses.
- Granskningen visar att ett stort antal läkare beviljats tjänstledigheter, samtidigt som nyttjandet av stafettläkare ökat. Vi anser att i den modell för produktionsplanering, som håller på att utarbetas inom landstinget, bör tillgången på läkarresurser och därmed beviljandet av tjänstledigheter ingå som en naturlig del.
- Vi anser det viktigt att landstingsstyrelsen i högre grad tydliggör rollfördelningen i landstingets ledningsgrupper avseende rollen som beställare, utförare sam kontrollant, inom hälsovalsmodellen, för att säkerställa konkurrensneutraliteten.

7.2 ANSVARET FÖR ATT UPPDRAG OCH MÅL UPPNÅS

Utgångspunkter för ansvaret för kvalitetsarbetet

Som framkom i avsnitt 7.1 har landstingsstyrelsen ett övergripande ansvar för att den verksamhet som bedrivs, oavsett utförare, är av god kvalitet. Landstingsstyrelsen har också ett övergripande ansvar för att planera, leda och följa upp patientsäkerhetsarbetet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift 2005:12 har landstingsstyrelsen ett ansvar att ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom varje verksamhetsområde är ändamålsenligt. Enligt 3 kap 2 § har verksamhetschefen inom ramen för vårdgivarens ledningssystem ett ansvar att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att styra, följa upp och utveckla verksamheten.

Enligt Socialstyrelsens handbok, för ovan nämnda föreskrift, ansvarar verksamhetschefen för att det finns mätbara mål och ansvarar för att målen nås (8).

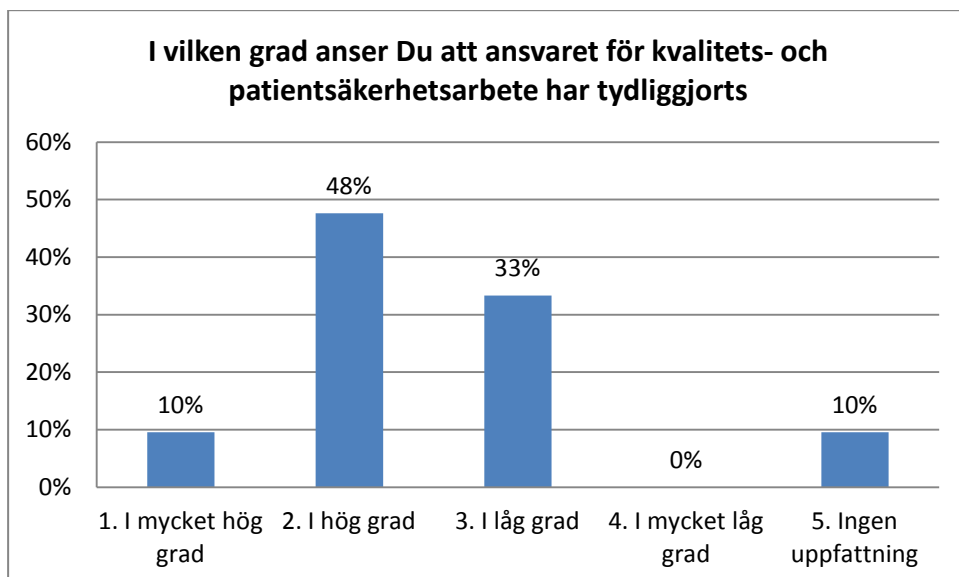
Landstingsdirektören har i ett beslut (9) angett att den som har befattningen verksamhetschef inom landstinget har ett ansvar i enlighet med 29 § Hälso- och sjukvårdslagen³ samt ett ansvar enligt Socialstyrelsens allmänna råd och förordnande om verksamhetschef. Genom detta beslut har landstingsdirektören tydliggjort verksamhetschefens ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet.

Oklarheter i ansvarfrågan

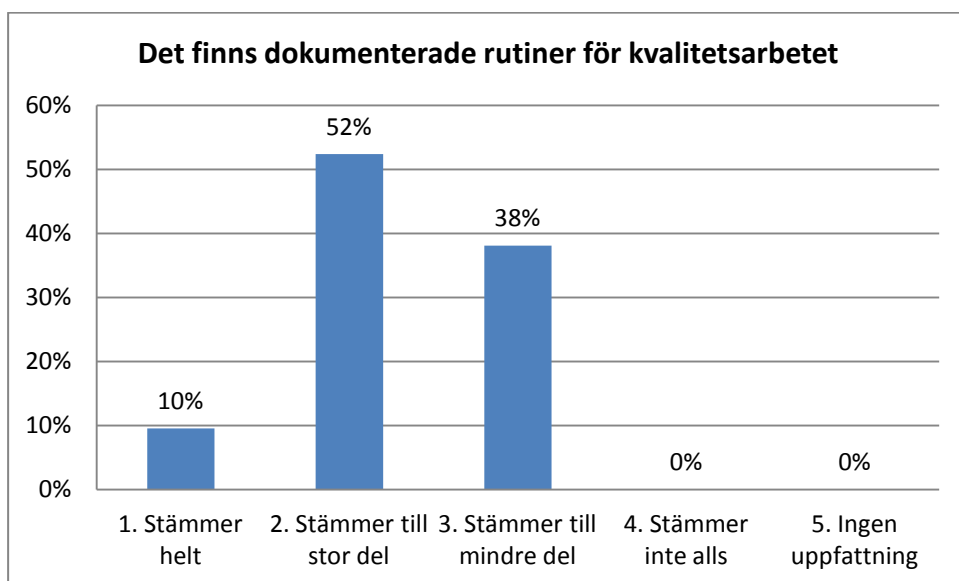
Enligt landstingsstyrelsens svar på vår granskning av primärvården från 2009 (3) framkom att det rådde oklarheter avseende vem som var ansvarig för att följa upp kvalitetsarbetet. I svaret framkom också att det fanns en otydlighet i ansvarsfrågan när det gällde utvecklingsfrågorna inom primärvården.

³ Enligt HSL 29 § skall det inom hälso- och sjukvård finnas någon som ansvarar för verksamheten (verksamhetschef). När lagstiftaren talar om verksamhetschef i hälso- och sjukvården är det denna person som avses. I ansvaret ingår bl.a. att säkra en god medicinsk kvalitet i arbetet, att svara för att patienterna får en säker och ändamålsenlig vård och behandling samt att verka för att sjukdomar och skador förebyggs m.m. (Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer Jan Sahlin)

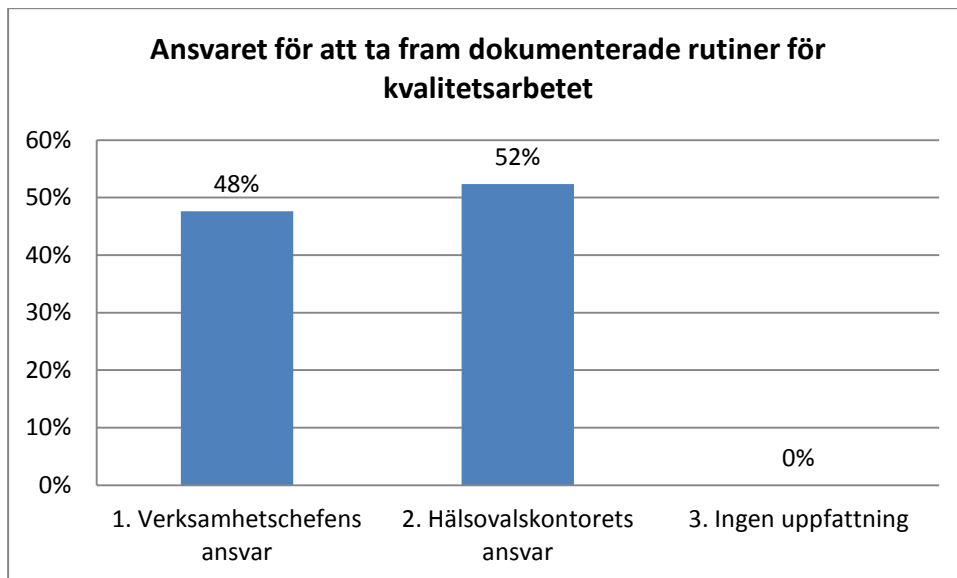
Enkätsvaren i den nu aktuella granskningen visar att vissa oklarheter avseende ansvaret för kvalitetsarbetet kvarstår. En tredjedel av enkätbesvararna upplever att ansvaret har tydliggjorts i låg grad, se följande diagram. Motsvarande siffra för enbart den landstingsdrivna primärvården är dryga 40 %.



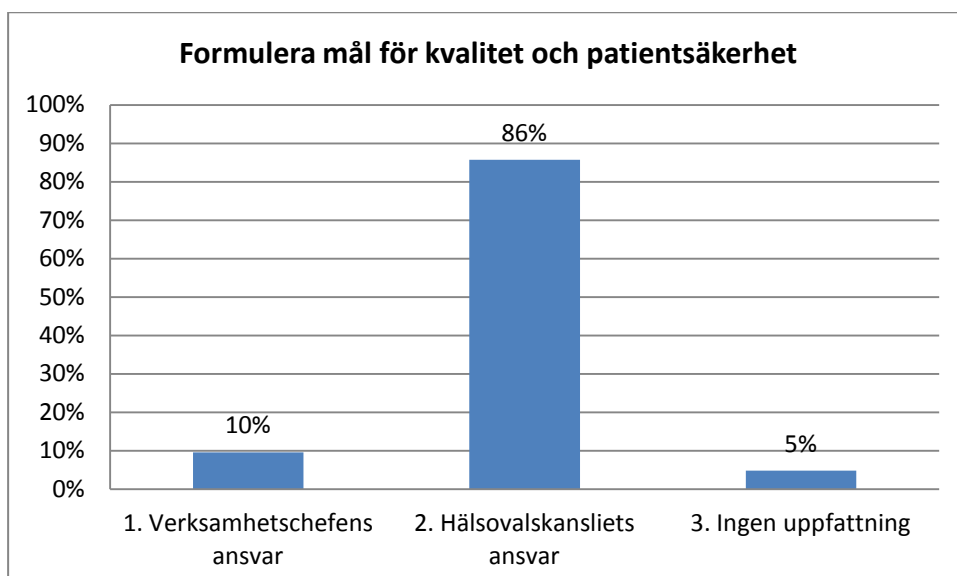
Granskningen från 2009 visade att ca 34 % av cheferna inom Primärvården upplevde att anvisningarna för kvalitetsarbetet var otydliga (4). I den nu aktuella granskning har vi ställt frågan om förekomsten av dokumenterade rutiner som beskriver kvalitetsarbetet. Resultatet visar på en viss avsaknad av dokumenterade rutiner, se följande diagram.



När det gäller frågan om vem som har ansvaret för att se till att det finns dokumenterade rutiner för kvalitetsarbetet är uppfattningen spridd hos cheferna. Det är ungefär lika många som anser att ansvaret ligger hos Hälsovalskontoret som att det är verksamhetschefen som är ansvarig, se följande diagram.



Vi har i enkäten frågat om ansvarsfördelningen mellan verksamhetschef och hälsovalskontor när det gäller delarna i det systematiska kvalitetsarbetet enligt Socialstyrelsens föreskrift 2005:12. Delarna i det systematiska kvalitetsarbetet är bl.a. att formulera mål för kvalitet, att följa upp och analysera utfallet av målen och utifrån resultatet vidta förbättringsåtgärder. Uppfattningen hos cheferna är att verksamhetschefen är ansvarig för att följa upp, analysera och vid behov vidta åtgärder, medan hälsovalskansliet är ansvarig för att formulera kvalitetsmål, se följande diagram.



Ansvarig myndighet för hälsovalsmodellen är landstingsfullmäktige. Det är sålunda landstingsfullmäktige som fastställer förändringar i förfrågningsunderlaget och fastställer ersättningen. Landstingsfullmäktige har beslutat att uppdra till landstingsstyrelsen eller den som landstingsstyrelsen utser att besluta om godkännande av vårdgivare (1). Landstingsstyrelsen har delegerat beslutet om godkännande av vårdgivare till landstingsdirektören (10).

Hälsovalskontoret drevs inledningsvis som ett projekt. Nu har hälsovalskontoret permanentats och organisatorisk tillhörighet är Beställarenheten. Chefen för Beställarenheten är också chef för Hälsovalskontoret. Enligt landstingsdirektörens befogenhetsplan (11) och delegationsordning (12) framgår chefen för beställningsenhetens befogenhet och delegation.

Det finns inget som framkommer i Beställarenhetens uppdrag (13), eller i befogenhets- eller delegationsordning, som tyder att Hälsovalskontoret skulle vara ansvarig för delar av det systematiska kvalitetsarbetet inom Primärvården. Inte heller framkommer det i intervju med Hälsovalskontoret att ett sådant ansvar föreligger.

Hälsovalskontoret har en självständig ställning utifrån Tryckfrihetsförordningen

Hälsovalskontoret har en självständig ställning inom landstinget. Enligt Tryckfrihetsförordningen 2 kap 8 § (14) innebär detta att all korrespondens mellan hälsovalskontoret och utförarna inom hälsovalsmodellen, även de landstingsdrivna, ska hanteras som allmän handling. Vid intervjuer framkom att korrespondens med utförare, även landstingsdrivna utförare, sparas, men allt diarieförs inte. Det finns inget krav på diarieföring av allmän handling som inte omfattas av sekretess, men enligt Offentlighets- och Sekretesslagens 4 kap ska allmän handling hanteras så att det enkelt går att fastställa vilka handlingar som inkommit eller upprättats, samt att vid begäran kunna lämna ut dessa skyndsamt. Om man väljer att inte diarieföra handlingar bör man ta fram en dokumenthanteringsplan där det finns en beskrivning av vart allmänna handlingar förvaras samt gallringsbeslut. Det saknas för närvarande dokumenthanteringsplan för hälsovalskontoret.

Verksamhetschefen för Östersunds närvårdsområde har ett större ansvarsområde

Den landstingsdrivna primärvården är indelad i närvårdsområden som sammanfaller geografiskt med kommunerna i länet. Verksamhetschefen för närvårdsområde Östersund upplever sig ha ett betydligt större ansvarsområde än övriga verksamhetschefer. Primärvårdens ledningsgrupp består av verksamhetsområdeschef och verksamhetschefer.

Verksamhetschefen för Östersund och enhetschefer från hälsocentraler i Östersund upplever en skevhet i hur primärvårdens ledningsgrupp är sammansatt. De intervjuade enhetscheferna i Östersund upplever att de kommer längre ifrån ledningsgruppen jämfört med andra enhetschefer. Verksamhetschefer i närvårdsområdena är både enhetschef och verksamhetschef, förutom i Östersunds närvårdsområde. Verksamhetschefen i Östersund får i högre utsträckning föra informationen vidare till enhetscheferna jämfört med sina kollegor.

Bedömning

- Enkätbesvararnas uppfattning är att ansvaret för att formulera mål för kvalitet och patientsäkerhet ligger hos hälsovalskontoret. När det gäller ansvaret för att det finns dokumenterade rutiner för kvalitetsarbetet, anser hälften av enkätbesvararna, att detta ansvar ligger hos hälsovalskontoret, medan resterande hälft anser att verksamhetschefen är ansvarig för detta. Landstingsstyrelsen har ett övergripande ansvar för att det genomförs ett systematiskt kvalitetsarbete, men också att säkerställa att det finns en utpekad ansvarig på verksamhetsnivå. Vi anser därför att

landstingsstyrelsens i högre grad bör tydliggöra ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet inom hälsovalsmodellen.

- Granskningen visar att verksamhetschef och intervjuade enhetschefer inom Östersunds när-vårdsområde, upplever en skevhet i sammansättningen av primärvårdens ledningsgrupp. Detta då Östersunds närvårdsområde, trots sin storlek, ändå har samma representation som övriga närvårdsområden i primärvårdens ledningsgrupp. Ett problem som lyfts fram är brister i informationsöverföringen. Vi föreslår därför landstingsstyrelsen att pröva sammansättningen av primärvårdens ledningsgrupp m.a.a. detta.
- Vi anser att befogenhetsplaner och delegationsbeslut avseende hälsovalsmodellen finns i tillfredställande omfattning.
- Hälsovalskontoret har en självständig ställning utifrån tryckfrihetsförordningen 2 kap 8 § gentemot den landstingsdrivan primärvården inom hälsovalsmodellen. Till följd av detta ska all korrespondens mellan Hälsovalskontoret och den landstingsdrivna delen inom primärvården hanteras som allmänna handlingar. Vi rekommenderar Hälsovalskontoret att upprätta en doku-menthanteringsplan för att i större utsträckning leva upp till Offentlighetslagstiftningen.

7.3 UPPFÖLJNING AV AVTAL OCH UPPDRAG INOM HÄLSOVALSMODELLEN

Utgångspunkter för uppföljning av kvalitet

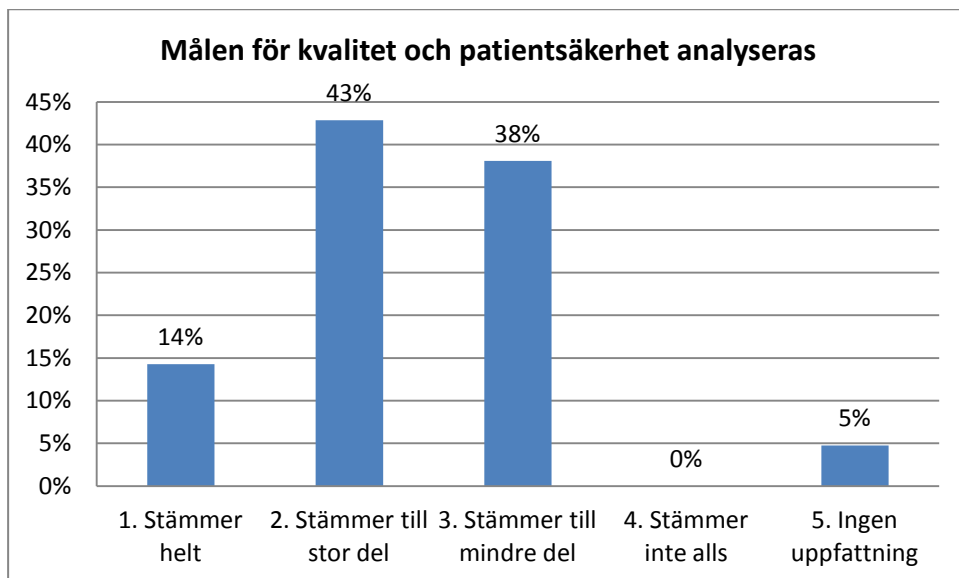
Som framgått av föregående avsnitt har landstingsstyrelsen ett lagstadgat övergripande ansvar för att det finns ändamålsenliga rutiner för uppföljning och analys av kvalitetsarbetet samt att förbättringsåtgärder vidtas utifrån uppföljningen och analysen.

Uppföljning av kvalitetsarbetet inom hälsovalsmodellen finns beskrivet i förfrågningsunderlaget (5). Uppföljningen ska ske i dialogform, en resultatdialog, minst en gång per år efter inlämnandet av verksamhetsberättelse/årsredovisning. Resultatuppföljning från hälsovalskansliet sker framförallt med ansvarig verksamhetschef. Därutöver sker uppföljning av mål och mått löpande med lite olika intervaller.

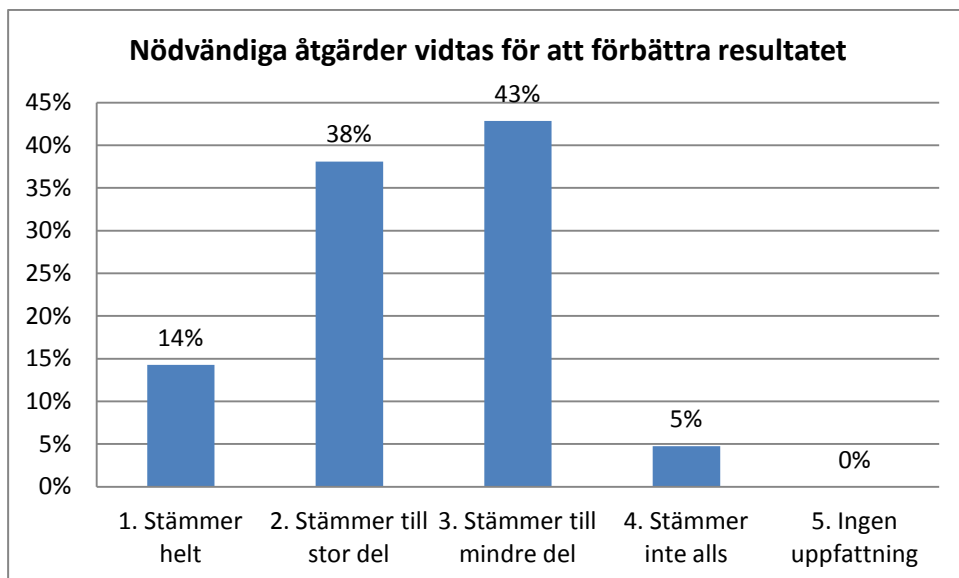
Vid avvikelse när det gäller uppfyllelse av mål och mått kan hälsovalskontoret begära in en åtgärdsplan, enligt uppgift från hälsovalskontoret. Om detta sker beror lite på vad avvikelsen gäller. Ibland kan avvikelser ha sin naturliga förklaring och då begärs det inte in någon åtgärdsplan.

Enligt förfrågningsunderlaget ska uppföljningen ske i enlighet med ledningssystemet för ”God Vård” (SOSFS 2005:12). Enligt nämnda skrift, ansvarar verksamhetschefen för att målen följs upp och analyseras och att ev. åtgärder vidtas för att förbättra vården. I skriften framhålls vikten av att identifiera risker i vården så att vårdskador förebyggs (8).

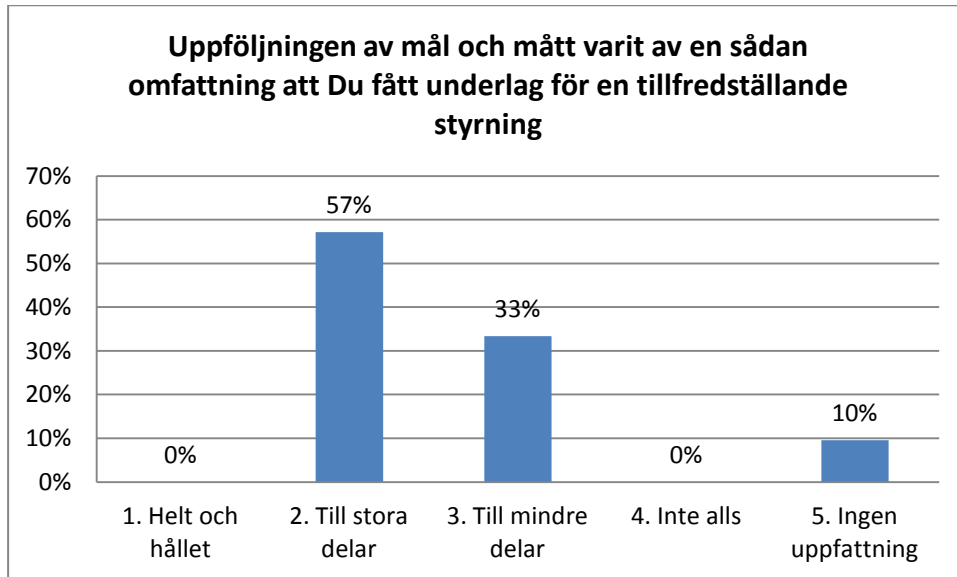
Enligt enkätresultatet finns brister i analysen av målen, se följande diagram.



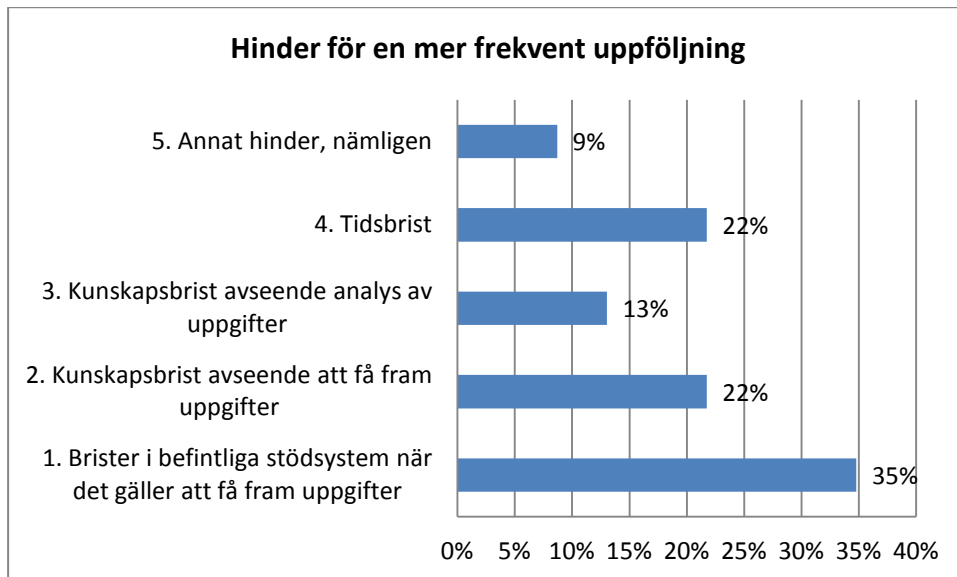
Det finns också en brist när det gäller om nödvändiga åtgärder vidtas utifrån uppföljningen, se följande diagram.



En tredjedel av enkätbesvararna upplever att uppföljningen av mål och mått inte varit av en sådan omfattning att det utgjort underlag för en tillfredställande styrning, se följande diagram. Motsvarande andel för enbart den landstingdrivan primärvården är drygt 40 %.



Det främsta hindret för en mer frekvent uppföljning uppges vara brister i att få ut uppgifter ur befintliga stödsystem, men även tidsbrist och brist på kunskap uppges vara orsaker.



Kommentarer som enkätbesvararna har lämnat avseende uppföljning av mål och mått redovisas i följande fotnot⁴:

⁴ "För närvarande är det över 40 mål, vilket är för mycket. Det är svårt att ha en kvalitativ uppföljning, Enklare och mer tydliga system där chefernas behov finns med från början, Registrering av besökskoder skall vara tydligare för jmf, Liten ändring på vissa områden tex nb1c, Det ska vara säkra mätbara mått, Ja, varje månadsuppföljning borde kompletteras med någon begränsad "djupdykning". Nu presenteras siffror varje månad på samma sätt och diskussionen blir väldigt ytlig då vi inte har underlag för att göra en med specifik analys av avvikelser. Det blir mest obekräftade gissningar, Speciell person som är duktig på allt som krävs för att få fram statistik analyser jämförelser m.m"

Brist på en tillräcklig frekvent uppföljning och framförallt analyser för att få en tillfredställande styrning framkommer också i intervjuerna. Orsaken uppges framförallt vara det stora antalet mål och mätetal, svårigheter att ta fram uppgifter ur systemen och brist på tid och/eller kunskap. Enligt biträdande landstingsdirektör finns metodstöd, för uppföljning och analys, att tillgå i staberna för de landstingsdrivna hälsocentralerna, men att resurserna för detta täcker inte behovet.

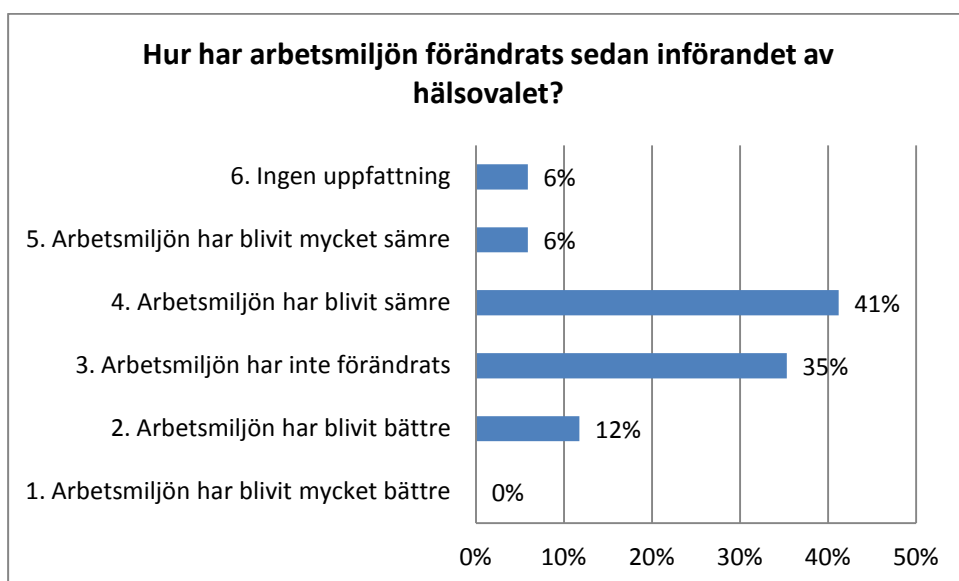
Som framkommer i avsnitt 7.1 tyder enkätresultatet på att kvalitetsarbetet inte ökat sedan införandet av hälsovalsmodellen. I uppföljningen av hälsovalet för 2010 eller i primärvårdens verksamhetsberättelse nämns inget om brister när det gäller kvalitetsarbetet. Också biträdande landstingsdirektören har fått kännedom om att det finns brister i kvalitetsarbetet inom primärvården, men kännedomen om detta har inte kommit via den formella uppföljningen.

Uppföljning av ekonomi och personal (landstingsdrivna hälsocentraler)

Uppföljning av ekonomi och personal sker framförallt genom primärvårdens verksamhetsberättelse och årsredovisningen 2010. Enligt denna framkommer brister i personalens arbetsmiljö kopplat till införandet av hälsovalsmodellen och införandet av Callguide. I intervjuerna framkommer uppgifter om brister i arbetsmiljön, framförallt då inom Östersunds närvårdsområde. Uppsägning av personal i samband med besparingar samtidigt som distriktssköterskorna ska vara tillgängliga att svara i telefon mellan 8-17, nämns som några orsaker till försämrad arbetsmiljö. I intervjuer framkommer att vissa hälsocentraler har frångått kravet på att vara tillgängliga mellan 8-17 av arbetsmiljöskäl.

Samtidigt som hälsovalsmodellen infördes genomfördes stora besparingar inom primärvården, poängterar flera av de intervjuade, och påpekar att detta har påverkat att införandet, i vissa avseenden, inte blivit så framgångsrikt. Framförallt gäller detta Östersunds närvårdsområde. Enligt flera av de intervjuade skedde införandet för snabbt.

Hälsovalskontorets uppföljning visar på ett samband mellan stress och förekomsten av rapporterade avvikelser (15). Enkätresultatet visar på en klar försämring av arbetsmiljön inom stora delar av primärvården efter införandet av hälsovalsmodellen, se följande diagram.



Kommentarer som enkätbesvararna lämnat när det gäller den försämrade arbetsmiljön redovisas i följande fotnot⁵:

Redovisning av ekonomi

Som vi nämnde avsnitt 7.1 har landstingsfullmäktige beslutat om att den anslagsfinansierade enheterna skall hållas skild från hälsovalet för att säkerställa en konkurrensneutral organisation. Den ekonomiska redovisningen i årsredovisningen avseende den del av hälsovalsmodellen som bedrivs i landstingets regi särredovisas emellertid inte från den anslagsfinansierade delen. Enligt landstingets ekonomichef går den landstingsdrivna verksamheten inom hälsovalet enkelt att särredovisa, då det finns särskilda kostnadsställen för detta. Vi har efterfrågat att få ta del av en sådan särredovisning, men i skrivandets stund ännu inte fått någon sådan.

I årsredovisningen 2010 sker redovisningen av personal och ekonomi åtskilt från redovisning av kvalitet inom hälsovalsmodellen. Det finns därmed ingen gemensam analys av dessa delar.

Hälsovalskontoret upplever att deras kontakt med politiker försämrats

Hälsovalskontoret har upplevt dålig kontinuitet i kontakten med politiker sedan styrgruppen för hälsovalet upphörde. Landstingsstyrelsen beslöt att kontrollen av hälsovalsmodellen och kontakten med hälsovalskontoret skulle ske via styrelsens normala uppsikt och att det inte skulle finnas någon särskild kontaktväg utöver detta. Under hösten har dock beslut fattats att primärvårdsfrågor skall diskuteras vid rådsmötena ett par gånger per år, enligt intervjuad politiker.

Bedömning

- Granskningen visar att brister i kvalitetsarbetet inom primärvården kvarstår. I den formella uppföljningen saknas uppgifter om att det finns sådana brister. Vår bedömning är således att landstingsstyrelsen kontroll av det systematiska kvalitetsarbetet, inom den landstingsdrivna primärvården inom hälsovalsmodellen, inte är tillfredsställande. Dock vill vi samtidigt poängtera att det förekommer positiva inslag i kvalitetsarbetet, som t.ex. de s.k. huvudöverenskommelserna som verksamhetsområdeschefen tagit initiativ till.
- I granskningen har framkommit att cheferna inom primärvården anser att arbetet med att få fram uppgifter ur stödsystem tar för lång tid. Det saknas tillräckligt med metodstöd för analysarbete. Enkätsvaren indikerar brister i att vidta nödvändiga förbättringsåtgärder. Vår bedömning är att uppföljning och analys i vissa fall sker för sällan för att ge underlag för en aktiv

⁵ " T.ex telefontillgängligheten med krav på 08-17, men även att vi trots en ev vakans måste ta emot "nylistningar", Mer arbete med mindre antal människor, För lite personella resurser i förhållande till antalet listade innevånare. Personalen blir kvar på sin tidigare arbetsplats även om patientströmmarna går från den hälsocentralen. Budgeten som följer innevånare som byter hc räcker inte för att förstärka personalen i den utsträckning som behövs, Telefonsystemet, Främst för att resurserna minskat men också för att vi haft rekryteringssvårigheter, För lite pengar övervaltrng från sjukhuset, Koncerntänk mer jobb för läkare ej arbeta långsiktigt otydlig organisation längre från beslut kan inte påverka känner sig bakbunden Idéer finns men svåra förverkliga, Personella resurser har kraftigt reducerats för att kunna möta den ekonomiska ersättningen som utfaller. Organisationen är så slimmad idagsläget att avvikelser i form av sjukdom, sem., komp.utv. kraftigt tar på den kvarvarande personalen vilket med största sannolikhet kommer generera en högre sjukfrånvaro generellt inom organisationen, Minskning av personal, förändrings oro, medarbetarna känner sig mer kontrollerade med anledning av tex Callguid, Större krav på att prestera, "hinna mer". Vi har inte hittat de effektiviseringar som behöver göras får att få en bra arbetsmiljö. Det tar längre tid än man tror att genomföra både införandet av Hälsovalet och de besparingar som medföljde införandet av Hälsovalet."

styrning. Vi anser därför att metodstöd bör finnas i högre utsträckning att tillgå för att få hjälp med uppföljning och analys.

- För att säkerställa att konkurrensneutralitet upprätthålls bör det finnas en god transparens i den ekonomiska redovisningen så att kostnader och intäkter, för hälsovalet inom den landstingsdrivna primärvården, tydligt framgår av redovisningen. För att säkerställa god transparens i redovisningen rekommenderar vi därför landstingsstyrelsen att hälsovalets ekonomi hålls isär från den del av primärvården som är anslagsfinansierad.
- Enkätresultatet och årsredovisningen visar på brister i arbetsmiljön inom vissa delar av den landstingsdrivna primärvården inom hälsovalsmodellen. I verksamhetsberättelse i hälsovalet framkommer ett visst samband mellan ökad stress och inrapporterade avvikelser och därmed blir brister i arbetsmiljön även en patientsäkerhetsfråga. Vi anser att det är viktigt att ekonomi, personal, kvalitet och patientsäkerhet ingår i en samlad analys, då dessa delar påverkar varandra. Vi anser att förbättringsåtgärder när det gäller personalens arbetsmiljö bör omgäende undersökas och att nödvändiga åtgärder vidtas.
- Vi anser att landstingsstyrelsen bör ha en mer aktiv kontroll av patientsäkerhetsarbetet. Vi tycker det är otillfredsställande att det saknas uppdrag om att genomföra riskanalyser och att redovisa vilka förbättringsåtgärder som vidtagits m.a.a. riskanalyser.

7.4 CALLGUIDE

Enligt landstingsstyrelsens svar på vår granskning av primärvården från 2009 (3) skulle införandet av Callguide ske i projektform och ingå i en arbetsgrupp vars uppdrag skulle vara att planera för samverkan mellan i första hand hälsocentraler inom respektive närvårdsområde. För att möjliggöra en samverkan skulle först en genomgång och kalibrering av rutiner t.ex. bokning av läkarbesök ske samt en samordning mellan Callguide och "Mina vårdkontakter". I svaret framkom att primärvården hade ett effektiviseringsmål på 5 % som skulle uppnås genom ökad samverkan.

I intervju med dåvarande projektledaren framkom att projektledningen upphörde i samband med införandet och i och med att dåvarande projektledare fick en annan tjänst. Av de åtgärder som redovisades i landstingsstyrelsens svar återstår därför en hel del att genomföra.

En viss samverkan mellan hälsocentraler om telefonpassning har dock förekommit i en del mindre projekt vid enskilda hälsocentraler, även en viss samverkan med 1177 Sjukvårdsrådgivningen har provats.

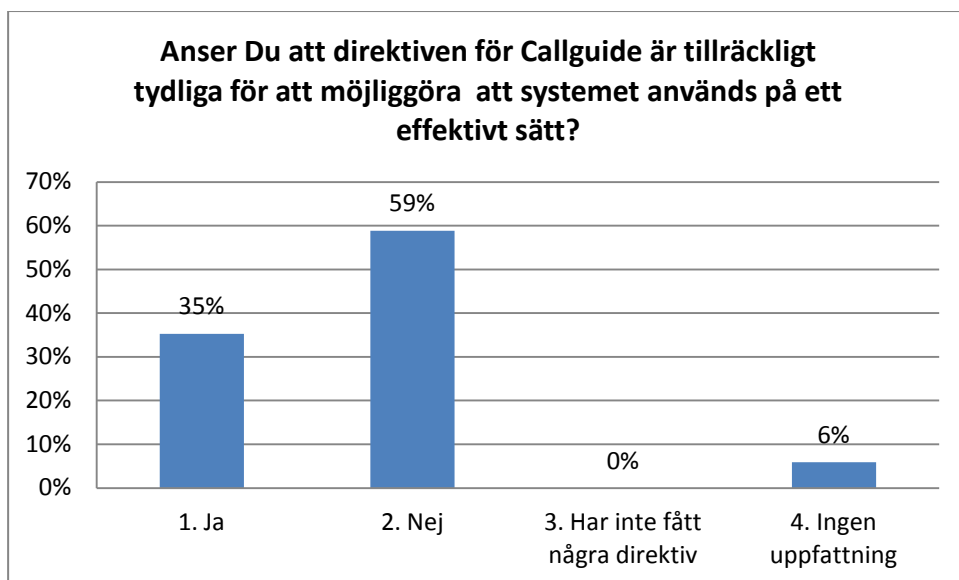
Någon brukarundersökning av Callguide har inte genomförts.

Under hösten 2011 har f.d. projektledaren tagit initiativ till ett nytt projekt för att komma tillrätta med de problem som sammanhänger med Callguide och för att försöka hitta nya samverkanslösningar. Projektet är beslutat och ska pågå till 30 juni 2012.

Vår iakttagelse från granskningen 2009 var att styrningen av införandet av Callguide borde vara tydligare (4). Enkätresultatet från den nu aktuella granskningen visar att flertalet av cheferna upplever att styrning av hur Callguide ska användas inte varit tillräckligt tydlig, se följande diagram. Enligt inter-

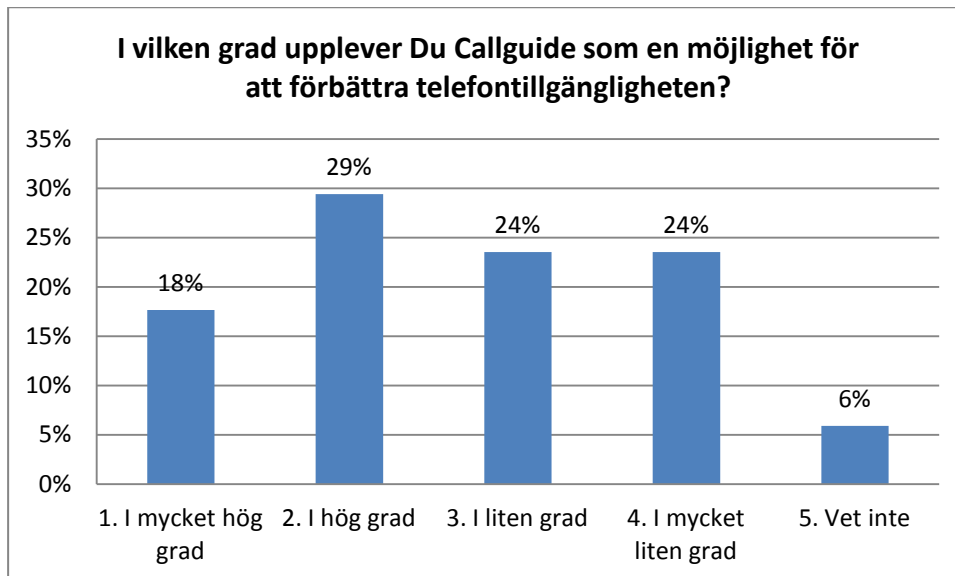
vjuer har det i stor utsträckning varit upp till respektive hälsocentral själv att avgöra hur Callguide ska användas.

Enkätbesvararnas synpunkter på Callguide redovisas i följande fotnot ⁶:



Effektiviseringsmålen på 5 % har enligt uppgift inte ha nåtts. Uppfattningen om huruvida Callguide är en möjlighet för att effektivisera telefontillgängligheten är delad, ungefär en lika stor andel av enkätbesvararna upplever att systemet är en möjlighet för effektivisering som de som inte upplever detta, se följande diagram.

⁶ "Dels återstår en del tekniska problem som Telia skall ordna. Sedan bör telefontiden vara kortare än den är i dag t.ex. 08-16 för att DSK skall hinna med avsluten på dagen, Sitter med en styrgrupp som rör telefonin. Förhoppningsvis blir det bättre, tekniken har inte varit OK hittills, lämnats för lite öppning för lokala lösningar. Kan bli bättre, inte omtyckt av patienterna, Allt kunde vara bättre, för mycket fel och strul från leverantör, Tar mycket tid av personalen, Många Overflow, smstjänst, bättre talsvar, bättre samarbete i telefon schemalägga tillsammans webbokning akuta tider m.m, Ändring redan gjord vilket visar att nästan alla hälsocentraler inom mitt område klarar vårdgarantin. Projekt tillsatt för att arbeta fram förbättringsförslag. Jag anser att Callguide är ett mycket bra system men att vi inte använder det fullt ut i dagsläget. Vidareutbildning av personal pågår, ej patientvänligt, svårt för äldre, dålig hänsyn till lokala varianter"



Det finns ett stort missnöje över Callguide som framförallt beror på att det förekommit tekniska problem. Enligt uppgift skall dessa brister nu vara åtgärdade.

Enligt intervjuerna framkommer att det inte har klargjorts hur "Mina vårdkontakter" skall samordnas med Callguide.

I intervjuer framkommer upplevelsen av att det är fler nu som kontaktar hälsocentralerna jämfört med tidigare och de intervjuade efterfrågar en tydligare information till allmänheten om möjligheten att utnyttja 1177 Sjukvårdsrådgivningen för rådgivning för att avlasta hälsocentralerna.

7.4.1 Mätning av telefontillgängligheten

Vid tidigare granskningar har vi påpekat att mätning av telefontillgängligheten inom Primärvården inte följer riktlinjerna för mätning. I granskningen från 2009 påpekades att samtal som hamnar i röstbrevlådan som t.ex. avser avbokning av läkartider och tid för provtagning inte ska räknas in vårdgarantin. Det är enbart samtal om rådgivning och/eller bokning av läkarbesök som skall räknas, övriga samtal skall räknas bort (4). Enligt ansvarig räknas fortfarande alla samtal som hamnar i röstbrevlådan in i mätningen av telefontillgängligheten.

Inför mätningen per november 2011 har mätmetod ändrats. Förändringen består i att alla misslyckade försök från en patient att komma fram tas bort ur mätningen. Det är enbart de samtal som besvarats som tas med (16). Enligt uppgift bygger detta på att man gör ett antagande om att alla som ringer också kommer fram. Detta har medfört att telefontillgängligheten markant har förbättrats. Vissa hälsocentraler har numera, enligt det nya sättet att mäta, 100 % telefontillgänglighet. Att inte samtliga hälsocentraler uppvisar 100 % telefontillgänglighet beror på att mätsystemet inte klarar av att hantera de som ringer med skyddade nummer.

I månadsrapporten för november kunde man läsa att telefontillgängligheten inom den landstingsdrivna primärvården markant förbättrats och nu uppgick till 96 %. Tidigare mätningar har under 2011 visat på en telefontillgänglighet på mellan 24 % och 86 % för enskilda hälsocentraler. I månadsrapporten per

november framkommer inget om att mätmetod ändrats. Enligt uppgift medför ändringen av mätmetod 20 % av resultatförbättringen. Ansvariga medger att mätresultatet inte säger någonting om den egentliga telefontillgängligheten. Man påstår att det finns ett godkännande av SKL att mäta på detta sätt. Någon dokumentation av godkännandet finns emellertid inte. Det finns inget i SKLs regler för mätning av telefontillgängligheten som bekräftar detta sätt att mäta skulle vara korrekt. Samordnaren för mätning av vårdgarantin i landstinget ställer sig frågande till detta sätt att mäta vårdgarantin och uppger att hälsovalskansliet inte godkänner denna mätmetod.

Bedömning

- De förbättringsåtgärder inom ramen för införandet av Callguide, som landstingsstyrelsen redovisade i svaret på vår granskning från 2009, har till stora delar inte genomförts. Vi anser dock att det finns förutsättningar att de förbättringsåtgärder, som landstingsstyrelsen beslutade om, dock kommer att genomföras under 2012. Detta då initiativ till en omstart av projektet tagits av den f.d. projektledaren.
- Vi anser att det bör göras en brukarundersökning avseende telefonsystemet Callguide för ta reda på användarvänligheten.
- Vi anser att det behövs en tydligare samordning mellan Callguide, ”Mina vårdkontakter” och Sjukvårdsrådgivningen 1177, samt en tydligare information mot allmänheten om hur dessa funktioner går att nyttja. Detta för att få en effektivare hantering av bl.a. telefonrådgivningsfrågor.
- Vi anser att mätningen och redovisningen av telefontillgängligheten sker på ett felaktigt och missvisande sätt. Landstingsstyrelsen bör omgående ändra sättet att mäta.

7.5 KONTROLL AV LEVERANTÖRSFAKTUROR

Det är enbart ersättning för folkhälsoarbetet som är rörlig ersättning i hälsovalet. Fr.o.m. 2012 år ingår även ersättning för folkhälsoarbetet i kapiteringen.

Bedömning

- Då granskningen visar att den rörliga delen av ersättningen inom hälsovalsmodellen är av så pass begränsad del i hälsovalsmodellen har denna del av granskningen utgått. Kontrollen av leverantörsfakturer i allmänhet kommer att ske i annan granskning.

7.6 BEREDSKAP ATT ÅTERTA VERKSAMHET

Enligt samtliga av de intervjuade som fått frågan, dvs. verksamhetsområdeschefen, biträdande landstingsdirektören och intervjuad politiker, om det inom landstinget finns en beredskap att återta verksamhet ifall detta skulle bli aktuellt, uppger att det finns en sådan beredskap. Vi har dock inte kunna tagit del av någon dokumentation som beskriver denna beredskap.

Bedömning

- Det finns en medvetenhet bland de intervjuade om att landstinget har ett ansvar för att återta verksamhet ifall detta skulle bli aktuellt. Då vi inte har tagit del av någon dokumenterad beskrivning av detta kan vi inte anse att beredskapen därmed är tillfredställande.

Enkätbesvararna har lämnat följande kommentarer om hälsovalet i övrigt i följande fotnot⁷:

Ort och datum

Namnteckning

Certifierad kommunal revisor

⁷ "Detta med öppet 8-17 och att telefon skall besvaras av dsk hela tiden, detta har försämrat arbetsmiljö (främst dsk) och tillgängligheten har försämrats. dsk har också egna mottagningar och vcc har inkräktat på denna tillgänglighet. telefontillgängligheten har varit för mkt i fokus. xxx och xxx har alltid haft hög telefontillgänglighet men nu kommer pat inte fram i telefon på samma goda sätt- Våra siffror har rasat. Pga att den organisation vi hade tidigare för att ta emot samtal- telefontid - och patientmottagning inte är tillåten längre, Samarbetet med JLLs tjänstemän och övriga anställda fungerar utmärkt - Det är viktigt att någon representant från de privata finns med i alla de projekt JLL driver - det har fungerat hittills men jag hör antydningar om att man ska minska de privatas påverkansmöjligheter - Otydlig organisation i hälsovalet -primärvård vem gör vad vem bestämmer vad Behövs alla led i primärvården? Vilken roll har /får Verksamhetsområdeschefen i hälsovalet - Gör cheferna i primärvården till självständiga verksamhetschefer som lyder under hälsovalskontoret - Möjliggör för privata aktörer så vi får upp farten/konkurrensen i primärvården - Roligare att vara chef mer stimulerande att vara medarbetar - Jag är positiv till införandet av Hälsovalet men vi skulle behövt 1 år för att landa och göra de förändringar som krävdes. Eftersom vi samtidigt fick minskad ersättning gjorde att alla i organisationen blev oroliga och frustrerade vilket ledde till att bemötande/värdegrund/ respekt mm. försämrades radikalt. Jag tror att det är en av anledningarna till att vi upplever en försämrad arbetsmiljö inom primärvården"

8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Jämtlands läns landsting**. Valfrihetssystem inom primärvården i Jämtlands län - politisk inriktning. Dnr: LS/628/2009.
2. **Resare, Pål**. E-postkorrespondens. u.o. : Socialstyrelsens juridiska enhet.
3. **Jämtlands läns landsting**. Landstingsstyrelsens svar på granskning av Primärvården. 2010. Dnr:LS/289/2010.
4. —. Förfrågningsunderlag 2011. Dnr: LS/16/2011.
5. —. Distriktsläkartjänster i Primärvården Östersund - sammanställning av frånvaro/tjänstledigh. 2011-10-27.
6. —. Konkurrensneutral organisation för primärvården i landstingets regi. Dnr:LS/935/2009.
7. **Socialstyrelsen**. Socialstyrelsens handbok om God Vård. ISBN: 91_85482-05-5.
8. **Jämtlands läns landsting**. Verksamhetschef enligt 29 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). 2010. Dnr LS/1153/2010.
9. **Jämtlands läns landstings Revisionskontoret**. Arbetsorganisation m.m. vid Primärvårdens hälsocentraler. Dnr: Rev/4/2010.
10. **Jämtlands läns landsting**. Delegationsbestämmelse för Jämtlands läns landstingsstyrelse. Dnr: LS/43/2010.
11. —. Landstingsdirektörens befogenhetsplan. Dnr: LS/341/2010.
12. —. Landstingsdirektörens delegationsordning. Dnr: LS/341/2010.
13. —. Förslag till organisation av Beställarenheten. 2010. Dnr: LS/1678/2010.
14. **Notisum AB**. Tryckfrihetsförordningen (1949:105). SFS 2002:908. u.o. : Rättsnätet, 2008.
15. **Jämtlands läns landsting**. Verksamhetsberättelse 2010 hälsovalet version 2.
16. **Jämtlands läns landsting (e-post från Mona Landahl)**. Tillgänglighetsgarantin, 0:an. 2011-12-19.
17. **Svensson, Gunnar Pihlgren Arne**. Målstyrning, 90-talets ledningsform för offentlig verksamhet. Kristianstad : Kristianstads Boktryckeri, 1989. ISBN 91-40-30916-9.
18. **Raadu, Gunnel**. Författningshandbok 2011. Stockholm : Liber AB, 2011. ISBN: 978-91-47-10014-9.
19. **Jämtlands läns landsting**. Landstingsdirektörens uppdrag 2011 till område Primärvård . Dnr: LS/1085/2010.
20. **Sahlin, Jan**. Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer. Solna : Nordstedt Juridik, 2006. ISBN: 91-39-10835-X.
21. **kvalitetsindikatorer, Institutet för**. Patientupplevd kvalitet nationell patientenkät för specialiserad vård. u.o. : Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
22. **Jämtlands läns landsting**. Landstingsplan 2011-2013. 2011. Dnr: LS/690/2010.
23. —. Årsredovisning 2010 Jämtlands läns landsting.
24. **Socialstyrelsen**. God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Västerås : u.n., 2008. ISBN: 91-85482-05-6.
25. **Sveriges Kommuner och Landsting**. Kommunallagen Kommentarer och Praxis. Stockholm : Kommentus förlag, 2006. ISBN: 91-7345-163-0.

9 BILAGOR

9.1 INTERVJUADE

- Biträdande landstingsdirektör, Nina Fällbäck Svensson
- Chefen för beställarenheten, Lena Weinstock Svedh
- Dåvarande projektledare för Callguide, Ingela Eckerdal
- Enhetschefer från två hälsocentraler inom Östersunds närvårdsområden
- Landstingets ekonomichef, Karin Jonsson
- Landstingsstyrelseledamot, Ann-Marie Johansson
- Verksamhetsområdeschefen för närvårdsområde Östersund, Ulla Ledin
- Verksamhetsområdeschefen för primärvården, Olle Christmannson
- Verksamhetsutvecklare vid beställarenheten, Lena Book

Kontakt via telefon

- Handläggare vid primärvårdsstaben gällande mätning av telefontillgänglighet
- Tele- suport gällande mätning av telefontillgängligheten Markus Sulk,

Kontakt via e-post

- Ekonomer vid primärvårdsstaben, Anders Lundgren & Britt Nordell
- Socialstyrelsens juridiska enhet Pål Resare, angående ansvaret för kvalitetsarbete inom hälsovalsmodellen
- Sveriges Kommuner och Landsting Hélène Ellström, mätning av vårdgarantin
- Verksamhetsutvecklingsstratet, Marie Norlén, angående mätning av telefontillgängligheten

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

9.2 ENKÄTRESULTATET

Vilken befattning har Du?	Antal	Procent
1. Enhetschef	9	43%
2. Verksamhetschef/verksamhetsområdeschef	12	57%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,57	
Arbetar Du inom landstingsdriven eller privat verksamhet?	Antal	Procent
1. Landstingsdriven	17	81%
2. Privat	4	19%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,19	
Hur tydlig upplever Du att styrningen av Primärvården är avseende uppdrag och mål?	Antal	Procent
1. Mycket tydlig	3	14%
2. Tydlig	13	62%
3. Otydlig	5	24%
4. Mycket otydlig	0	0%
5. Vet ej	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,10	
Hur ofta följer Du upp mål och mått i enlighet med uppdraget från hälsovalsmodellen? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
4.1 I samband med årsredovisningen		
1. Hela uppdraget	19	90%
2. Delar av uppdraget	2	10%
3. Ingen del av uppdraget	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,10	
4.2 I samband med delårsbokslut		
1. Hela uppdraget	7	33%
2. Delar av uppdraget	11	52%
3. Ingen del av uppdraget	3	14%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,81	
4.3 Varje månad		
1. Hela uppdraget	0	0%
2. Delar av uppdraget	18	86%
3. Ingen del av uppdraget	3	14%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,14	
4.4 Varje vecka		
1. Hela uppdraget	0	0%
2. Delar av uppdraget	7	33%
3. Ingen del av uppdraget	14	67%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,67	

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

4.5 Annat, nämligen		
1. Hela uppdraget	1	5%
2. Delar av uppdraget	1	5%
3. Ingen del av uppdraget	19	90%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,86	
Upplever Du att uppföljning av mål och mått varit av sådan omfattning att Du fått underlag för en tillfredställande styrning?		
	Antal	Procent
1. Helt och hållet	0	0%
2. Till stora delar	12	57%
3. Till mindre delar	7	33%
4. Inte alls	0	0%
5. Ingen uppfattning	2	10%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,62	
Vilka hinder finns för en mer frekvent uppföljning? (Du kan fylla i fler alternativ)		
	Antal	Procent
1. Brister i befintliga stödsystem när det gäller att få fram uppgifter	8	35%
2. Kunskapsbrist avseende att få fram uppgifter	5	22%
3. Kunskapsbrist avseende analys av uppgifter	3	13%
4. Tidsbrist	5	22%
5. Annat hinder, nämligen	2	9%
Totalt	23	100%
Medelvärde	2,48	
Vilket/vilka styrdokument utgör utgångspunkt för ditt kvalitetsarbete? (Du kan välja fler alternativ)		
	Antal	Procent
1. Förfrågningsunderlaget i hälsovalet	16	44%
2. Landstingsplanen	5	14%
3. Landstingsdirektörens uppdrag till primärvården	12	33%
4. Annat, nämligen	3	8%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	36	100%
Medelvärde	2,06	
Vilken är Din uppfattning om ansvarsfördelningen mellan verksamhetschefen och hälsovalskansliet när det gäller kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet		
	Antal	Procent
9.1 Formulera mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet		
1. Verksamhetschefens ansvar	2	10%
2. Hälsovalskansliets ansvar	18	86%
3. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,95	
9.2 Att målen för kvalitet och patientsäkerhet nås		
1. Verksamhetschefens ansvar	20	95%
2. Hälsovalskansliets ansvar	1	5%
3. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,05	
9.3 Att följa upp och analysera resultatet av måluppfyllelsen		
1. Verksamhetschefens ansvar	17	81%

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

2. Hälsovalskansliets ansvar	4	19%
3. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,19	
9.4 Att vid behov vidta åtgärder för att förbättra resultaten		
1. Verksamhetschefens ansvar	21	100%
2. Hälsovalskansliets ansvar	0	0%
3. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,00	
9.5 Att ta fram dokumenterade rutiner som beskriver kvalitetsarbetet		
1. Verksamhetschefens ansvar	10	48%
2. Hälsovalskansliets ansvar	11	52%
3. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	1,52	

[Visa grafik](#)

I vilken grad anser Du att ansvaret för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete har tydliggjorts?	Antal	Procent
1. I mycket hög grad	2	10%
2. I hög grad	10	48%
3. I låg grad	7	33%
4. I mycket låg grad	0	0%
5. Ingen uppfattning	2	10%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,52	

[Visa grafik](#)

Hur stämmer följande påståenden med Din uppfattning om kvalitets- och patientsäkerhetsarbete?	Antal	Procent
11.1 Det finns mätbara mål för kvalitet och patientsäkerhet		
1. Stämmer helt	2	10%
2. Stämmer till stor del	14	67%
3. Stämmer till mindre del	4	19%
4. Stämmer inte alls	0	0%
5. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,24	
11.2 Målen för kvalitet och patientsäkerhet är ändamålsenliga		
1. Stämmer helt	1	5%
2. Stämmer till stor del	8	38%
3. Stämmer till mindre del	9	43%
4. Stämmer inte alls	2	10%
5. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,71	
11.3 Målen för kvalitet och patientsäkerhet uppnås		
1. Stämmer helt	3	14%
2. Stämmer till stor del	10	48%
3. Stämmer till mindre del	7	33%

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

4. Stämmer inte alls	0	0%
5. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,33	
11.4 Målen för kvalitet och patientsäkerhet analyseras		
1. Stämmer helt	3	14%
2. Stämmer till stor del	9	43%
3. Stämmer till mindre del	8	38%
4. Stämmer inte alls	0	0%
5. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,38	
11.5 Nödvändiga åtgärder vidtas för att förbättra resultatet för kvalitet- och patientsäkerhet		
1. Stämmer helt	3	14%
2. Stämmer till stor del	8	38%
3. Stämmer till mindre del	9	43%
4. Stämmer inte alls	1	5%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,38	
11.6 Det finns dokumenterade rutiner som beskriver kvalitetsarbetet		
1. Stämmer helt	2	10%
2. Stämmer till stor del	11	52%
3. Stämmer till mindre del	8	38%
4. Stämmer inte alls	0	0%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,29	
11.7 Hälsovalet har medfört ett ökat kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet		
1. Stämmer helt	1	5%
2. Stämmer till stor del	4	19%
3. Stämmer till mindre del	6	29%
4. Stämmer inte alls	3	14%
5. Ingen uppfattning	7	33%
Totalt	21	100%
Medelvärde	3,52	
Hur upplever Du stödet från hälsovalskansliet i frågor som rör förfrågningsunderlaget? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)		
Antal	Procent	
1. Jag har fått ett mycket bra stöd	8	38%
2. Jag har fått ett bra stöd	9	43%
3. Jag har fått ett mindre bra stöd	2	10%
4. Jag har inte fått något stöd alls	0	0%
5. Ingen uppfattning/har inte varit i kontakt med kansliet	2	10%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,00	
Hur upplever Du Hälsovalskansliets roll med avseende på resultatdialogen? (Fokus på uppföljning av kvalitetsmålen)		
Antal	Procent	
14.1 En stödjande roll i kvalitetsarbetet		
1. I mycket hög grad	5	24%
2. I hög grad	7	33%

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

3. I liten grad	6	29%
4. I väldigt liten grad	0	0%
5. Ingen uppfattning	3	14%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,48	
14.2 En kontrollerande roll		
1. I mycket hög grad	5	24%
2. I hög grad	13	62%
3. I liten grad	2	10%
4. I väldigt liten grad	0	0%
5. Ingen uppfattning	1	5%
Totalt	21	100%
Medelvärde	2,00	

[Visa grafik](#)

I vilken grad har Du fått gehör för synpunkter som Du lämnat på kommande mål och mått i Hälsovalskansliets förfrågningsunderlag?	Antal	Procent
1. I mycket hög grad	3	14%
2. I hög grad	3	14%
3. I låg grad	3	14%
4. I väldigt liten grad	5	24%
5. Ingen uppfattning	3	14%
6. Har inte lämnat några synpunkter	4	19%
Totalt	21	100%
Medelvärde	3,67	

[Visa grafik](#)

Hur har över- och underskottsmodellen påverkat verksamhetsutvecklingen? (Verksamheten tar med sig över- och underskott under tre år)	Antal	Procent
16.1 Modellen är ett incitament till effektiviseringar		
1. Stämmer helt	3	18%
2. Stämmer till stor del	3	18%
3. Stämmer till mindre del	4	24%
4. Stämmer inte alls	5	29%
5. Ingen uppfattning	1	6%
6. Berörs inte av modellen	1	6%
Totalt	17	100%
Medelvärde	3,06	
16.2 Modellen ökar möjligheten att planera verksamheten långsiktigt		
1. Stämmer helt	3	18%
2. Stämmer till stor del	4	24%
3. Stämmer till mindre del	3	18%
4. Stämmer inte alls	4	24%
5. Ingen uppfattning	2	12%
6. Berörs inte av modellen	1	6%
Totalt	17	100%
Medelvärde	3,06	
16.3 Annat, nämligen		
1. Stämmer helt	3	18%

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

2. Stämmer till stor del	1	6%
3. Stämmer till mindre del	1	6%
4. Stämmer inte alls	2	12%
5. Ingen uppfattning	7	41%
6. Berörs inte av modellen	3	18%
Totalt	17	100%
Medelvärde	4,06	

[Synpunkter](#)
[Visa grafik](#)

Hur bedömer Du sannolikheten att klara verksamheten inom budget? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
17.1 2011		
1. Mycket god	3	18%
2. God	7	41%
3. Mindre god	1	6%
4. Våldigt liten	6	35%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	17	100%
Medelvärde	2,59	

[Synpunkter](#)

17.2 2012		
1. Mycket god	1	6%
2. God	6	35%
3. Mindre god	5	29%
4. Våldigt liten	3	18%
5. Ingen uppfattning	2	12%
Totalt	17	100%
Medelvärde	2,94	

I vilken grad upplever Du att följande beslut/åtgärd helt och hållet styrs av Dig?	Antal	Procent
19.1 Perioden för läkarscheman		
1. I mycket hög grad	10	59%
2. I hög grad	5	29%
3. I låg grad	1	6%
4. I väldigt liten grad	1	6%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	17	100%
Medelvärde	1,59	

19.2 Beviljande av läkarnas tjänstledigheter (ej lagstadgad ledighet)		
1. I mycket hög grad	12	71%
2. I hög grad	5	29%
3. I låg grad	0	0%
4. I väldigt liten grad	0	0%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	17	100%

Revisionskontoret

 Jan-Olov Undvall
 Certifierad kommunal revisor

Medelvärde	1,29	
19.3 Perioden för övrig personals scheman		
1. I mycket hög grad	10	59%
2. I hög grad	5	29%
3. I låg grad	1	6%
4. I väldigt liten grad	1	6%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	17	100%
Medelvärde	1,59	
19.4 Beviljande av övrig personals tjänstledigheter (ej lagstadgad ledighet)		
1. I mycket hög grad	12	71%
2. I hög grad	5	29%
3. I låg grad	0	0%
4. I väldigt liten grad	0	0%
5. Ingen uppfattning	0	0%
Totalt	17	100%
Medelvärde	1,29	

[Visa grafik](#)

I vilken grad upplever Du Callguide som en möjlighet för att förbättra (effektivisera) telefontillgängligheten?	Antal	Procent
1. I mycket hög grad	3	18%
2. I hög grad	5	29%
3. I liten grad	4	24%
4. I mycket liten grad	4	24%
5. Vet inte	1	6%
Totalt	17	100%
Medelvärde	2,71	

[Visa grafik](#)

Anser Du att direktiven för Callguide är tillräckligt tydliga för att möjliggöra att systemet används på ett effektivt sätt?	Antal	Procent
1. Ja	6	35%
2. Nej	10	59%
3. Har inte fått några direktiv	0	0%
4. Ingen uppfattning	1	6%
Totalt	17	100%
Medelvärde	1,76	

[Visa grafik](#)

Hur upplever Du att arbetsmiljön förändrats sedan hälsovalsmodellen infördes?	Antal	Procent
1. Arbetsmiljön har blivit mycket bättre	0	0%
2. Arbetsmiljön har blivit bättre	2	12%
3. Arbetsmiljön har inte förändrats	6	35%
4. Arbetsmiljön har blivit sämre	7	41%
5. Arbetsmiljön har blivit mycket sämre	1	6%
6. Ingen uppfattning	1	6%
Totalt	17	100%
Medelvärde	3,59	

