

10

Yttrande över
projektrapport nr
12/2020 – samverkan för
en tillgänglig vård på rätt
vårdnivå inom ASIH
HSN 2021-0868

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Geriatrisk. ASIH. SPSV. Prehospital vård
Ninos Kerimo

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-05-27

HSN 2021-0868

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över projektrapport nr 12/2020 – samverkan för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå inom ASIH

Ärendebeskrivning

I en rapport lämnar regionrevisorerna förslag om att hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) behöver stärka förutsättningarna för samverkan mellan vårdvalet avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och angränsande vårduppdrag samt att nämnden behöver säkerställa att uppdragsbeskrivningar, ersättnings- och uppföljningssystem styr mot tillgänglighet för relevanta grupper.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas rapport nr 12/2020

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionrevisorerna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

I sin skrivelse vill revisorerna särskilt ha svar på hur HSN avser

- att stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor, i synnerhet mellan den basala och den avancerade hemsjukvården
- att genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper.

Överväganden

Det råder oklarheter i gränssnittet mellan ASIH och den basala hemsjukvården, vilket är ett återkommande problemområde mellan dessa vårduppdrag. Det splittrade ansvaret för basal hemsjukvård (HLM på kontorstid och LOU-upphandlad vård övrig tid) medför att det blir många inblandade aktörer. Förvaltningen instämmer således i revisionens bedömning att denna uppdelning inom den basala hemsjukvården försvårar förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor mellan ASIH och primärvården.

Inom ASIH finns i nuläget inga uppföljningsindikatorer eller krav på redovisning som rör samverkan med andra aktörer i vårdkedjan, vilket också framkommer i revisionen. Uppföljningen sker istället i samband med den årliga avtalsuppföljningen där vårdgivarna fått redovisa verksamhetens arbete gällande samverkan. Förvaltningen avser att utveckla denna process för att stärka förutsättningarna för samverkan.

Som en del av detta utvecklingsarbete kan det nämnas att det finns idag ett pågående arbete inom förvaltningen om övergripande principfrågor kring hur förvaltningen formar geografiska indelningar i beställningen inom olika vårdområden. Syftet är att geografiska områden ska ha en gemensam logik för att stärka förutsättningarna för samverkan så att inte geografiska indelningar för olika vårduppdrag försvårar samarbeten med vårdgrannar man behöver samverka med. De geografiska principerna ska vara styrande för den geografiska organiseringen av olika vårduppdrag och ska upp som förslag till HSN i maj.

Det finns förbättringsarbete i form av att samordna områdesindelningarna mellan ASIH och den basala hemsjukvården. Förvaltningen avser att analysera de geografiska principerna och tillämpa de som är relevanta för vårdvalet ASIH i samband med kommande revideringar. Vidare ska ASIH:s roll klargöras i processen när det gäller husläkarmottagningarnas nya ansvar för att koordinera samverkan mellan vård- och omsorgsgivare inom kommuner/stadsdelsförvaltningar i det geografiska närområdet.

Det framkommer också i revisionen om olika projekt som finansieras av Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland. Det är i nuläget en ASIH-vårdgivare som deltar i ett projekt vars syfte är att förstärka samverkan med primärvården genom att effektivisera återanslutning till ASIH och därmed undvika onödiga besök till akutsjukhusen. ASIH-vårdgivaren har inom

ramen av projektet utarbetat flöden för snabb kontakt och bedömning i hemmet för patienter som i annat fall skulle ha skickats till akuten av primärvården. Redovisning av projektet sker i maj 2021 och förvaltningen avser att analysera materialet för att se om det lett till förbättrad samverkan mellan vårdgivarna och om underlaget ska leda till revidering av ASIH:s uppdrag.

Beträffande skrivelsens förslag om att genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper, så kan det nämnas här att det pågår sedan längre tid tillbaka ett arbete med att kvalitetssäkra och utveckla nyckeltal samt indikatorer inom ASIH. Syftet är att skapa förutsättningar för att kunna följa upp patientflöden mellan ASIH och angränsande vårdformer som ex akutsjukhusen och den basala hemsjukvården och därmed också kunna möjliggöra en fördjupad analys gällande tillgängligheten för vissa målgrupper. Arbetet har dock pausats med anledning av rådande pandemi och förvaltningen avser att återuppta arbetet så snart möjligheten ges.

Under våren 2020 infördes ett tilläggsuppdrag i ASIH med anledning av covid-19. Tilläggsuppdraget innebär ett tidsbegränsat tillägg till ASIH-avtalet där ASIH-vårdgivarna kan stötta akutsjukhusen, basala hemsjukvården och vårdgivare för medicinska insatser för äldre i särskilt boende (SÅBO). Insatserna utförs som enstaka insatser på remiss av nämnda vårdformer, men utan att ASIH tar över det medicinska helhetsansvaret.

Genom tilläggsuppdraget har förvaltningen förutsättningar att utveckla ersättningssystem och andra processer som främjar god tillgänglighet för relevanta målgrupper. Förvaltningen avser att utvärdera tilläggsuppdraget för att kunna bedöma om det ska förlängas, alternativt utvecklas till någon annan form. Likaså kan tilläggsuppdraget bidra till att stärka förutsättningarna för samverkan mellan ASIH och andra vårdområden, särskilt den basala hemsjukvården.

Vidare finns det idag idéer inom förvaltningen om att eventuellt genomföra en utvärdering likt den som Health Navigator utförde 2015 men med inriktning mot tillgänglighet för relevanta målgrupper. Frågan behöver dock diskuteras och samordnas då processen är resurskrävande.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget till riktlinjer förväntas inte få några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget till riktlinjer förväntas inte få några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslaget till riktlinjer förväntas inte få några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser

Förslaget till riktlinjer förväntas inte få några konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser

Förslaget till riktlinjer förväntas inte ge några ytterligare administrativa konsekvenser för vårdgivarna.

Johan Bratt

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till

Akten

Godkänd av Johan Bratt, 2021-05-27

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport nr 12/2020 Avancerad Sjukvård i Hemmet – samverkan för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

Revisorerna i revisionsgrupp II beslutade vid sitt möte 2021-03-31 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2021-06-23.

Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka förutsättningarna för samverkan mellan ASiH och angränsande vårduppdrag samt att nämnden behöver säkerställa att uppdragsbeskrivningar, ersättnings- och uppföljningssystem styr mot tillgänglighet för relevanta målgrupper.

Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden i hög utsträckning har gett vårdgivarna ansvaret för samverkan, men att komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet försvårar för vårdgivarna att ta detta ansvar. Revisionen bedömer att uppdelningen i flera olika vårduppdrag inom den basala hemsjukvården försvårar förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor mellan ASiH och primärvården, vilket i sin tur påverkar möjligheten att minska undvikbar inläggning vid akutsjukhus. Ett syfte med att införa vårdvalet var att öka tillgängligheten till ASiH och uppdraget breddades för att stimulera omhändertagande av fler patientgrupper. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör genomföra en fördjupad analys av hur uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem påverkar tillgängligheten för olika målgrupper eller patientgrupper, i syfte att säkerställa att utvecklingen ligger i linje med de intentioner som finns för målgrupper inom ASiH.

Revisorerna vill särskilt ha svar på hur hälso- och sjukvårdsnämndens avser att

- stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor, i synnerhet mellan den basala och den avancerade hemsjukvården,

- genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Christina Holmqvist
Sekreterare
Digital signering

RAPPORT NR 12/2020

Avancerad Sjukvård i Hemmet

Samverkan för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

Kort om rapporten

Vårdval för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) infördes 2013 i syfte att skapa en vårdform som möjliggör för fler patienter att vårdas utanför akutsjukhus. Revisionens bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka förutsättningarna för samverkan mellan ASiH och angränsande vårduppdrag för att vård ska ges på rätt vårdnivå. Det gäller i synnerhet mellan den basala och den avancerade hemsjukvården där sammanhållna vårdkedjor behövs. Vidare behöver nämnden säkerställa att uppdragsbeskrivningar, ersättnings- och uppföljningssystem i avtalen styr mot tillgänglighet för relevanta målgrupper.

Innehåll

1	Slutsatser och rekommendationer	1
2	Utgångspunkter för granskningen	3
2.1	Motiv till granskningen	3
2.2	Revisionsfråga	4
2.3	Avgränsning	4
2.4	Bedömningsgrunder	4
2.5	Metod	5
3	Uppdrag och målgrupper för ASiH	5
3.1	Uppdraget	5
3.2	Målgrupper	5
4	Förutsättningar för samverkan mellan vårduppdrag	6
4.1	ASiH har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet	6
4.2	Krav på samverkan och sammanhängande vårdkedjor	7
4.3	Uppföljning av samverkan och sammanhängande vårdkedjor	8
4.4	Patientflöden mellan akutsjukhus och ASiH	9
4.5	Patientflöden mellan primärvården och ASiH	10
4.6	Bedömning	15
5	Tillgänglig vård	16
5.1	Åtgärder för ökad tillgänglighet	16
5.2	Hur tillgängligheten utvecklats	17
5.3	Revisionens bedömning	22

Bilaga: Antal vårdhändelser/besök fördelat inom olika diagnosgrupper 2013–2020.

1 Slutsatser och rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnden införde 2013 vårdval för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) i syfte att skapa en vårdform som gör det möjligt för fler patienter att vårdas utanför akutsjukhus och snabbare kunna skrivas ut från akutsjukhus. Revisionen har granskat om styrning och samordning av ASiH sker så att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs. Revisionens samlade bedömning är att förutsättningarna för samverkan mellan ASiH och angränsande vårduppdrag behöver stärkas i syfte att vård ska ges på rätt vårdnivå. Vidare behöver hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställa att uppdragsbeskrivningar, ersättnings- och uppföljningssystem styr mot tillgänglighet för relevanta målgrupper.

Vården i Region Stockholm ska bedrivas som nätverkssjukvård, där vårdgivare ska samverka i en sammanhållen vårdprocess för att säkerställa att vård ges på rätt vårdnivå. ASiH har gränssnitt mot flera andra vårdformer, däribland akutsjukhusen och primärvården, med många aktörer och flera avtalsområden. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden, genom sin avtalsstyrning, i hög utsträckning har gett vårdgivarna ansvaret för samverkan, men att det finns stora variationer i vilken utsträckning vårdgivarna samverkar med varandra. Kännedom om varandras uppdrag är en förutsättning för att det ska fungera om alla delar på ansvaret. Komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet försvårar därför för vårdgivarna att ta detta ansvar. Revisionen noterar att nämnden påbörjat en förändring av ansvaret för samverkan genom att ge husläkarverksamheten ett utökat ansvar för samverkan på strukturell nivå. Det är dock viktigt att samtidigt klargöra hur det påverkar andra vårdområdens ansvar för samverkan.

Revisionen bedömer att uppdelningen i flera olika vårduppdrag inom den basala hemsjukvården försvårar förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor mellan ASiH och primärvården, vilket i sin tur påverkar möjligheten att minska undvikbar inläggning vid akutsjukhus. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor mellan den basala och den avancerade hemsjukvården. Revisionen konstaterar att den planerade utvärderingen om tilläggsuppdragen för ASiH, där bl.a. stöd till basal hemsjukvård och SÄBO ingår, samt utredningen om framtidens hemsjukvård bör kunna ge underlag till förbättringar.

Revisionen uppfattar att det finns oklarheter i gränssnitten mellan ASiH och andra vårduppdrag avseende vilka patienter som bör vårdas var. Förvaltningen har vidtagit åtgärder för att underlätta samverkan i gränssnitten mellan olika vårduppdrag, bl.a. genom att ta fram ett bedömningsstöd för vilka patienter som kan bli aktuella för vård inom ASiH. Revisionen bedömer att det är oklart vilken effekt åtgärderna har haft. Det pågår, och har pågått, ett flertal utvecklingsprojekt som syftar till att stärka samverkan genom utvecklade samarbetsformer mellan ASiH och andra vårduppdrag. Revisionen menar att det, utifrån resultaten av projekten, bör finnas kunskap att tillgå som kan användas för att vidareutveckla krav på strukturerad samverkan i avtalen för ASiH och angränsande vårduppdrag i syfte att stärka förutsättningarna för sammanhållna vårdkedjor och vård på rätt vårdnivå.

Den ordinarie avtalsuppföljningen av samverkan skiljer sig åt mellan avtalsområden. Det saknas indikatorer avseende hur samverkan fungerar i den ordinarie avtalsuppföljningen avseende vissa avtalsområden, däribland ASiH. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör inga systematiska uppföljningar av patientflöden eller vårdkedjor som rör ASiH. Detta trots att ASiH i förfrågningsunderlaget är utpekat som ett vårdområde med stor påverkan på patientflödena i hälso- och sjukvårdssystemet. Revisionen noterar dock att ett utvecklingsarbete har påbörjats i syfte att kunna följa upp patientflödena. Revisionen har tidigare bedömt att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver utvärdera om förändringar av vårduppgiften för bl.a. ASiH har fått avsedd effekt på patientflödena.¹ Rekommendationen kvarstår.

Ett syfte med att införa vårdvalet var att öka tillgängligheten till ASiH. Uppdraget breddades för att stimulera omhändertagande av andra patientgrupper än patienter i behov av specialiserad palliativ vård som varit primärt fokus för ASiH tidigare. Revisionen bedömer att utformningen av uppdraget för ASiH och ersättningsystemet sannolikt har bidragit till att förbättra den allmänna tillgängligheten till ASiH, då allt fler patienter vårdas inom ASiH. Det är inte möjligt att exakt säga hur tillgängligheten för olika patientgrupper utvecklats över tid. Revisionens granskning indikerar dock att tillgängligheten för patienter som behöver vård över lång tid eller är resurskrävande kan ha försämrats under de senaste åren.

Revisionen konstaterar att det inte är möjligt att få fram säkra uppgifter om hur tillgängligheten för olika patientgrupper har utvecklats inom ASiH. Revisionen anser därför att hälso- och sjukvårdsnämnden bör genomföra en fördjupad analys av hur uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem påverkar tillgängligheten för enskilda målgrupper eller patientgrupper. Nämnden skulle på så sätt få underlag för att ta ställning till om utvecklingen ligger i linje med de intentioner som finns för målgrupper inom ASiH. Utifrån detta bör sedan justeringar göras i avtalen i syfte att säkerställa att de styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper. Eftersom det är möjligt att ASiH-vårdgivare tolkar bestämmelserna i förfrågningsunderlaget för ASiH på olika sätt kan det även finnas skäl att följa upp hur tillgängligheten utvecklas i olika geografiska områden och bland olika vårdgivare.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör

- stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor, i synnerhet mellan den basala och den avancerade hemsjukvården.
- genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper.

¹ Revisionsrapport 3/2019 *Patientflöden i en förändrad vårdstruktur*

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Hälso- och sjukvårdsnämnden införde 2013 vårdval för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) och i samband med detta breddades målgruppen. Ett av syftena med förändringen var att skapa en vårdform som dels möjliggjorde att fler patienter kunde vårdas utanför akutsjukhus, dels att patienter snabbare kunde flyttas från akutsjukhus.

I förstudien framkom att det finns otydligheter avseende vilka patienter som ingår i målgruppen för ASiH. Det gäller exempelvis patienter som ibland har behov av ASiH men som annars omhändertas inom den basala hemsjukvården. Det förekommer att den basala hemsjukvården skickar dessa patienter till akutsjukhus istället för att remittera till ASiH. Vidare framkommer att akutsjukhusen ibland inte remitterar patienter till ASiH, bl.a. för att det är otydligt vilka patienter som kan remitteras till ASiH. Risk finns att hälso- och sjukvårdsnämndens avtal inte är tillräckligt tydliga för att ge tillräckliga förutsättningar för samverkan mellan olika vårdformer. Risk finns att det inte är tydligt för vårdgivare hur samverkan mellan ASiH och angränsande vårdformer ska ske.

I avtalen för vårdgivarna i Region Stockholm anges att samverkan med andra vårdgivare och huvudmän för att säkerställa att patienten omhändertas på mest effektiva vårdnivå. Risk finns att vårdgivarna inte tar detta ansvar, vilket kan leda till att patientflödena mellan vårdområdena inte fungerar eller att vård utförs på fel vårdnivå.

Ersättningen för ASiH består i huvudsak av en ersättning per dygn som patienten är inskriven och en inskrivningsersättning. Efter vårdvalets införande skrevs fler patienter in, vilket ledde till kraftigt ökade kostnader. Hälso- och sjukvårdsnämnden reviderade vårdvalet 2015² och 2016³ i syfte att öka kostnadskontrollen. 2015 sänktes ersättningen och 2016 infördes en begränsning i medelinskrivningstid⁴. Eventuella effekter på vårdgivarnas benägenhet att ta emot patienter som kan förväntas ha långvariga eller omfattande vårdbehov har inte följts upp. Risk finns att uppdragsbeskrivningar och ersättningar inte är utformade så att de skapar tillräckliga förutsättningar och incitament för vårdgivarna inom ASiH att tillhandahålla en tillgänglig vård för patientgrupper med störst behov av ASiH. Vidare finns risk att eventuella oönskade effekter inte följs upp.

Mot bakgrund av ovan bör revisionen granska om ASiH styrs och samordnas på ett sådant sätt att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs.

² HSN 1508-0996

³ HSN 2016-4149

⁴ Begränsningen innebär att den genomsnittliga medelinskrivningstiden för patienter som är inskrivna inte får överstiga 120 dagar. För vård dagar som ligger över 120 dagar utgår ingen ersättning.

2.2 Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga:

Sker styrning och samordning av ASiH så att förutsättningar för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå säkerställs?

Den övergripande revisionsfrågan besvaras genom följande delfrågor:

- Hur säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden att tillräckliga förutsättningar för samverkan mellan ASiH och angränsande vårdformer finns?
- Hur hanterar vårdgivare samverkan för att bidra till fungerande patientflöden på rätt vårdnivå?
- Är uppdragsbeskrivningar, ersättnings- och uppföljningssystem utformade så att förutsättningar ges för en tillgänglig vård?

2.3 Avgränsning

Revisionen har granskat gränssnitten mellan ASiH och primärvården med den basala hemsjukvården och akutsjukhusen. Granskningen avser hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för styrning, och uppföljning av vårdgivare inom ASiH. Även primärvårdens och akutsjukhusens roll berörs i granskningen.

Revisionen har under 2020 granskat samverkan och vårdplanering vid utskrivning från slutenvård i ett särskilt projekt⁵ och detta har därför inte granskats närmare i denna rapport. Vissa slutsatser från denna granskning har dock använts där det varit relevant.

2.4 Bedömningsgrunder

5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap 1 § patientlagen. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt vara lätt tillgänglig.

Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden (RS 2020-0284) 2 § Nämnden ska p.2: ansvara för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt, p.4: planera och följa upp hälso- och sjukvården p.12: finansiera och styra hälso- och sjukvården genom avtal och överenskommelser med privata utförare och Region Stockholms nämnder och bolag.

Budget Region Stockholm 2019 (LS 2017-1455) hälso- och sjukvårdsnämnden ska genomföra en översyn och lägga fram förslag till en långsiktig utveckling av hemsjukvården, med särskilt fokus på väl fungerande samverkan, god tillgång till även avancerad vård i hemmet, samt husläkarverksamheternas uppsökande uppdrag.

Förfrågningsunderlag avancerad sjukvård i hemmet. Samverkan för patientens bästa: Vårdgivaren ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera

⁵ Rapport 11/2020 *Samverkan vid utskrivning från slutenvård i hälso- och sjukvård*

arbetssätt och rutiner för samverkan. *Vårdprocesser*: Vårdgivaren ska säkerställa att vårdprocessen ur ett patient- och närståendeperspektiv är så sammanhängande som möjligt.

2.5 Metod

Granskningen har genomförts med intervjuer och dokumentgranskning. Intervjuer har genomförts med företrädare för hälso- och sjukvårdsförvaltningen, vårdgivare inom uppdraget för ASiH, husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger och akutsjukhus.

Revisionen har även granskat och analyserat data och statistik om bland annat antal patienter, väntetider och vårdbesök som hälso- och sjukvårdsförvaltningen samlar in från ASiH-vårdgivarna.

Granskningen har genomförts av Anna Ullsten (projektledare) och Johan Lantto på revisionskontoret.

3 Uppdrag och målgrupper för ASiH

3.1 Uppdraget

Precis som namnet anger är ASiH avancerad vård som utförs i patientens hem. ASiH är organiserat i multiprofessionella team för att kunna ta hand om patienternas fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov. ASiH-vårdgivarna har ett helhetsansvar för patienterna vilket innebär att när en patient skrivs in i ASiH tar det multiprofessionella teamet ansvar för att patienten får hela sitt vårdbehov tillgodosett – från det basala till det avancerade.

ASiH är specialiserad öppenvård och vårdgivarna inom ASiH utför vård som annars skulle kunna ha utförts på sjukhus. I förfrågningsunderlaget för ASiH framgår att vårduppdraget syftar till att ge patienter med komplex sjukdomsbild vård i hemmet med målet att patienterna ska uppnå tillfrisknande eller bästa möjliga symtomkontroll.

3.2 Målgrupper

ASiH har tidigare i stor utsträckning syftat till att ge palliativa cancerpatienter möjlighet att få tillbringa sin sista tid i hemmet.⁶ När vårdvalet för ASiH skapades 2013 utvidgades målgruppen i syfte att öka tillgängligheten. I nuvarande förfrågningsunderlag anges tre olika målgrupper för ASiH. Målgrupperna beskrivs utifrån ett behovsperspektiv och pekar inte tydligt ut särskilda patient- eller diagnosgrupper. För att förtydliga målgrupperna tog hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2017 fram ett bedömningsstöd som finns på vårdgivarguiden med exempel på vilka patient- eller diagnosgrupper som ingår i respektive målgrupp.

⁶ Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting, Projektrapport 4 2015, s. 7

Den första målgruppen i förfrågningsunderlaget utgörs av patienter som under kortare period har behov av behandlings- och symtomkontroll som kräver flertal medicinska och omvårdnadsmässiga ställningstagande dygnet runt men inte behöver vårdas på en slutenvårdsplats. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömningsstöd exemplifieras med patienter med infektionsproblematik. Denna grupp benämns ibland som ”sköra patienter”.

Den andra målgruppen i förfrågningsunderlaget består av patienter med långsiktig komplex sjukdomsbild som under återkommande instabila perioder har behov av behandlings- och symtomkontroll som kräver flertal medicinska och omvårdnadsmässiga ställningstagande dygnet runt. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömningsstöd exemplifieras med patienter med hjärtsvikt, njursvikt, KOL⁷, ALS⁸, och tumörsjukdom. Denna grupp benämns ibland som ”kroniskt sjuka patienter”.

Den tredje målgruppen i förfrågningsunderlaget utgörs av patienter som har en obotlig sjukdom som befinner sig i livets slutskede och som är i behov av komplexa symptomlindrande medicinska och omvårdnadsmässiga insatser dygnet runt. I hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömningsstöd exemplifieras målgruppen med patienter med tumörsjukdom och avancerad cancerbehandling.

Målgruppsbeskrivningen i förfrågningsunderlagen har varit relativt likartad sedan vårdalet infördes 2013. I samband med beslut om förfrågningsunderlaget för 2016 gjordes dock vissa ändringar i beskrivningen av målgrupperna för att förtydliga dessa. Bland annat skrevs det in att den första målgruppen (sköra patienter) skulle utgöras av patienter som under ”kortare period” hade behov av insatser.⁹

4 Förutsättningar för samverkan mellan vårduppdrag

4.1 ASiH har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet

I förfrågningsunderlaget framgår att ASiH ska möjliggöra vård i hemmet för patienter som annars skulle behöva akutsjukhusets resurser. Vidare framhålls att ASiH:s kompetens och uppdrag innebär att tidigare utskrivningar från slutenvård kan göras och att förekomsten av oplanerade akutmottagningsbesök eller inskrivningar i slutenvården kan undvikas. Vidare framhålls att detta gör ”ASiH till en mycket viktig aktör när det gäller att nå det angelägna målet inom vården, att öka utflödet från akutsjukhuset och att minska inflödet till akutsjukhuset”.¹⁰

Målgruppen för ASiH omfattar bland annat patienter som under instabila perioder av sin sjukdom har behov av avancerad hemsjukvård men som i övrigt kan tas omhand av primärvården och den basala hemsjukvården. I och med detta har ASiH även ett gränssnitt mot primärvården och den basala hemsjukvården. Den basala

⁷ Kronisk obstruktiv lungsjukdom.

⁸ Amyotrofisk lateral skleros, en förlamningssjukdom som beror på att de nervceller i hjärnan och ryggmärgen som styr musklerna bryts ned

⁹ HSN 1508-0996

¹⁰ Förfrågningsunderlag Avancerad sjukvård i hemmet, giltigt fr.o.m. 2020-01-01

hemsjukvården ingår i vårdvalet för husläkarverksamhet vardagar mellan kl. 08 och 17. Under kvällar, nätter och helger utförs den basala hemsjukvården av vårdgivare som hälso- och sjukvårdsnämndens upphandlat. De upphandlade vårdgivarna utgörs av basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger¹¹ som arbetar på uppdrag av husläkarverksamheten och jourläkarbilen¹² i de fall läkare behövs.

4.2 Krav på samverkan och sammanhängande vårdkedjor

Sedan 2017 är det inskrivet i de allmänna villkoren till vårdavtalen att den bärande idén för utvecklingen av vården i Region Stockholm är etablerandet av nätverkssjukvård. Nätverkssjukvård innebär en hälso- och sjukvård där olika vårdgivare samarbetar i en sammanhållen vårdprocess tillsammans med patienten. Vidare framgår att nätverkssjukvården innebär att patienten ska kunna uppleva hälso- och sjukvårdens insatser som en helhet och att väl fungerande arbetsflöden och vårdprocesser ska prägla nätverkssjukvården och att organisationen kring patienten ska vara god.

I förfrågningsunderlaget (avtalet) för ASiH framgår att vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan. Vidare finns krav på att följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän och som berör vårdgivarens uppdrag. Vårdgivarna ska upprätta skriftliga lokala samverkansöverenskommelser med relevanta vård- och omsorgsgivare samt utveckla samverkansformer med fokus på struktur för effektiv samverkan och nätverkssjukvård. I förfrågningsunderlaget finns krav på att vårdgivaren ska säkerställa att vårdkedjan eller vårdprocessen är sammanhängande ur ett patient- och närståendeperspektiv. Vidare ska vårdgivarna delta i och vid behov initiera vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.

Kraven på samverkan och sammanhängande vårdkedjor är generellt utformade. Exempelvis preciseras inte med vilka andra vårdformer som samverkan ska etableras. Kraven finns även inskrivna i förfrågningsunderlagen för flera vårdformer som angränsar till ASiH¹³.

I förfrågningsunderlaget för ASiH finns ett krav som rör de patienter som, vid instabila skeden av sin sjukdom, kan behöva komma att återanslutas till ASiH. För dessa patienter ska vårdgivaren vid utskrivningen, ”tillsammans med patient, ofta i närvaro av närstående och övertagande vårdgivare”, upprätta en skriftlig återanslutningsplan. Det finns således inget absolut krav på att övertagande vårdgivare ska delta i upprättandet av planen. Planen ska innehålla en beskrivning av de symtom som kan föregå försämring eller återinsjuknande samt en beskrivning av de åtgärder som patienten och andra aktörer bör vidta om dessa symtom uppträder. Samtliga patienter som

¹¹ HSN 2016-1788 I basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger ingår inga läkarresurser.

¹² HSN 2017-1093 Jourläkarbilen ingår i uppdraget för prehospitalet läkartjänst.

¹³ Regionägda akutsjukhus, husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger och preshospitalet läkartjänst. För preshospitalet läkartjänst finns inget krav på sammanhängande vårdkedja.

skrivs ut från ASiH ska få ett trygghetskvitto där det framgår vem som övertar ansvaret för den fortsatta vården och behandlingen.

Enligt förfrågningsunderlaget ska ASiH-vårdgivarna besvara inkomna remisser inom fyra timmar om den inkommit mellan kl. 8-17 och i övriga fall senast dagen efter. Vidare ska ASiH-vårdgivarna, när de har fått en remiss som uppfyller bedömningskriterierna, snarast påbörja planering av inskrivning i ASiH tillsammans med den vårdgivare som skickat remissen och ta emot patienten inom 48 timmar efter att ASiH har godkänt remissen.

4.3 Uppföljning av samverkan och sammanhängande vårdkedjor

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljningsplan avseende ASiH 2020 innehåller inga indikatorer eller krav på uppgifter som berör samverkan mellan vårdgivare eller patientflöden mellan vårdgivarna. I granskningen framkommer att samverkan mellan vårdformer ändå brukar diskuteras i samband med att resultatet från uppföljningsplanen diskuteras på de möten som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har med vårdgivarna en gång om året. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp andelen patienter som får trygghetskvitton vid utskrivning till öppenvård men inte i vilken utsträckning återanslutningsplaner upprättas.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte kan följa upp om vårdgivarna besvarar inkomna remisser inom fyra timmar, men väntetider till ASiH kan följas upp (se 5.2.1). Vidare framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat ett arbete med att analysera patientflödena till och från ASiH. För att analysen ska kunna genomföras behöver data kvalitetssäkras, vilket uppges vara ett omfattande arbete. Arbetet påbörjades 2019 men har inte vidareutvecklats under 2020 till följd av coronapandemin, då andra uppgifter har prioriterats.

4.3.1 Avtalsuppföljning för angränsande vårdområden

Hur samverkan och patientflöden följs upp i den ordinarie avtalsuppföljningen varierar mellan avtalsområdena. Inom vissa avtalsområden görs uppföljning av indikatorer som syftar till att följa upp patientflöden. Sjukhusen följs upp avseende andel patienter som skrivs ut den dag de blir utskrivningsklara och antal dagar utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus. Husläkarverksamheten följs upp avseende andel undvikbara slutenvårdstillfällen (65+), andel akutmottagningsbesök som inte lett till inläggning (65+), andel oplanerade vårdtillfällen som följs upp i primärvården inom sju dagar (65+) samt listade patienters besök i annan vård.

Inom vissa avtalsområden ska en beskrivning för arbete med samverkan redovisas. Exempelvis ska de regionägda akutsjukhusen redogöra för goda exempel på samverkan inom vårdkedjan och hur de arbetar med förbättring av rutiner och överenskommelser för samverkan samt redovisa hur de arbetar med utvecklingsuppdrag inom patientcentrerad och sammanhållen vård. För den prehospitalla läkartjänsten, där jourläkarbilarna ingår, följs samverkan upp genom att vårdgivarna får redogöra för hur de arbetar med samverkan avseende ett antal vårdformer, däribland husläkarmottagning och basal hemsjukvård. ASiH ingår inte bland de vårdområden där

uppföljning av samverkan efterfrågas. Patienter som är inskrivna i ASiH ingår inte i målgruppen för jourläkarbilarna.

För basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger finns inga uppföljningsindikatorer eller krav på redovisning som rör samverkan med andra vårdgivare eller sammanhållna vårdkedjor.

4.4 Patientflöden mellan akutsjukhus och ASiH

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde 2015 en utvärdering av vårdvalet för ASiH där bl.a. målet om att ASiH ska leda till snabbare utskrivning och förebygga undvikbar återinläggning till akutsjukhus utvärderades. I utvärderingen framkommer att vårdvalet har bidragit till att minska inflödet till akutsjukhusen, däremot har inte vårdvalet bidragit till att öka utflödet.¹⁴ Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har sedan 2015 inte gjort någon större utvärdering av vårdvalet eller dess påverkan på patientflödena till och från akutsjukhusen.

I granskningen framkommer att det fortfarande finns problem i gränssnittet mellan akutsjukhusen och ASiH. Det finns ingen tydlig avgränsning för vilka patientgrupper som ska vårdas av ASiH och i granskningen framkommer att vårdgivarna inom ASiH gör olika bedömningar och därmed svarar på remisser på olika sätt. Det gör det svårt för sjukhusen att veta vilka patienter de kan remittera till ASiH. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen införde 2017, som framgått ovan, ett bedömningsstöd som finns på vårdgivarguiden i syfte att tydliggöra vilka patienter som kan bli aktuella för remiss till ASiH. Förvaltningen har inte utvärderat effekten av bedömningsstödet.

Vidare har inte sjukhusen kunskap om alla uppdrag ASiH kan utföra. En analys gjord av Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge visade att personalen vid sjukhuset hade sämre kännedom om vilka uppdrag som ASiH kan hjälpa till med efter utskrivning från sjukhus. Det kan t.ex. handla om att ASiH fortsätter intravenös antibiotikabehandling i hemmet. I granskningen framkommer att flera av vårdgivarna inom ASiH har informerat sjukhusen om sitt uppdrag men att exempelvis hög personalomsättning på sjukhusen gör att informationen inte "lever vidare".

Ett ytterligare problem i gränssnittet är att det ibland är fullbelagt på ASiH och att de därmed inte kan ta emot fler patienter. Utskrivning till ASiH förutsätter ofta att patienten har hemtjänst ordnad. Om det först måste ordnas kan det bidra till att det inte går att skriva ut patienter på en gång. I revisionens granskning av implementeringen av lagen om utskrivning från slutenvård framkommer att personalen på sjukhusen upplever att gränsdragningarna mellan basal hemsjukvård och ASiH är otydliga, vilket kan skapa osäkerhet inför utskrivningar.¹⁵

I granskningen framkommer även att det förekommer att patienter som är inskrivna i ASiH skickas in till akuten med ambulans, även i de fall då ASiH-vårdgivarna bedömer att det inte hade behövts. Det uppges bero på att hemtjänsten larmar ambulans

¹⁴ HSN 1109–1190 *Utvärdering av avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) inom SLL, 2015*

¹⁵ Revisionsrapport 11/2020 *Samverkan vid utskrivning från slutenvård hälsa- och sjukvård*

istället för att kontakta ASiH. Att det finns ett stort antal utförare av hemtjänst i Region Stockholm uppges som en försvårande faktor för att nå ut med information.

Ett antal utvecklingsprojekt har bedrivits för att förbättra vårdkedjorna mellan akutsjukhus och ASiH. Vissa projekt har initierats av vårdgivarna själva. Under 2018 bedrev exempelvis Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge tillsammans med ASiH Södra (SLSO) ett projekt där en koordinator med lång erfarenhet av ASiH arbetade på Tema Åldrande, Karolinska Huddinge, med att identifiera patienter som kunde skrivas ut till ASiH. Projektet permanentades inte p.g.a. att Karolinska universitetssjukhuset inte hade förutsättningar att fortsätta finansieringen av verksamheten. Under 2019 slöt Karolinska Universitetssjukhuset och ASiH-rådet¹⁶ en överenskommelse om ansvar i gränssnittet mellan hematologen på NKS och ASiH, i syfte att förbättra samarbetet. Projektet har enligt uppgift förtydligat vilka insatser ASiH kan utföra, vilket lett till förbättrad samverkan mellan vårdgivarna.

Även hälso- och sjukvårdsförvaltningen har finansierat ett antal projekt. Under hösten 2019 genomförde ASiH Stockholms sjukhem och S:t Görans sjukhus ett utvecklingsprojekt. I projektet gjordes en utredning av ett antal specifika patientgrupper i syfte att, med stöd av ASiH, kunna skriva ut dessa tidigare från sjukhuset till hemmet. Baserat på underlaget från projektet skulle hälso- och sjukvårdsförvaltningen utreda om det krävdes avtalsförändringar för att stötta ett breddat uppdrag för ASiH.¹⁷ Pilotprojektet har inte resulterat i några avtalsförändringar. Enligt förvaltningen beror detta på att projektet inte gav tillräckligt tydliga resultat p.g.a. att få patienter ingick i projektet. Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland finansierar ett antal projekt inom ramen för cancerplanen 2020–2023¹⁸ med bäring på samverkan mellan sjukhus och ASiH samt den palliativa slutenvården. Vissa rör även primärvården (se 4.5). Projekten har inte avslutats när denna granskning genomförts.

Med anledning av coronapandemin beslutade Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) i mars och april 2020 om ett tidsbegränsat tilläggsuppdrag för ASiH avseende palliativ konsultfunktion till akutsjukhusen, samt stöd till basal hemsjukvård och SÄBO (se 4.5.1).¹⁹ Vid behov skulle ASiH tillhandahålla kompetens i palliativ vård till akutsjukhusen. Enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen ca hundra konsultationer genomförts. Förvaltningen planerar att utvärdera tilläggsuppdraget för ASiH, men har ännu inte hunnit göra detta.

4.5 Patientflöden mellan primärvården och ASiH

I målgruppen för ASiH ingår personer med kronisk sjukdom som är sjuka under lång tid. Av förfrågningsunderlaget framgår att patienter endast ska vårdas inom ASiH när de har behov av vårdformen. Det innebär att patienten ska kunna skrivas ut till primärvården/den basala hemsjukvården under perioder då patienten är stabil och

¹⁶ ASiH-rådet är en sammanslutning av samtliga vårdgivare som bedriver ASiH i Region Stockholm. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns representerat i rådet men har ingen styrande roll.

¹⁷ HSN 1206–0785

¹⁸ VKN 2019–0070

¹⁹ HSN 2020–0485 Tilläggsuppdraget har förlängts genom flera beslut och planeras vid denna granskning genomförande att förlängas till sommaren 2021.

återinskrivas till ASiH under perioder då sjukdomen förvärras. Det förutsätter ett bra samarbete mellan vårdformerna för att skapa fungerande patientflöden och för att förhindra undvikbar inskrivning vid akutsjukhus.

Det finns ett stort antal utförare av primärvård i Region Stockholm och varje vårdgivare inom ASiH har många husläkarmottagningar att samverka med. Som exempel kan nämnas att SLSO:s ASiH Södra har 44 vårdcentraler i sitt område²⁰. Varje vårdcentral har i sin tur ett antal olika ASiH-vårdgivare i sin geografiska närhet att samverka med. I granskningen framkommer att det är svårt för vårdgivarna att hinna samverka med alla. Detta har dock delvis ändrats i och med åtgärder under coronapandemin (se 4.5.2).

Som framgått ovan finns ingen tydlig avgränsning av vilka patientgrupper som ingår i ASiH. Det samma gäller för den basala hemsjukvården. Det innebär att det finns ett tolkningsutrymme avseende vilka patienter som bör tas omhand i den basala respektive den avancerade hemsjukvården. I granskningen framkommer att vårdgivarna ibland gör olika tolkningar avseende vilka patienter som ska omhändertas i vilken vårdform. Vidare framkommer att vissa av ASiH-vårdgivarna upplever att det finns stora variationer mellan olika vårdcentraler avseende kompetens och möjlighet att ta omhand olika patientgrupper. Vidare framkommer att inte alla vårdgivare skriver avvikelser när samverkan inte fungerar. Upplevelsen är att avvikelshanteringen ändå inte leder till något.

Hälso- och sjukvårdsnämnden införde 2017 ett tak för medelinskrivningstid i ASiH där ett vite utgår om taket överskrids (se kap. 5). Flera vårdgivare uppger att detta lett till att de arbetar aktivt med att skriva ut patienterna snabbare, ofta till primärvården. Vidare menar dessa vårdgivare att snabbare utskrivning ställer högre krav på fungerande samverkan mellan ASiH och primärvården och inte minst rutiner för de patienter som kan komma att behöva återanslutas.

Som framgått ovan förekommer det att ASiH inte har möjlighet att snabbt ta emot patienter p.g.a. att det är fullbelagt. Därmed uppstår väntetid till ASiH, vilket blir särskilt problematiskt för patienter vars tillstånd snabbt kan försämrats och därför behöver kunna skrivas in med kort varsel.

Vidare framkommer att det sätt som primärvården är organiserat på under jourtid leder till problem med flödet av patienter. Den basala hemsjukvården är under dagtid (vardagar) en del av husläkaruppdraget, men utförs under kvällar, helger och nätter av olika upphandlade aktörer. Basal hemsjukvård kvällar, nätter, helger utförs i stor utsträckning av undersköterskor som kan kontakta sjuksköterska eller jourläkarbilen vid behov. I granskningen framkommer att det kan vara svårt för undersköterskorna att göra bedömningar av patienternas tillstånd. Det kan även vara svårt för jourläkaren att göra en bra bedömning eftersom denne kanske träffar patienten för första gången. Det kan bidra till att patienterna som tidigare varit inskrivna i ASiH skickas till sjukhus, även i fall då återinskrivning i ASiH hade varit ett bättre alternativ.

²⁰ ASiH-vårdgivarna bedriver vård in om avgränsade geografiska områden. Länet är uppdelat i åtta olika vårdområden för ASiH.

Några vårdgivare menar att det vore bra om vårdtunga patienter kan bli inskrivna i ASiH under helgerna för att undvika risken att patienter hamnar på sjukhus. Detta eftersom den basala hemsjukvården inte har samma resurser på helger som vardagar. Samtidigt pekar dessa vårdgivare på att ASiH kan vara en för hög vårdnivå i vissa fall. Några vårdgivare menar att ett samarbete mellan ASiH och den basala hemsjukvården vore att föredra, där ASiH kan göra vissa insatser samtidigt som patienten är inskriven i den basala hemsjukvården. Detta är dock inte förenligt med vårduppdragen så som de är utformade idag (se 4.5.1).

I granskningen framkommer att det förekommer att återanslutningsplanen upprättas av ASiH utan primärvårdens medverkan och att primärvården inte alltid har kännedom om planen. Några vårdgivare lyfter fram att samverkan runt enskilda patienter skulle behöva utvecklas genom att ASiH, primärvården och akutsjukhusen tillsammans kommer överens om hur patienten ska vårdas, exempelvis genom att upprätta en gemensam vårdplan. För närvarande pågår ett utvecklingsprojekt (Nära vård), som syftar till att utveckla samverkan mellan primärvård, ASiH och akutsjukvård.²¹ Projektet ska bl.a. förebygga onödiga besök till akutmottagning och möjliggöra snabb hemgång av patienten från akutsjukhus med stöd av ASiH och sedan övergång antingen till basal hemsjukvård eller till palliativ slutenvård. Projektet rör cancerpatienter och har fått finansiering från Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland som en del i genomförandet av cancerplanen 2020–2023.²²

4.5.1 Ändrade gränser mellan basal och avancerad hemsjukvård?

ASiH har ett helhetsansvar för sina patienter och sköter i normalfallet hela patientens vård. ASiH kan dock i vissa fall, inom ramen för det ordinarie uppdraget, bistå andra vårduppdrag. ASiH ska utföra blodtransfusioner i hemmet på uppdrag av husläkarverksamheten. Vidare ska vårdgivarna inom ASiH tillhandahålla kompetens och kollegialt stöd i specialiserad palliativ vård eller annan avancerad hemsjukvård i individuella patientärenden samt genomföra handledande insatser till övriga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Handledande insatser kan även utföras på särskilda boenden för äldre (SÄBO), men personer boende på SÄBO ingår inte i ASiH:s målgrupp. De intervjuade vårdgivarna inom ASiH menar att övriga vårdgivare i relativt låg utsträckning efterfrågar konsultationsinsatser.

Tilläggsuppdrag om att stötta SÄBO och basal hemsjukvård

Som framgår ovan (se 4.4) fick vårdgivarna inom ASiH tilläggsuppdrag under coronapandemin. Tilläggsuppdraget innebar bl.a. en utökad möjlighet för ASiH att utföra enskilda insatser för patienter boende på SÄBO och i den basala hemsjukvården. I mars och april 2020 beslutade RSSL om ett tidsbegränsat tilläggsuppdrag för ASiH avseende stöd till den basala hemsjukvården och SÄBO.²³ Av beslutet från april framgår att den basala hemsjukvården och vårdgivare för medicinska insatser i SÄBO behöver stöttas under coronapandemin i syfte att möjliggöra vård av större

²¹ Projektet bedrivs av ASiH Capio Vallentuna och ett antal vårdcentraler. I ett senare skede i projektet kan även akutsjukhus komma att involveras i projektet.

²² VKN 2019–0070

²³ HSN 2020–0485 Tilläggsuppdraget har förlängts genom flera beslut och planeras vid denna granskning genomförande att förlängas till sommaren 2021.

patientvolymen och patienter med mer omfattande medicinska behov.²⁴ Uppdraget syftar till att ge ASiH möjlighet att flexibelt och kortvarigt stötta patienter med komplexa vårdbehov, men utan att ta över det medicinska helhetsansvaret.

De intervjuade vårdgivarna är positiva till tilläggsuppdragen. Några framför att möjligheten att ”dela” patienter mellan primärvården och ASiH, där ASiH gör enstaka insatser utan att ta över helhetsansvaret, har förbättrat samverkan runt patienter. Vissa menar också att ett fortsatt stöd från ASiH till primärvården borde kunna leda till att primärvården kan ta emot fler patientgrupper, vilket i sin tur skulle kunna bidra till snabbare utskrivning från akutsjukhus, men även förhindra undvikbar inskrivning vid sjukhus.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte utvärderat tilläggsuppdragen men planerar att göra detta. Beroende på vad utvärderingen kommer att visa kan tilläggsuppdragen komma att ingå i det ordinarie uppdraget för ASiH. Det förutsätter även en revidering av ersättningsmodellen i förfrågningsunderlaget eftersom en sådan ersättning behöver utgå per åtgärd medan den ordinarie ersättningen utgår per vård dygn.

Utredning om framtidens hemsjukvård

Region Stockholm har tillsammans med kommunerna i regionen tidigare haft planer på att kommunalisera den basala hemsjukvården. Det senaste försöket att överlåta delar av den basala hemsjukvården till kommunerna påbörjades 2016 med planerad övergång 2020. Arbetet avbröts 2018 p.g.a. att det fanns motstridiga uppfattningar mellan regionen och ett antal kommuner avseende skatteväxlingen för hemsjukvården.²⁵

Efter att kommunaliseringen avbröts fick hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag i budget 2019²⁶ att genomföra en översyn och lägga fram förslag till en långsiktig utveckling av hemsjukvården, med särskilt fokus på väl fungerande samverkan, god tillgång till avancerad vård i hemmet samt husläkarverksamheternas uppsökande uppdrag. Ett arbete genomfördes inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen under arbetsnamnet framtidens hemsjukvård. Målet var bl.a. att skapa förutsättningar för bättre helhet i planering, utförande och samordning av vården, minska onödiga besök på akutmottagning och i slutenvård samt att tydliggöra hemsjukvård som egen vårdform. Arbetet har inte resulterat i en plan eller målsättning för hemsjukvårdens långsiktiga utveckling. Det pågår i dagsläget inget arbete med att se över organisationen av hemsjukvården.

4.5.2 Förändrat ansvar för samverkan?

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i två steg 2019 och 2020 beslutat om en primärvårdstrategi,²⁷ i vilken husläkarverksamhetens ansvar för samverkan mellan vårdgivare och samordning av patienternas vård tas upp. En av åtgärderna är att ge husläkarmottagningarna ansvar för att koordinera samverkan. I november 2020 beslutade

²⁴ Beslut 2020-04-06 Dnr: 20-772

²⁵ HSN 2016-3996

²⁶ LS 2017-1455

²⁷ HSN 2019-2025

hälso- och sjukvårdsnämnden om ett reviderat förfrågningsunderlag för husläkarverksamheten, enligt vilket husläkarna har ett nytt samordningsansvar. Husläkarmottagningarna i varje kommun/stadsdel ska gemensamt utse en husläkarmottagning som på strukturell nivå ska ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare, exempelvis kalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna i området.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i februari 2021 att ge SLSO i uppdrag att stötta de vårdcentraler som ska koordinera samverkan. I ärendet framgår att förutsättningarna för samverkan behöver förbättras eftersom Stockholms län har en fragmenterad sjukvårds- och omsorgsverksamhet. Det nya ansvaret ska bidra till att lösa detta. Exakt vad samverkansansvaret innebär och vilka målgrupper, vårdgrenar och processer som ska samordnas och hur detta ska ske är inte fastställt.²⁸

Samverkansuppdraget bygger vidare på den s.k. klustersamordningen som infördes under coronapandemin²⁹. I början av pandemin skapade SLSO och hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsammans geografiskt avgränsade kluster med vårdgivare inom bl.a. primärvård och ASiH samt kommuner. Klustersamordningen har inneburit att respektive ASiH blivit tilldelade ett antal vårdcentraler att samverka med. Flera av de intervjuade vårdgivarna pekar på att indelningen i kluster, där det tydligt framgått vilka vårdgivare som ska samverka med varandra, har underlättat att få till en fungerande samverkan mellan vårdgivarna.

Samverkan runt patient

Enligt Framtidsplanen ska husläkarverksamheten utgöra navet i hälso- och sjukvården och enligt förfrågningsunderlaget ska husläkarverksamheten vara patienters samordnare i den sammanhållna hälso- och sjukvården. Ett av de prioriterade områdena i primärvårdsstrategin är att ”konkretisera vad vårdcentralernas samordningsansvar för individuella patienter innebär och implementera det”. I granskningen har det inte framkommit att hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt innebörden av vårdcentralernas ansvar.

Patienter har rätt att få en fast vårdkontakt om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.³⁰ En slutsats i revisionens granskning av implementeringen av lagen om utskrivning från slutenvård är att ansvaret för den fasta vårdkontakten behöver definieras tydligare. För patienter inskrivna i ASiH kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos husläkarmottagningen, som mer sällan har kontakt med patienten. Enligt uppgift från hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns planer på att se över om ASiH kan bli fast vårdkontakt för vissa patientgrupper.

²⁸ HSN 2020-1821

²⁹ HSN 2020-0222

³⁰ Patientlagen 6 kap. 2§

4.6 Bedömning

Revisionen uppfattar att hälso- och sjukvårdsnämnden, genom sin avtalsstyrning, i hög utsträckning har gett vårdgivarna ansvaret för att samverka med varandra, men att komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet har försvårat för vårdgivarna att ta detta ansvar. Revisionen bedömer därför att förutsättningar för att samverkan ska komma till stånd behöver förbättras då en stor mängd utförare och ett flertal vårduppdrag gör att antalet gränssnitt är omfattande. Revisionen noterar dock att nämnden påbörjat en förändring av ansvaret för samverkan genom att ge husläkarverksamheten ett utökat ansvar. Revisionen menar att det är viktigt att ansvaret för samverkan tydliggörs, både avseende övergripande samverkan och samverkan runt patient, inte minst för att klargöra vilken påverkan detta får för andra vårdområdets ansvar för samverkan.

Vidare uppfattar revisionen att den komplexa vårdstrukturen med flera olika vårduppdrag inom den basala hemsjukvården försvårar förutsättningarna för samverkan och välfungerande patientflöden mellan ASiH och primärvården. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor mellan den basala och den avancerade hemsjukvården. Det kan exempelvis avse i vilken utsträckning ASiH ska kunna göra enstaka insatser i den basala hemsjukvården. Det är därför av vikt att både den planerade utvärderingen om tilläggsuppdragen för ASiH avseende stöd till basal hemsjukvård och SÄBO samt utredningen om framtidens hemsjukvård genomförs.

Revisionen uppfattar att det finns oklarheter i gränssnitten mellan ASiH och andra vårduppdrag avseende vilka patienter som bör vårdas var. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har vidtagit åtgärder, bl.a. genom att ta fram ett bedömningsstöd i vårdguiden och införa krav på återanslutningsplan. Revisionen bedömer att det är oklart vilken effekt åtgärderna har haft. Det pågår, och har pågått, ett flertal utvecklingsprojekt som syftar till att stärka vårdkedjorna mellan ASiH och angränsande vårduppdrag, exempelvis genom att utveckla samarbetsformerna mellan vårduppdragen. Revisionen menar att det, utifrån resultaten av projekten, bör finnas kunskap att tillgå som kan användas för att vidareutveckla krav på strukturerad samverkan i avtalen för ASiH och angränsande vårduppdrag i syfte att stärka förutsättningarna för sammanhållna vårdkedjor och vård på rätt vårdnivå.

Revisionen uppfattar att det finns stora variationer avseende hur vårdgivarna hanterar samverkan. Samverkan förefaller fungera väl mellan vissa vårdgivare inom exempelvis basal och avancerad hemsjukvård, där patienter t.ex. kan återinskrivas i ASiH under helger. Detta förefaller dock inte fungera i alla fall. Skillnader i kompetens och resurser lyfts fram som förklaringar, liksom komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet med många aktörer och flera avtalsområden. Revisionen ser en risk för att omotiverade skillnader i patientflödena kan uppstå.

Revisionen bedömer att det inte går att få en bild av hur samverkan fungerar mellan olika vårdområden genom den information som samlas in i den ordinarie avtalsuppföljningen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör inga systematiska uppföljningar av patientflöden eller vårdkedjor som rör ASiH. Detta trots att ASiH i förfrågningsunderlaget är utpekade som ett vårdområde med stor påverkan på patientflödena i hälso-

och sjukvårdssystemet. Revisionen noterar dock att ett utvecklingsarbete har påbörjats i syfte att kunna följa upp patientflödena till och från ASiH. Revisionen har tidigare bedömt att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver utvärdera om förändringar av vårduppgifterna för bl.a. ASiH har fått avsedd effekt på patientflödena.³¹ Rekommendationen kvarstår.

5 Tillgänglig vård

5.1 Åtgärder för ökad tillgänglighet

Ett syfte med att vårdvalet för ASiH infördes 2013 var att förbättra tillgängligheten till vårdformen. Som beskrivits i avsnitt 2 breddades målgruppen i detta syfte. Vidare infördes en bestämmelse om att vårdgivare inom ASiH skulle kunna ta emot patienter inom 48 timmar och det förtydligades att patienter skulle kunna tas emot årets alla dagar. I syfte att öka tillgängligheten infördes även en ny geografisk indelning av länet i åtta områden, istället för de 15 områden som tidigare fanns. Tanken var att det skulle ge möjlighet att öka utbudet.³²

I samband med att vårdvalet infördes 2013 infördes även en ny ersättningsmodell för ASiH. Besöksersättning togs bort och den tidigare dygnersättning kompletterades med en fast inskrivningsersättning. Inskrivningsersättningen skulle ses som ett incitament då resursåtgången är hög vid inskrivningstillfället.³³ Det bestämdes även att ASiH skulle få ersättning för konsultinsatser för handledning och för genomförda blodtransfusioner. Sedan vårdvalet infördes har flera ändringar gjorts i ersättningsystemet till ASiH, som bland annat haft i syfte att öka tillgängligheten.

2016 sänktes dygnersättningen till ASiH med 15 procent. I tjänsteutlåtandet motiverade hälso- och sjukvårdsförvaltningen beslutet om att sänka ersättningen med att det förväntades stimulera till effektivisering och utveckling av ASiH, ökad kostnadskontroll och till att skapa större utrymme för att erbjuda fler patienter vård inom ASiH.³⁴

2017 infördes dels en maxgräns för antalet inskrivna per dag, dels en begränsning i medelinskrivningstid för patienter per område och vårdgivare. Förändringarna syftade till att förbättra tillgängligheten för nya patienter och förutse kostnaderna för vårdvalet. Bestämmelserna innebar att för vårdgivare som har fler inskrivna än de avtalade eller vårddagar som ligger över medelinskrivningstiden så utgår ingen ersättning för dessa. Begränsningen i medelinskrivningstid sattes till 120 dagar. Bakgrunden till beslutet var bland annat att vårdtiderna ökat kraftigt och att väntetiderna för inskrivning avvikit från kravet på 48 timmar.³⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2019 om att ta bort maxgränsen för antalet inskrivna per dag.

³¹ Revisionsrapport 3/2019 *Patientflöden i en förändrad vårdstruktur*

³² HSN 1109-1190

³³ HSN 1109-1190

³⁴ HSN 2015, s. 2

³⁵ HSN 2016-4149

Förvaltningen bedömde att maxgränsen inte hade haft avsedd effekt och orsakat extra administration.³⁶

5.2 Hur tillgängligheten utvecklats

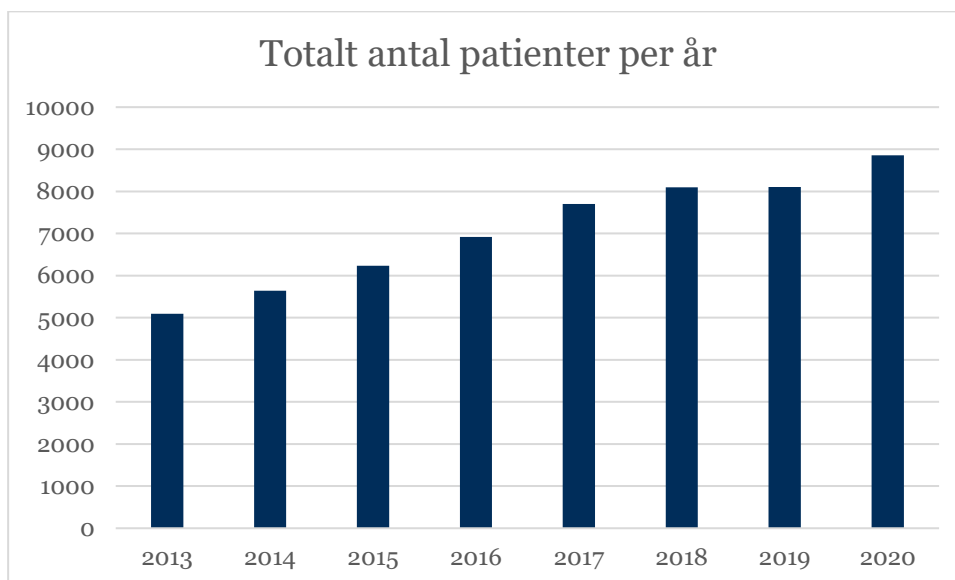
Revisionen har utifrån kvantitativa uppgifter som hälso- och sjukvårdsförvaltningen samlar in kartlagt dels hur tillgängligheten allmänt sett har utvecklats över tid, dels hur den utvecklats för specifika patientgrupper.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samlar bland annat in antalet individer som är inskrivna vid ASiH, längden på väntetider till ASiH, antalet nyinskrivna vid ASiH och antal nyinskrivna per veckodag. Förvaltningen följer även upp medelinskrivningstider för att kunna följa att vårdgivarna inte överskrider gränsen på 120 dagar. Förvaltningen följer inte upp tillgängligheten för specifika målgrupper eller patientgrupper.

Eftersom ASiH är organiserat i olika geografiska områden och bedrivs av olika vårdgivare kan tillgänglighet även mätas geografiskt och hos olika vårdgivare. Det är inget som revisionen närmare kartlagt eller analyserat i denna rapport.³⁷

5.2.1 Utvecklingen av den allmänna tillgängligheten

Tillgänglighet kan mätas på många olika sätt. Ett mått på tillgänglighet är hur många som ASiH vårdar. Antalet som vårdats inom ASiH har ökat från drygt 5000 tusen till närmare 9000 individer mellan 2013 och 2020, se figur 1. En ökning med ca 74 procent. Ett annat sätt att beskriva utvecklingen är hur många som vårdas inom ASiH i genomsnitt vid en viss given tidpunkt. Av figur 2 framgår att antalet individer som i genomsnitt är inskrivna vid ASiH har ökat från omkring 1200 till 2400 individer mellan 2013 och 2020, eller med cirka 97 procent.



Figur 1: Antal inskrivna i vårdval ASiH per år 2013–2020, Källa HSF

³⁶ HSN 2019-1709

³⁷ I Landstingsrevisorernas granskning av ASiH från 2015 har bland annat den geografiska tillgängligheten analyserats. Granskningen visade att tillgängligheten var relativt likartad.



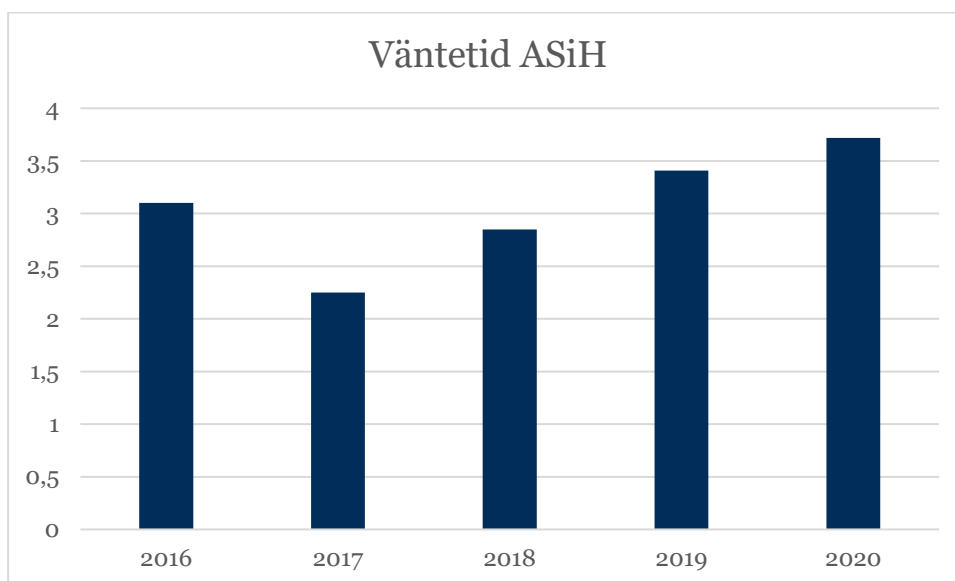
Figur 2: Genomsnittligt antal inskrivna i vårdval ASiH. Källa HSF

Att ökningen av genomsnittligt antal inskrivna ökat mer än ökningen av antalet inskrivna individer innebär att den tid varje patient vårdas inom ASiH per år i genomsnitt har ökat. En närmare analys visar att denna ökning var särskilt stor mellan 2013 och 2016 för att sedan plana ut. Detta ger alltså en indikation på att medelinskrivningstiderna i ASiH har ökat och att det främst inträffade under de första åren efter det att vårdvalet infördes.³⁸ Att medelinskrivningstiderna ökade var en viktig orsak till att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade om att införa en gräns för medelinskrivningstid på 120 dagar från 2017 i avtalen, vilket förefaller ha haft effekt.³⁹

Ett annat mått på tillgänglighet är väntetid för att bli inskriven vid ASiH. Som nämnts finns krav på att vårdgivare inom ASiH ska kunna ta emot patienter inom 48 timmar. I figur 3 framgår att de genomsnittliga väntetiderna under 2016–2020 legat över 48 timmar, dvs 2 dygn. Av figuren framgår att väntetiderna minskade mellan 2016 och 2017. En möjlig förklaring kan vara begränsningen i medelinskrivningstid som infördes 2017. Sedan 2017 har väntetiderna till ASiH ökat. Vad detta kan bero på har inte framkommit i granskningen. Väntetiderna beror inte enbart på ASiH-vårdgivarnas tillgänglighet utan påverkas också av för ASiH yttre faktorer. Det kan exempelvis handla om att kommunen måste hinna ordna hemtjänst för de patienter som ska vårdas i hemmet.

³⁸ HSF följer kontinuerligt medelinskrivningstider per vårdgivare för att kunna följa begränsningen om 120 dagars medelinskrivningstid. HSF har dock ingen samlad statistik som gör det möjligt att följa hur medelinskrivningstiden totalt sett har utvecklats inom ASiH.

³⁹ Analysen bygger på en jämförelse av genomsnittligt antalet inskrivna i förhållande till det totala antalet inskrivna per år. Mellan 2013–2016 ökade det genomsnittligt antalet inskrivna med 65 procent samtidigt som det totala antalet inskrivna ökade med 35 %. Mellan 2016–2020 ökade det genomsnittligt antalet inskrivna med 19 procent samtidigt som det totala antalet inskrivna ökade med 17 %.



Figur 3: Väntetider ASiH, antal dagar, 2016–2020.

5.2.2 Tillgänglighet för specifika patientgrupper

Eftersom det saknas uppgifter om vilka målgrupper patienterna tillhör är det inte möjligt att följa upp hur stor andel av de som ASiH vårdar som tillhör respektive målgrupp. Det finns dock uppgifter om diagnoser i den statistik som hälso- och sjukvårdsförvaltningen samlar in som gör det möjligt att delvis analysera hur tillgängligheten för olika patientgrupper har utvecklats.

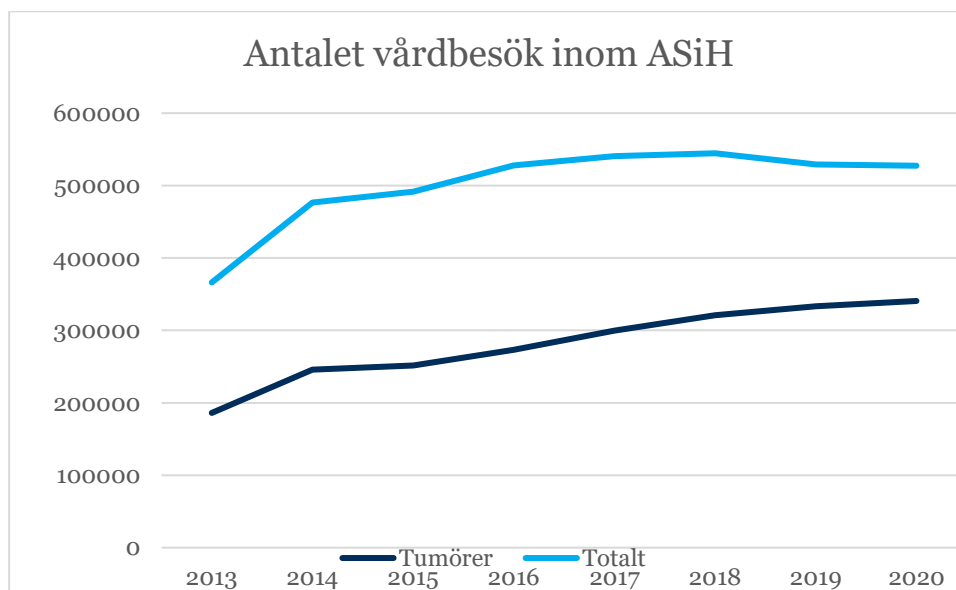
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomför inga kontinuerliga analyser av patientgrupper utifrån diagnoser hos de patienter som ASiH vårdar. Förvaltningen lät dock 2015 genomföra en utvärdering som kartlade patienter utifrån olika diagnosgrupper. Kartläggningen visade att patienter med cancer stod för cirka 77 procent av de 5 011 patienter som vårdades av ASiH 2014. En stor del av patienterna 4 038, eller cirka 81 procent, var palliativa samma år.

Det är svårt att kategorisera hur stora olika patientgrupper inom ASiH är utifrån de uppgifter som HSF samlar in från vårdgivarna om vilka diagnoser patienterna har.⁴⁰ I syfte att analysera hur mixen av olika patientgrupper utvecklats över tid inom ASiH har revisionen istället granskat vilka huvuddiagnoser som registreras i samband med de vårdbesök som genomförts under tidsperioden 2013–2020. Revisionen är medveten om att det finns osäkerheter i det statistiska underlaget. Dels har revisionen uppmärksammat på att det kan förekomma felaktiga registreringar av vårdbesök, dels kan behovet av vårdbesök förändras över tid och mellan olika patientgrupper. Givet att antalet vårdbesök per patient är relativt konstant över tid, ger förändringen

⁴⁰ Revisionen har även låtit HSF analysera vilka diagnoser patienter inom ASiH har. Tyvärr är de uppgifter som framkommit svårtolkade. Det beror på att en och en och samma patient kan ha många olika diagnoser. Patienter kan även ha flera huvuddiagnoser vilket gör det svårt att enkelt kategorisera patienterna. De uppgifter som tagits fram avviker också en hel del från den undersökning som genomfördes 2015 på uppdrag av HSF. Vad skillnaden beror på har inte kunnat utrönas. Revisionen väljer därför att inte redovisa resultaten av denna kartläggning här.

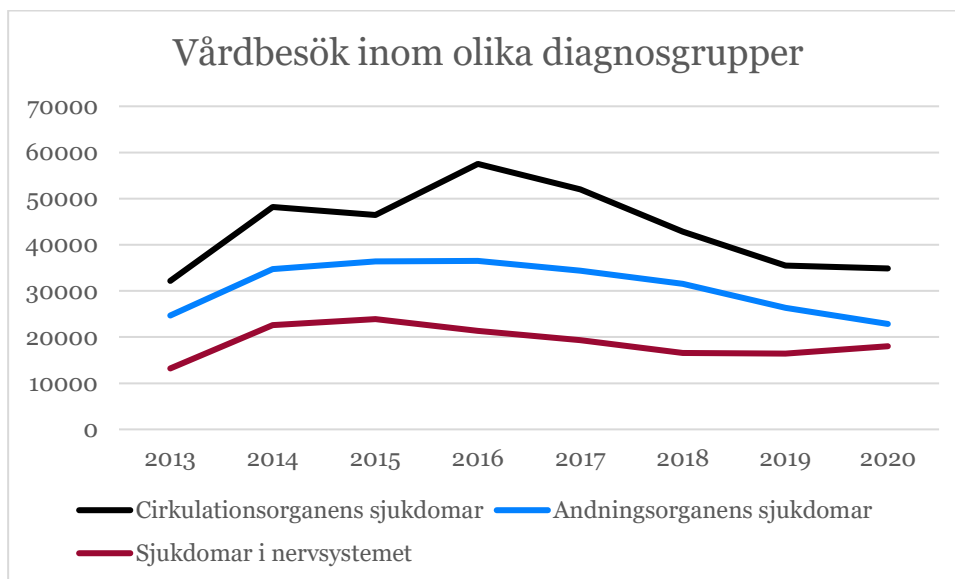
av antalet vårdbesök en indikation om vilka förändringar av storleken på olika patientgrupper som inträffat.

Granskningen visar att det genomförts drygt en halv miljon vårdbesök inom ASiH de senaste åren. Mer än hälften av besöken inom ASiH har registrerats inom diagnosgruppen tumörer. Antalet och den relativa andelen besök som registrerats inom denna diagnosgrupp har ökat sedan 2013 och stod 2020 för cirka 65 procent av vårdbesöken, se figur 4 och bilaga 1.



Figur 4: Antalet vårdbesök inom ASiH samt vårdbesök inom diagnosgruppen tumörer (huvuddiagnos) 2013–2020

Granskningen visar även att antalet och andelen vårdbesök som registrerats inom flera andra diagnosgrupper ökade åren efter att vårdvalet för ASiH infördes 2013. Det gäller vårdbesök inom diagnosgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar, andningsorganens sjukdomar och sjukdomar i nervsystemet, se figur 5 och bilaga 1.



Figur 5: Vårdbesök inom olika diagnosgrupper (huvuddiagnos) 2013–2020

Granskningen av vårdbesök indikerar att tillgängligheten till ASiH för patientgrupper som kan kopplas till dessa diagnosgrupper ökade de första åren efter det att vårdvalet infördes 2013. Det ligger i linje med de intentioner om att bredda målgruppen för vårdvalet som fanns då det infördes. Efter omkring 2016–2017 har dock vårdbesöken inom dessa diagnosgrupper minskat både i antal och relativa andelar, vilket indikerar att tillgängligheten minskat för de tillhörande patientgrupperna. Denna analys bör tolkas med viss försiktighet eftersom den bygger på antagandet att antalet vårdbesök per patient inte förändrats på något avgörande sätt sett över tid.

De utvecklingstendenser som redovisas i statistiken över vårdbesök får stöd i de intervjuer revisionen genomfört med företrädare för ASiH. Flera av de intervjuade menar att målgruppen som benämns som kroniskt sjuka har minskat i antal under senare år. Det handlar bland annat om hjärtsviktspatienter och patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Diagnoserna för dessa patienter ligger inom diagnosgrupperna cirkulationsorganens sjukdomar respektive andningsorganens sjukdomar.⁴¹ Vidare uppfattar de att cancerpatienter har ökat medan ALS-patienter har minskat. De senare är patienter som ingår i diagnosgruppen tumörer respektive sjukdomar i nervsystemet.

5.2.3 Analys av tillgänglighet för specifika patientgrupper

Eftersom ersättningssystemet inte differentierar mellan patienter med olika vårdbehov finns risk att systemets ekonomiska incitament leder till att ASiH:s vårdgivare prioriterar mindre vårdtunga eller resurskrävande patienter. En uppfattning som framförs av vårdgivare som driver ASiH är att det inte är möjligt att få ekonomi i

⁴¹ En liknande bild ges i Landstingsrevisorernas rapport om ASiH från 2015. Enligt den genomgång revisionen genomförde då ökade antalet inskrivna patienter åren 2013 till 2015 har vissa grupper med kronisk sjukdom såväl till antal som till andel av totala antalet patienter. De utvalda grupperna utgjordes av njursvikt, hjärtsvikt, KOL, ALS och patienter inom hematologin (patienter med blodsjukdom).

verksamheten om en vårdgivare endast har patienter med stora vårdbehov och som därmed är resurskrävande.

Samtidigt får vårdgivare inte neka vårdtagare som ingår i målgruppen för ASiH. Flera av de ASiH vårdgivare revisionen intervjuat vittnar om att det, trots att det inte är tillåtet, förekommer att remisser för patienter som de bedömer tillhör målgruppen för ASiH avisas av vissa ASiH-vårdgivare. Vissa av de revisionen intervjuat menar att det finns ”Svarte Petter”-patienter som ASiH vårdgivare tenderar att undvika. Det är patienter som är resurskrävande genom att de exempelvis kräver många dagliga insatser från ASiH eller fodrar långa transporter för ASiH:s personal. Exempel på patientgrupper som är resurskrävande som nämnts i intervjuer är palliativa patienter i ett sent skede, ALS patienter och patienter med psykiatriska diagnoser.

ALS patienter klassificeras inom diagnosgruppen sjukdomar i nervsystemet. Som framgår av tabellen i bilaga 1 har vårdbesöken kopplade till denna diagnosgrupp minskat både i antal och relativ andel sedan 2015. Ett liknade mönster finns när det gäller diagnosgruppen ”Psykiiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” där patienter med psykiatriska diagnoser ingår.⁴²

Det finns sålunda indikationer på att ersättningssystemets utformning, som inte differentierar mellan patienter med olika vårdbehov, kan ha påverkat vårdgivarna inom ASiH att prioritera patienter med mindre resurskrävande vårdbehov. Den sänkning av ersättningsnivån som infördes 2016 kan ha bidragit till denna utveckling och tvingat vårdgivarna att prioritera hårdare.

Flera av de revisionen intervjuat i granskningen menar att införandet av begränsningen i medelinskrivningstid inneburit att patienter som behöver vård över lång tid har minskat inom ASiH. Det gäller exempelvis multisjuka, KOL och hjärtsviktpatienter. En konsekvens uppges bli att dessa patienter remitteras vidare och ibland ”bollas” mellan vårdgivare och därmed ”kommer i kläm”. Även ALS-patienter, som lever länge uppfattas av vissa ha påverkats av begränsningsregeln eftersom de kan vara långvariga inom ASiH.

Samtidigt som det finns en förståelse för att begränsningsregeln införts uppfattas den av flera som revisionen intervjuat som problematisk, bland annat eftersom patienter tenderar att leva allt längre idag. Det gäller exempelvis cancerpatienter.

5.3 Revisionens bedömning

Att antalet patienter som vårdas inom ASiH ökat relativt mycket är en indikation på att vårdvalssystemet för ASiH har bidragit till att förbättra den allmänna tillgängligheten till ASiH. Det är också troligt att den begränsning i medelinskrivningstid som infördes 2017 har bidragit till att ytterligare öka den allmänna tillgängligheten genom att begränsa vårdtiderna så att fler patienter kunnat vårdas inom ASiH. Samtidigt finns tecken på att väntetiderna till ASiH ökat de senaste åren vilket kan tolkas som

⁴² Antalet vårdbesök ökade från 1730 (2013) till 4857 (2017) för att sedan minska till 923 (2020) (Är redovisade i gruppen övriga diagnosgrupper i tabell x)

att den allmänna tillgängligheten till ASiH har försämrats. Vad som kan vara orsak till att väntetiderna ökat har inte framkommit i granskningen.

Revisionen menar att det samtidigt finns indikationer på att begränsningen i medelinskrivningstid i ersättningssystemet kan ha påverkat tillgängligheten till ASiH negativt för vissa patientgrupper. Det gäller särskilt patienter som behöver vård över lång tid. Det finns även indikationer på att tillgängligheten för vissa patientgrupper som är resurskrävande har försämrats. En möjlig förklaring är att ersättningssystemet inte differentierar mellan patienter med olika resursbehov vilket kan ha bidragit till att vårdgivare inom ASiH prioriterat mindre resurskrävande patienter.

När vårdvalet för ASiH infördes 2013 utökades målgruppen för ASiH. Som framgått är det inte möjligt att utifrån det statistiska underlaget exakt fastställa hur tillgängligheten för olika mål- eller patientgrupper utvecklats över tid. Revisionens granskning indikerar dock att tillgängligheten för patienter som behöver vård över lång tid eller är resurskrävande kan ha försämrats under de senaste åren.

Revisionen konstaterar att det inte är möjligt att få fram säkra uppgifter om hur tillgängligheten för olika patientgrupper har utvecklats inom ASiH. För att undvika att grupper som borde få tillgång till ASiH inte prioriteras anser revisionen att hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör genomföra en fördjupad analys av tillgängligheten för enskilda målgrupper eller patientgrupper inom ASiH. Eftersom det är möjligt att ASiH vårdgivare tolkar bestämmelserna i förfrågningsunderlaget på olika sätt kan det även finnas skäl att följa upp hur tillgängligheten utvecklas i olika geografiska områden och bland olika vårdgivare. Revisionen anser vidare att hälso- och sjukvårdsnämnden, med utgångspunkt i en sådan analys bör säkerställa att uppdragsbeskrivningar, ersättningssystem eller uppföljningen av ASiH styr mot en tillgänglig vård för relevanta patientgrupper.

Bilaga 1: Antal vårdhändelser/besök fördelat inom olika diagnosgrupper (kapitel) 2013–2020. Procentuell andel av det totala antalet besök inom parentes

<i>Diagnosgrupper</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>
<i>Tumörer (Kap 02)</i>	186 061 (51%)	245 596 (52%)	251 603 (51%)	273 143 (52%)	299 645 (55%)	320 947 (59%)	333 468 (63%)	340 650 (65%)
<i>Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Kap 21)</i>	37 793 (10%)	46 321 (10%)	53 734 (11%)	51 538 (10%)	47 873 (9 %)	53 507 (10%)	47 668 (9%)	39 559 (8%)
<i>Cirkulationsorganens sjukdomar (Kap 09)</i>	32 173 (9%)	48 159 (10%)	46 431 (9%)	57 518 (11%)	52 027 (10%)	42 846 (8%)	35 483 (7%)	34 870 (7%)
<i>Andningsorganens sjukdomar (Kap 10)</i>	24 657 (7%)	34 751 (7%)	36 382 (7%)	36 503 (7%)	34 388 (6%)	31 506 (6%)	26 318 (5%)	22 843 (4%)
<i>Sjukdomar i nervsystemet (Kap 06)</i>	13 203 (4%)	22 559 (5%)	23 888 (5%)	21 346 (4%)	19 315 (4%)	16 528 (3%)	16 428 (3%)	18 011 (3%)
<i>Övriga diagnosgrupper</i>	72 340 (20%)	79 116 (17%)	79 737 (16%)	87 908 (17%)	87 349 (16%)	79 289 (15%)	69 716 (13%)	71 324 (14%)
<i>Totalt</i>	366 227	476 502	491 775	527 956	540 597	544 623	529 081	527 257

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna presenteras på regionrevisorernas webbsida på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev Nytt från regionrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.



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