

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 11/2007

Styrning och uppföljning av medicinsk service

- Med nuvarande stödsystem saknas möjlighet att få en samlad bild av kostnader och volymer
- Kostnadsansvaret varierar mellan vårdgrenar och vårdgivare. Fr.o.m. 2008 gäller gemensamma regler inom Vårdval Stockholm
- Det finns tecken på att specialister försöker övervältra dyrare undersökningar till husläkare som inte betalar för dessa. Risk finns att beställaren får betala två gånger
- Gränsen mellan husläkarens och specialistens ansvarsområde är otydligt när det gäller medicinska utredningar
- Vårdgivarna följer upp kostnader och volymer bl.a. för att få kostnadskontroll
- HSN:s uppföljning har haft fokus på ekonomi. Uppföljningen av volymer och effekter av t.ex. ersättningsmodeller har ej varit prioriterat


Hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelserna för
Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholms läns sjukvårdsområde


Rapport 11/2007 Styrning och uppföljning av medicinsk service

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2008-03-04

- att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2008-04-30,
- att överlämna rapporten till styrelserna för Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje, Karolinska Universitetssjukhuset samt Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2008-04-30 samt
- att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.


Göran Hammarsjö
ordförande


Anders Olsson
sekreterare

Faktaruta

Verksamhet	Med medicinsk service menas vanligtvis de undersökningar och tjänster som ingår i områdena laboratoriemedicin, radiologi, medicinsk teknik och fysik, klinisk fysiologi och nuklearmedicin. Dessa syftar till att korrekt och så snabbt som möjligt ställa rätt diagnos hos patienten för att snabbt inleda behandling eller att avstå.
Ansvars- och ersättningssystem	<p>Inom SLL finns olika modeller för ersättning av medicinsk service. T.ex. har akut-sjukhusen kostnadsansvaret för all medicinsk service, medan privata specialister (som ersätts enligt nationella taxan) har all medicinsk service som en s.k. fri nyttighet. Inom närsjukvården varierar modellerna mellan vårdgren och när avtalet skrevs. Under 2007 gällde följande ersättningsmodeller för dessa verksamheter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Husläkarmottagningar har kostnadsansvar för basal¹ medicinsk service och beställaren för avancerad² medicinsk service.• Beställaren har kostnadsansvaret för all medicinsk service för barnavårdscentral (BVC), mödravårdscentral (MVC) och ungdomsmottagning.• För läkarinsatser i särskilt boende varierar reglerna mellan olika geografiska områden och när vårdavtalen skrevs.• Vårdgivare inom Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH) har olika ersättningsmodeller, men den vanligaste modellen är som för husläkarmottagningarna. <p>Fr.o.m. år 2008 har samtliga husläkarmottagningar kostnadsansvar för all basal medicinsk service och för 20% av den avancerade medicinska servicen. Resterande del, 80%, har Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) kostnadsansvar för.</p>
Stödsystem	Det finns två stora IT-stöd för uppföljning av medicinsk service, FUMS (Faktura Underlag Medicinsk Service) och Bill (Karolinskas debiterings- och fakturerings-system för medicinsk service).
Leverantörer av medicinsk service	<p>HSN upphandlar medicinsk service till den landstingsdrivna sjukvården exkl. sjukhusen som upphandlar medicinsk service själva. Privata vårdgivare kan utnyttja landstingets avtal.</p> <p>Avtal med laboratoriemedicin finns med tre leverantörer, Karolinska Universitetslaboratoriet, Aleris Medilab AB och Capiro Diagnostik AB.</p> <p>Avtal för medicinsk radiologi finns med 11 leverantörer, Karolinska Universitets-sjukhuset, Danderyds sjukhus AB, Norrtälje sjukhus AB, Södertälje sjukhus, Aleris AB, Capiro Diagnostik AB, Ersta sjukhus, Medicinsk röntgen AB, Praktikertjänst AB, Sophiahemmet AB och Stockholms sjukhem.</p>
Kostnader	HSN har beräknat att kostnaderna för medicinsk service år 2007 uppgår till ca 1,5 miljarder, varav ca 1,3 miljarder redovisas i FUMS. I beräkningen ingår ej kostnader för medicinsk service i den DRG-ersatta vården.

¹ Laboratoriemedicin, med undantag för patologi, transfusionsmedicin och klinisk genetik.

² Radiologi, klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, patologi, transfusionsmedicin, endoskopi samt klinisk genetik.

Sammanfattning

Syftet med granskningen är att utreda om styrningen och hanteringen av den medicinska servicen är ändamålsenlig. Granskningen omfattar nyttjarna av medicinsk service och ska bl.a. tydliggöra vilka styrmodeller som används för att fördela kostnadsansvaret. Granskningen har omfattat Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), sex vårdcentraler och fyra kliniker på två sjukhus.

Granskningen visar att det finns ett antal förbättringsområden:

Det går idag inte att få uppgifter om landstingets samlade kostnader och provtagningsvolymen för medicinsk service. Det finns två större stöd-system, FUMS och Bill, som dock täcker en stor del av volymen. I dessa system ingår dock inte prover som t.ex. tas på vårdcentralernas egna närlabb. Granskningen visar tecken på att prisuppgifter i FUMS inte överensstämmer med avtalade prislister. En utredning om detta vore önskvärd.

Det finns olika ersättningsmodeller för medicinsk service. En princip som mer eller mindre finns uttalad i samtliga ersättningsmodeller är att ansvaret för kostnaden för medicinsk service ska finnas på den nivå som beslutar om undersökningen och som därmed kan påverka kostnaden. Detta har delvis genomförts t.ex. inom den akutsomatiska vården (sjukhusen) som har kostnadsansvar för all medicinsk service. Motsatsen gäller för privata specialitläkare som ersätts enligt nationella taxan som har all medicinsk service som en fri nytthet.

En effekt av olika ersättningsmodeller är att det finns risk för övervältring av dyrare prover eller undersökningar till den vårdgivare som inte betalar för undersökningen alternativt betalar minst andel av kostnaden. I granskningen har det framkommit tydliga tecken på oklarhet i gränsdragningen mellan allmänläkare och specialistvård, t.ex. när det handlar om dyrare undersökning som magnetröntgen (MR). Det är viktigt att HSN säkerställer att ansvaret tydliggörs för husläkare respektive specialist.

Kostnader för medicinsk service följs upp av HSN, vårdcentraler och kliniker. Vissa vårdgivare följer också upp vilka prover som tas.

Uppföljning av medicinsk service sker på flera enheter inom HSN, men det saknas systematik och översikt. Uppföljning av effekter av ersättningsmodeller och regelverk t.ex. om samma undersökning ersätts två gånger har hittills inte prioriterats. HSN har uppmärksammat problemet och påbörjat en översyn.

Fr.o.m. år 2008 får husläkarmottagningarna ett ökat kostnadsansvar för avancerad medicinsk service. Syftet med förändringen är att ge ekonomiska incitament för ett kostnadseffektivt utnyttjande av tjänsterna. Det är viktigt att se till att de ekonomiska incitamenten inte motverkar önskvärt beteende hos vårdgivarna. HSN bör därför följa upp och analysera effekterna.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Granskningens syfte	1
1.3 Avgränsning och urval	2
1.4 Metod och tillvägagångssätt	2
2. BESKRIVNING AV MEDICINSK SERVICE	3
2.1 Vad är medicinsk service?	3
3. REGLER OCH RIKTLINJER	5
3.1 Nationella lagar, förordningar och föreskrifter	5
3.2 Regelverk inom SLL	5
3.2.1 HSN:s krav i avtal och uppdragsbeskrivningar	5
3.2.2 Medicinsk service är uppdelad mellan basal och avancerad	6
3.2.3 Ersättningsmodeller	6
3.2.4 HSN:s krav på verksamhetsuppföljning	7
3.2.5 Upphandlad medicinsk service	7
3.3 Stödsystem för medicinsk service	8
3.3.1 FUMS (Faktureringsunderlag för medicinsk service)	8
3.3.2 Bill	9
4. DE GRANSKADE ENHETERNA	10
4.1 Vårdcentraler	10
4.1.1 Beskrivning av vårdcentralerna	10
4.1.2 Provtagningsprocessen	11
4.1.3 Lokala riktlinjer för medicinsk service	12
4.1.4 Uppföljning av medicinsk service (ekonomi och volym)	13
4.1.5 Hur håller vårdcentralen sig uppdaterad inom området medicinsk service?	14
4.1.6 Överföring av remisser mellan vårdgivare	14
4.2 Kliniker	16
4.2.1 Beskrivning av klinikerna	16
4.2.2 Provtagningsprocessen	17
4.2.3 Lokala rutiner för medicinsk service	17
4.2.4 Uppföljning av medicinsk service	18
4.2.5 Hur håller kliniken sig uppdaterad inom området medicinsk service	19
4.2.6 Överföring av remisser mellan vårdgivare	19
4.3 HSN	19
4.3.1 Uppföljning av medicinsk service	19
5. IAKTTAGELSER OCH KOMMENTARER	22

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Inom Stockholms läns landsting (SLL) har kostnadsansvaret för den medicinska servicen³ successivt övergått från beställaren till vårdproducenterna. Det varierar dock beroende på bl.a. vårdgivare, vårdgren och driftsform om vårdproducenten har kostnadsansvaret eller ej. T.ex. har akutsjukhusen sedan länge kostnadsansvaret för all medicinsk service, medan privata specialister (som ersätts enligt nationella taxan) har all medicinsk service som en s.k. "fri nyttighet". När det gäller primärvården har husläkarmottagningarna under 2007 kostnadsansvar för all basal⁴ medicinsk service medan den avancerade⁵ medicinska servicen varit en fri nyttighet. Vissa avvikelser finns dock. Fr.o.m. år 2008 har samtliga husläkarmottagningar kostnadsansvar för all basal medicinsk service och för 20% av den avancerade medicinska servicen. Resterande del, 80%, har HSN kostnadsansvar för och denna del utgör därmed en fri nyttighet för primärvården.

Mot bakgrund av ovanstående är det svårt att få en samlad bild över hur den medicinska servicen hanteras i landstinget och detta kan ge en otydlighet i styrningen och kontrollen.

1.2 Granskningens syfte

Utgångspunkten i granskningen är målet om en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen, som stipuleras i hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget ansvarar för att se till att medborgare i alla delar av länet har tillgång till god vård och omsorg på lika villkor. Landstinget har också ansvar för att likvärdiga villkor gäller mellan privata och offentliga vårdgivare.

Är styrningen och hanteringen av medicinsk service ändamålsenlig?

Granskningens övergripande fråga är om styrningen och hanteringen av den medicinska servicen inom SLL är ändamålsenlig. Granskningen ska bl.a. tydliggöra vilka styrmodeller som idag används när det gäller kostnadsansvaret för medicinsk service, hur uppföljningen av kostnader och prover/undersökningar sker, hur resultatet av uppföljning används samt om styrmodellerna uppnår de mål/syften som var avsedda.

³ Tjänster som ingår i områdena laboriemedicin, radiologi, medicinsk teknik och fysik, klinisk fysiologi och nuklearmedicin, se vidare sid. 2.

⁴ Laboriemedicin, med undantag för patologi, transfusionsmedicin och klinisk genetik.

⁵ Radiologi, klinisk fysiologi, klinisk neurofysiologi, patologi, transfusionsmedicin, endoskopi samt klinisk genetik.

1.3 Avgränsning och urval

Granskningen omfattar HSN, sex vårdcentraler och fyra kliniker vid två sjukhus

Granskningen har omfattat HSN, husläkarverksamhet samt sjukhuskliniker. Vid granskningen har sex vårdcentraler valts ut och dessa är geografiskt spridda i länet:

- Rotebro vårdcentral
- Norrvikens vårdcentral
- Torsviks vårdcentral
- S:t Eriks vårdcentral
- Huddinge vårdcentral
- Vårby vårdcentral

Granskningen har omfattat fyra kliniker vid två sjukhus. De kliniker som valts ut vid Karolinska representerar verksamheter som tar emot stora patientgrupper som hjärt- och kärlsjukdomar och stroke.

Karolinska Universitetssjukhuset

- Hjärtkliniken
- Neurologiska kliniken

Södertälje sjukhus

- Medicinkliniken
- Kliniken för kirurgi, ortopedi och urologi

Granskningen omfattar ej leverantörer av medicinsk service. Ev. brister i den interna kontrollen av den medicinska servicen granskas inom ramen för löpande granskning av intern kontroll inom respektive verksamhet.

1.4 Metod och tillvägagångssätt

Granskningen har genomförts genom intervjuer med nyckelpersoner för de utvalda områdena. Statistikuppgifter har bl.a. inhämtats från landstingets FUMS-register (Faktureringsystem för medicinsk service) och Karolinska Universitetssjukhusets Bill-system (debiterings- och faktureringsystem för medicinsk service) samt från ekonomisystemet Raindance. Vidare har dokumentstudier skett bl.a. vad gäller vårdavtal. Vid granskningen har revisionskontoret haft stöd av konsult med medicinsk kompetens.

2. Beskrivning av medicinsk service

2.1 Vad är medicinsk service?

Tjänster inom
laboratoriemedicin,
radiologi, medicinsk
teknik och fysik,
klinisk fysiologi och
nuklearmedicin

Med medicinsk service menas vanligtvis de undersökningar och tjänster som ingår i områdena laboratoriemedicin, radiologi, medicinsk teknik och fysik, klinisk fysiologi och nuklearmedicin. Dessa syftar till att korrekt och så snabbt som möjligt ställa rätt diagnos hos patienten för att snabbt inleda behandling, eller att avstå.

Sedan 2006-07-01 finns en nyinrättad basspecialitet, Bild- och Funktionsmedicin, som innefattar medicinsk radiologi, neuroradiologi, nuklearmedicin och klinisk fysiologi, där de tre sistnämnda är grenspecialiteter till basspecialiteten. Ibland kan också viss endoskopiverksamhet ingå i begreppet medicinsk service, även om den verksamheten oftast återfinns inom andra behandlande specialiteter.

Medicinsk service är en mycket stor verksamhet inom svensk hälso- och sjukvård, såväl inom primärvård som slutenvård. Här återfinns en stor variation av undersökningar och tester, från det enklaste blodprovet, där t.ex. blodvärdet analyseras, till sofistikerade undersökningar med magnetresonanstomografi och ultraljud/doppler av blodflöden och strukturer i hjärnan.

Laboratorie-
medicin

Laboratoriemedicin

Laboratoriemedicin är ett samlingsnamn för verksamhetsområdena klinisk kemi, patologi/cytologi, klinisk virologi, klinisk bakteriologi, klinisk immunologi, klinisk genetik och transfusionsmedicin.

Prov från patient inlämnas till laboratorium tillsammans med remiss som utgör en slags beställning med bilagd beskrivning av sjukdomstillståndets bakgrund och aktuell frågeställning. Svaren på undersökningar lämnas alltid skriftligt, och numera oftast digitalt, men kan också i tillämpliga fall presenteras vid rondverksamhet i dialog med remittent och leverantör.

Bild- och
funktionsmedicin

Bild och Funktionsmedicin

Bild- och Funktionsmedicin är ett samlingsnamn för bildåtergivning av olika organ med hjälp av ett flertal olika tekniker, röntgenstrålning av patient, t ex vid datortomografi (CT = computerised tomography), nuklearmedicin, t ex vid gammakameraundersökning eller PET (där patienten mottagit radioaktiv isotop och i sin tur strålar mot en kamera), ultraljud, t.ex. vid undersökning av hjärta, njurar, lever, där också blodflöden kan mätas, magnetresonans t.ex. att med hjälp av kraftiga magnetfält tydligt kunna visualisera olika organ, där det även går att mäta hur bra ett hjärta fungerar. Mångfalden av undersökningar inom detta ämnesområde är mycket stort och specialisternas uppgift är att använda bästa och snabbaste metod för en specifik sjukfrågeställning hos patienten.

Till skillnad från laboriemedicin förutsätter undersökningarna inom bild- och funktionsmedicin patientens närvaro. Undersökningarna initieras av en remiss där önskad undersökning specificeras utifrån patientens sjukhistoria. Ibland förekommer också diskussion och samråd mellan bild- och funktionsmedicinare och remittent om bästa undersökning. Många av undersökningarna inom bild- och funktionsmedicin utförs även av biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor. Läkare ansvarar för bearbetning och analys av resultaten oavsett om det gäller magnetkamera, gammakamera, PET, röntgen eller ultraljudsundersökningar. Svaren lämnas skriftligt och mestadels i digital form, både vad gäller text och bild. Rondverksamhet är vanligt förekommande där bild- och funktionsmedicinaren diskuterar med olika specialister för att nå bästa tänkbara vidare utredning eller behandling av patienten. Bildöverföring och diskussion över nätet är alltmer förekommande.

Medicinsk fysik och teknik

Medicinsk fysik och teknik

Medicinsk fysik och teknik är ett samlingsnamn för medicinsk teknik, fysik och strålbehandling (terapeutisk radiofysik). Inom detta område återfinns dosplanering inför strålbehandlingar av cancerpatienter (ihop med bild- och funktionsmedicinaren och onkologen), service och underhåll av medicinteknisk utrustning, kontroll och underhåll av röntgen-, gammakamera-, magnetkamera- och ultraljudsutrustningar. I detta arbete med både diagnostik, vård och behandling deltar förutom läkare, även sjukhusfysiker, ingenjörer och onkologisjuksköterskor.

Utvecklingen av medicinsk service

Gränsdragningen mellan diagnostik och terapi inom området medicinsk service har på senare år blivit mer oskarp. Exempel på detta finns inom slutenvården, där neuroradiologer både diagnostiserar och behandlar proppar och blödningar i hjärnan med kateterburen teknik. Ett annat exempel är inom onkologin, där PET/CT teknik initialt används för att diagnostisera och stadieindela tumörer, men därefter, i samarbete med fysiologer, radiologer, nuklearmedicinare och onkologer, planerar och utför strålbehandling.

De olika disciplinerna inom medicinsk service utvecklas starkt

De olika disciplinerna inom verksamheten medicinsk service kommer utan tvekan att utvecklas starkt. I en sådan utveckling ligger inte bara framtagning av nya diagnostiska landvinningar, utan också en ökad användning och tillgänglighet utanför sjukhusen – med bibehållen hög kvalitet och patientsäkerhet.

Alla verksamhetsområden inom medicinsk service har en mångårig stark akademisk förankring i syfte att ta fram bästa möjliga diagnostik för patienten. Forskning, utbildning, utvecklingsarbete och kvalitetskontroll är således en vital del i det dagliga arbetet inom området medicinsk service.

3. Regler och riktlinjer

3.1 Nationella lagar, förordningar och föreskrifter

Nationella riktlinjer är sparsamt förekommande

Det kan allmänt sägas att lagar, förordningar och guidelines för medicinsk service är sparsamt förekommande. Diagnostik skall bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Efter kontakt med olika företrädare inom specialiteten bild- och funktionsmedicin och SBU finns inga direkta evidensbaserade regler för hur medicinsk service skall utföras. Däremot finns det olika diagnostiska och behandlingsmässiga riktlinjer och program för olika sjukdomstillstånd. Dessa återfinns bl.a. i den stora engelska webbaserade databasen "Cochrane"⁶ dvs. evidensbaserad medicin.

3.2 Regelverk inom SLL

I uppdragsbeskrivningen regleras bl.a. vilka leverantörer som ska anlitas

3.2.1 HSN:s krav i avtal och uppdragsbeskrivningar

HSN har fastställt uppdragsbeskrivningar för t.ex. husläkarverksamhet. I beskrivningen finns regler för vilka leverantörer av medicinsk service som ska anlitas och vilka ersättningsregler som gäller. För medicinsk service som Beställaren betalar, skall Vårdgivaren anlita leverantörer som Beställaren anvisar. Det är Vårdgivarens skyldighet att vid beställning av medicinsk service som Beställaren betalar göra en kostnads/nyttobedömning vid varje tillfälle⁷.

Beställaren äger rätt att granska Vårdgivarens nyttjande av medicinsk service. Om Vårdgivarens förskrivning väsentligt och omotiverat överstiger andra vårdgivares förskrivning inom samma område äger Beställaren rätt att uppta förhandling med Vårdgivaren om ersättning för Beställarens kostnader.

Vårdgivare inom SLL kan vara bundna att anlita av SLL upphandlade laboratorier

För medicinsk service som Vårdgivaren själv betalar kan Vårdgivaren välja vilket laboratorium som skall användas eller om Vårdgivaren önskar göra analyserna i eget närlaboratorium. Sådant närlaboratorium skall vara ackrediterat av SWEDAC fr.o.m. 2009. Vårdgivaren äger rätt att använda laboratorier som SLL upphandlat⁸. Vårdgivare inom SLL kan vara bundna att följa av SLL upphandlade laboratorier.

⁶ Cochrane Reviews of Diagnostic Test Accuracy, in The Cochrane Library

⁷ Uppdragsbeskrivning husläkarverksamhet § 10 (Avtal för 2007)

⁸ Uppdragsbeskrivning husläkarverksamhet § 10 (Avtal för 2007)

**I ersättnings-
systemet uppdelas
medicinsk service
på basal och
avancerad**

3.2.2 Medicinsk service är uppdelad mellan basal och avancerad

När det gäller husläkarverksamheten har vårdgivaren det fulla kostnadsansvaret för vissa enklare medicinska serviceutredningar, i huvudsak för tjänster inom området laboratoriemedicin med undantag för patologi, transfusionsmedicin och genetik som är avancerad medicinsk service.

Beställaren svarar för kostnaderna för undersökningar utförda vid laboratorier som SLL har avtal med inom nedan angivna specialiteter:

- Radiologi
- Klinisk fysiologi
- Klinisk neurofysiologi
- Patologi
- Endoskopi
- Transfusionsmedicin
- Klinisk genetik

**Det finns olika
modeller för
ersättning av
medicinsk service**

3.2.3 Ersättningsmodeller

Inom SLL finns olika modeller för ersättning av medicinsk service. Inom somatisk specialistvård har vårdgivaren (sjukhusen) fullt kostnadsansvar för all medicinsk service. Ersättningen för medicinsk service ingår i DRG-ersättningen.

Inom närsjukvården varierar modellerna mellan vårdgren och när avtalet skrevs. Under 2007 gällde följande ersättningsmodeller:

- Husläkarmottagningar har kostnadsansvar för basal medicinsk service och beställaren för avancerad medicinsk service.
- Beställaren har kostnadsansvaret för all medicinsk service för BVC, MVC och ungdomsmottagning samt för gynekologiska mottagningar.
- För läkarinsatser i särskilt boende varierar reglerna mellan olika geografiska områden och när vårdavtalen skrevs.
- Vårdgivare inom Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASIH) har olika ersättningsmodeller, men den vanligaste modellen är som för husläkarmottagningarna.
- Geriatrik - vårdgivaren har kostnadsansvar för all medicinsk service.
- Psykiatri - vårdgivaren har kostnadsansvar för all medicinsk service.
- Beställaren har kostnadsansvaret för all medicinsk service för privata specialister som ersätts enligt nationella taxan (ej allmänläkare).
- För närakuter finns olika ersättningsregler som är beroende av när avtalen skrevs.

Fr.o.m. 2008 får husläkarmottag- ningar en gemen- sam ersättnings- modell

Vårdgivaren får 2007 ersättning för basala medicinska serviceutredningar, dvs. all medicinsk service exklusive avancerad medicinsk service per ansvarspatient. Utöver detta lämnas en generell ersättning per läkarbesök.

Under 2008 förändras ersättningsreglerna för de vårdgivare som omfattas av Vårdval Stockholm. För t.ex. husläkarmottagningar ska vårdgivaren fortfarande ha kostnadsansvar för basal medicinsk service, men ska också ansvara för 20 % av den avancerade medicinska servicen. Beställaren ska stå för resterande 80 % av den avancerade medicinska servicen. Samma ersättningsmodell kommer att gälla för läkarinsatser i särskilt boende när dessa vårdgivare auktoriseras.

Modellen som tillämpas i geriatrik och psykiatri härstammar från akut-sjukhusens modell. Geriatrik och psykiatri har en stor andel sluten vård.

Anledningen till att vårdgivarna har kostnadsansvar för medicinsk service är att skapa en kostnadsmedvetenhet hos den som kan påverka kostnaden mest, dvs. vårdgivaren. Förändringen av ersättningsreglerna för avancerad medicinsk service från 2008 syftar till att få vårdgivarna inom primärvården medvetna om kostnaderna för t.ex. röntgen och därmed överväga att skicka undersökningarna till en billigare röntgenleverantören som uppfyller kvalitetskraven alternativt överväga om undersökningen verkligen behövs.

3.2.4 HSN:s krav på verksamhetsuppföljning

I bilaga till vårdavtalet finns en särskild uppföljningsplan som anger vad som ska följas upp under året. I uppföljningsplanen uppmärksammas inte medicinsk service särskilt. Men ett exempel på uppföljning av medicinsk service finns och gäller patienter med diagnosen diabetes mellitus.

- Redovisning av antalet patienter där provtagning av HbA1c skett under de senaste tolv månaderna (gäller 2007).

3.2.5 Upphandlad medicinsk service

HSN upphandlar medicinsk service till den landstingsdrivna sjukvården exkl. sjukhusen som upphandlar medicinsk service själva. Privata vårdgivare kan utnyttja landstingets avtal, men kan också välja att sluta egna avtal.

Laboratorietjänster

År 2004 upphandlades laboratoriemedicinska tjänster för primärvård, geriatrik, psykiatri och privata specialistläkare m.fl. Avtalen tecknades för 3+1 år. Treårsperioden löpte ut i december 2007 och HSN beslutade i mars 2007 att förlänga avtalet med ytterligare ett år, dvs. längst t.o.m. 31 december 2008.

HSN upphandlar
medicinsk service
till SLL-driven
sjukvård. Sjuk-
husen upphandlar
själva

Avtal avseende laboratoriemedicin finns med tre leverantörer. Vilken leverantör respektive vårdcentral ska nyttja styrs av vilken kommun/stadsdel man tillhör.

Radiologitjänster

År 2002 genomfördes en upphandling av medicinsk radiologi för öppenvården utanför sjukhusen. Avtal tecknades med ett antal leverantörer för perioden 2003-2005 och med möjlighet till förlängning av avtalet med upp till två år. Samtliga avtal har efter beslut av dåvarande hälso- och sjukvårdsutskottet förlängts ett år i taget. Den andra förlängningsperioden löpte ut 31 december 2007.

Framtagandet av förfrågningsunderlag inför ny upphandling har försenats varför avtalen om medicinsk radiologi, med undantag för endoskopiska undersökningar, förlängts t.o.m. 31 augusti 2008⁹. Avtal för medicinsk radiologi finns med 11 leverantörer.

Upphandling har skett inom gastrointestinal endoskopi¹⁰¹¹. Avtal har tecknats med sex leverantörer och gäller fr.o.m. 1 januari 2008.

3.3 Stödsystem för medicinsk service

3.3.1 FUMS (Faktureringsunderlag för medicinsk service)

IT-stödet som används inom stora delar av SLL heter FUMS (Fakturerings-Underlag Medicinsk Service). FUMS är ett egenutvecklat system som används vid fakturakontroller och uppföljning.

**Uppgifter för
uppföljning per
remittent kan
hämtas ur FUMS**

I FUMS är det möjligt att följa upp kostnader per remittent eller per vårdenhet (=fakturamottagare), t.ex. vilka prover som har tagits och vilken leverantör som har utfört provtagningen.

Alla uppgifter om medicinsk service finns inte med i FUMS, endast det som faktureras. Privata laboratorier på sjukhus och den medicinska servicen som ingår i DRG-ersättningen finns inte heller i FUMS. Vårdcentralernas egna närlabb saknas också.

⁹ Beslut i HSN 2007-09-25 §9

¹⁰ Beslut i HSN 2007-11-20 § 26

¹¹ Undersökning av mag- och tarmsjukdomar

Ökade krav på registrering fr.o.m. 2008

Fr.o.m. 2008 kommer kombikoder¹² att krävas för olika uppdrag inom t.ex. primärvården. Det innebär att det blir olika koder för husläkarverksamhet, läkarinsatser i särskilt boende, MVC, BVC etc. om en vårdcentral har flera uppdrag alternativt är auktoriserade. Remittenten måste ändra kod beroende på vilket uppdrag som remissen skrivs inom, vilket innebär en utökad administration för vårdgivare. Företrädare för HSN-förvaltningen menar att det är viktigt att motivera vårdgivaren att göra detta, för att t.ex. få en bättre kostnads-kontroll.

Iakttagelser:

- Det går att följa remisser i FUMS eftersom uppgift om remittent och leverantör registreras i FUMS. Det är dock inte möjligt att följa enstaka remisser.
- Alla uppgifter om medicinsk service finns inte med i FUMS, endast det som faktureras.
- För att kunna följa upp husläkarnas olika uppdrag ställs krav på utökad registrering fr.o.m. 2008. Det har inte framkommit om vårdgivare har fått lämna synpunkter inför förändringen eller om någon analys har gjorts av eventuella effekter för verksamheterna t.ex. i form av ökad tid för registrering och kontroll.

3.3.2 Bill

Bill är ett för Karolinska Universitetssjukhuset gemensamt debiterings- och faktureringsystem för medicinsk service. Lab, röntgen, klinisk fysik och operation är exempel på leverantörer av medicinsk service inom Karolinska. Omsättningen i Bill är ca 220 mkr per månad varav ca 150 mkr internt inom Karolinska¹³. Medicinsk service i Bill omfattar förutom tjänster inom laboriemedicin och bild och funktionsmedicin, även anestesi-, operations- och IVA-tjänster (intensivvård).

Ur Bill kan uppgifter hämtas för uppföljning av t.ex. kostnader per beställare, antal prover, typ av prover samt kostnaden per prov.

Uppgifter för upp- följning kan hämtas ur Bill

¹² Specifik kod för varje vårdenhet och remittent för registrering av uppgifter i landstingsgemensamma register, t.ex. som underlag för ersättning, remisser, provsvar etc.

¹³ Enligt Bills användardokumentation

4. De granskade enheterna

4.1 Vårdcentraler

4.1.1 Beskrivning av vårdcentralerna

Rotebro vårdcentral i Sollentuna har ca 11 000 personer listade på mottagningen. Vårdcentralens uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, läkarinsatser i särskilt boende och fotsjukvård. Omsättningen uppgick år 2006 till 21 mkr och antalet läkarbesök till 13 504. Antalet anställda (mätt i årsarbetare) uppgick till 20,1 varav 5,9 husläkare och 2,6 ST-läkare. På vårdcentralen finns ett närlabb som drivs av Aleris Medilab.

Norrvikens vårdcentral i Sollentuna kommun har ca 8 400 personer listade på mottagningen. Vårdcentralernas uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, fotsjukvård och psykosociala insatser. År 2006 uppgick omsättningen till 18 mkr och antalet läkarebesök till 9 700. Antalet anställda (mätt i årsarbetare) uppgick till totalt 19,6 varav 4,7 husläkare och 1,7 ST-läkare. På vårdcentralen finns ett närlabb som drivs av Aleris Medilab.

Torsviks vårdcentral i Lidingö kommun har ca 10 000 personer listade. Vårdcentralens uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, fotsjukvård och psykosociala insatser. Omsättningen uppgick år 2006 till 41 mkr (avser hela Lidingö primärvårdsenhet) och antalet läkarebesök på husläkarmottagningen till 15 013. Antalet anställda (mätt i årsarbetare) uppgick till 48,2 varav 5,8 husläkare och 1,7 ST-läkare. På vårdcentralen finns ett närlabb som drivs av Karolinska Universitetslaboratoriet.

S:t Eriks vårdcentral i Stockholms stad har ca 16 800 personer listade. Vårdcentralernas uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, läkarinsatser i särskilt boende, BVC fotsjukvård och psykosociala insatser. År 2006 uppgick omsättningen till 38 mkr och antalet läkarbesök till 24 468. Antalet anställda (mätt i årsarbetare) uppgick till totalt 40,8 varav 9 läkare och 3,9 utbildningsläkare. På vårdcentralen finns ett närlabb som drivs av Karolinska Universitetslaboratoriet.

Huddinge vårdcentral i Huddinge kommun har ca 19 000 personer listade. Vårdcentralernas uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, BVC, fotsjukvård och psykosociala insatser. Omsättning uppgick år 2006 till 43 mkr och antalet läkarbesök till 26 600. Antalet anställda (mätt i årsarbetare) uppgick till totalt 50,5, varav 11,3 läkare och 5 utbildningsläkare. Vårdcentralen har ett närlabb som drivs i egen regi. På vårdcentralen finns även röntgenverksamhet (skiktröntgen) som drivs av Karolinska Huddinge.

Vårby vårdcentral i Huddinge kommun har ca 10 000 personer listade. Vårdcentralernas uppdrag omfattar husläkarverksamhet, basal hemsjukvård, BVC, fotsjukvård och psykosociala insatser. År 2006 uppgick omsättningen till 22 mkr och antalet läkarbesök till 9 730 st. Antalet anställda uppgick till totalt 29,5 varav 7,1 läkare och 1,6 utbildningsläkare. Vårdcentralen har ett närlabb som drivs i egen regi.

Samtliga vårdcentraler, utom Vårby, hade år 2007 ett avtal med HSN enligt tidigare beskriven modell. Detta innebär att vårdcentralen hade kostnadsansvar för all basal medicinsk service, medan HSN hade kostnadsansvaret för all avancerad medicinsk service.

Vårby VC har kostnadsansvar för all medicinsk service 2007, övriga enbart för basal

Vårby vårdcentral hade år 2007 kostnadsansvar för all medicinsk service, dvs. även för den avancerade. För den basala medicinska servicen ersattes Vårby på samma sätt som övriga vårdcentraler. Därutöver fick Vårby en särskild ersättning för den avancerade medicinska servicen.

Under 2006 har vårdcentralerna haft kostnader för medicinsk service enligt nedanstående tabell. Uppgifterna är hämtade ur Ekonomisystemet Raindance.

Vårdcentral	Kostnad	Kostnad per läkarbesök	Andel radiologi och klinisk fysiologi
Rotebro	4 242 tkr	319 kr	50 %
Norrviken	3 251 tkr	335 kr	54 %
Torsvik ¹⁾	5 168 tkr	344 kr	57 %
S:t Erik	5 110 tkr	209 kr	51 %
Huddinge	4 884 tkr	184 kr	80 %
Vårby	1 529 tkr	145 kr	70 %

¹⁾ Avser hela Lidingö primärvårdsenhet och omfattar förutom vårdcentralen även en barnläkarmottagning, BVC, MVC och en rehabavdelning.

Huddinge och Vårby Vårdcentral driver närlaboratorier i egen regi, vilket innebär att kostnaderna för delar av den basala medicinska servicen inte ingår i ovanstående sammanställning. Detta kan också förklara en del av skillnaden i andelen radiologi och klinisk fysiologi i Huddinge och Vårby jämfört med de övriga vårdcentralerna.

4.1.2 Provtagningsprocessen

Provtagning sker på närlaboratorierna där också en del prover analyseras. De flesta proverna skickas dock iväg till större centrallaboratorier för analys, t.ex. till Aleris Medilab respektive till Karolinska Universitetslaboratoriet.

Utveckling mot att beställning och svar på labbprover alltmer skickas elektroniskt

En del av de granskade vårdcentralerna beställer labbprover genom elektronisk remiss, medan andra använder pappersremiss. Utvecklingen går dock mot att allt mer remisser och provsvar skickas elektroniskt, t.ex. har två av vårdcentralerna nyligen (för ca två-tre månader sedan) infört elektroniska remisser. Även om vårdcentralen använder elektroniska remisser kan fortfarande vissa remisser tas ut på papper, t.ex. akuta remisser som lämnas direkt till patienten. Analyssvaret för vissa prover lämnas både på papper och elektroniskt, t.ex. PAD (patologisk anatomisk diagnos), vissa serologiprover och en del andra speciella prover. Av intervjuerna framgår att även om beställning görs genom pappersremisser kan provsvaren komma både på papper och elektroniskt.

Röntgenundersökningar beställs via pappersremiss

När det gäller beställning av röntgenundersökningar använder samtliga vårdcentraler pappersremisser. Även svaren på undersökningen kommer på papper, vid behov av snabba svar kommer dessa via fax. Vårdcentralerna har olika röntgenleverantörer att välja mellan, dock under förutsättning att de är upphandlade av HSN. Detta innebär att man aktivt kan styra patienter till den röntgenverksamhet som t.ex. har de kortaste väntetiderna, lägsta priserna och/eller bästa servicen. Enligt uppgift är det stora prisskillnader mellan leverantörerna.

Iakttagelse:

- Utvecklingen går i riktning mot att allt fler beställningar och svar skickas elektroniskt.

Specifika riktlinjer för medicinsk service saknas hos flertalet vårdcentraler

4.1.3 Lokala riktlinjer för medicinsk service

Flertalet vårdcentraler anger att de inte har några särskilda dokumenterade riktlinjer när det gäller nyttjandet av medicinsk service, förutom i form av rekommendationer i vårdprogram. Flera vårdcentraler hänvisar även till den webbaserade informationsbanken VISS – (VårdInformation Stor-Stockholm) som bl.a. innehåller handläggningsrekommendationer i vårdprogram och omvårdnadsprogram. I labb-modulen finns, enligt uppgift, även exempel på prover som kan tas.

Flera vårdcentraler påpekar att det ligger i läkarnas profession och ansvar att avgöra vilken typ av behandling (inkl medicinsk service) som ska ges utifrån respektive patients behov. Vidare anger flera att det är tillåtet för utbildningsläkare att ta fler prover än andra för att lära sig och få en egen referensram.

En av vårdcentralerna har utformat egna regler eller direktiv när det gäller nyttjandet av medicinsk service, t ex har man en regel innebärande att underläkare inte utan att rådfråga sin handledare får beställa MR eller CT-undersökningar. När det gäller labbprover har vårdcentralen direktiv för att undvika onödiga prover.

Iakttagelse:

- Flera vårdcentraler använder den webbaserade informationsbanken VISS (VårdInformation StorStockholm).

4.1.4 Uppföljning av medicinsk service (ekonomi och volym)

Kostnaderna för medicinsk service följs månatligen upp i vårdcentralernas ordinarie ekonomiska uppföljning och sker i enlighet med SLSO:s direktiv och rutiner. Fyra av de granskade enheterna får stöd av en ekonom från SLSO för att göra uppföljningen. Vid ekonomiska avvikelser för den medicinska servicen informeras verksamhetschefen. En vårdcentral har en egen ekonom och vid en annan vårdcentral är det verksamhetschefen som genomför den ekonomiska uppföljningen.

Basal medicinsk service

Varierar hur ofta och vad som följs upp

Uppföljning av basal medicinsk service genomförs av samtliga granskade vårdcentraler. Tre vårdcentraler följer upp varje månad, en vårdcentraler tre gånger per år och två vårdcentraler två gånger per år.

Innehållet i uppföljningen varierar, några vårdcentraler följer enbart upp kostnaderna, medan andra följer upp såväl kostnaderna som antalet prover. Vid en vårdcentral ligger fokus på prover. Uppföljningarna görs dels totalt för vårdcentralen dels per läkare. Läkaren får se sin egen kostnad och/eller produktion, medan övriga läkares uppgifter i många fall är avidentifierade. Några vårdcentraler redovisar samtliga läkares uppgifter öppet. Kostnaderna följs ofta upp både per läkare och per besök.

Uppföljningen används bl.a. som underlag vid diskussion i läkargruppen

Uppföljningen per läkare används som förbättringsverktyg och diskuteras återkommande internt inom vårdcentralerna. Avvikelser mellan läkare analyseras. När det gäller provtagningen diskuteras bl.a. hur diagnoser/-prover fördelas mellan läkarna, om läkare tar olika prover för samma diagnos mm. Inom en av vårdcentralerna har man, enligt uppgift, stramat upp diskussionerna och styrt dessa mot vissa diagnosgrupper. Inom valda diagnosgrupper har diskussionerna bl.a. lett till att man i läkargruppen nått konsensus för hur provtagning ska ske och det gemensamma synsättet har sedan dokumenterats.

Uppföljningen av avancerad medicinsk service har intensifierats

Avancerad medicinsk service

Endast en av de granskade vårdcentralerna har kostnadsansvar för den avancerade medicinska servicen. Vid denna vårdcentral sker uppföljningen på motsvarande sätt som för den basala medicinska servicen. Även vid övriga vårdcentraler sker uppföljning av den avancerade medicinska servicen, i flera fall dock inte lika frekvent som när det gäller den basala medicinska servicen. Inför de förändringar i kostnadsansvaret som skett fr.o.m. år 2008 förefaller intensiteten i uppföljningen ha ökat.

Stora pris- skillnader för samma undersökning

Några vårdcentraler pekar på att kostnader och volymer för avancerad medicinsk service endast kan fås på vårdcentralnivå, eftersom det är vårdcentralens kombikod som används och inte respektive läkares. Enligt uppgift från HSN-förvaltningen ska det dock vara möjligt att ta fram uppgifter per remittent även när det gäller avancerad medicinsk service. Detta kräver dock särskilda körningar.

Även uppföljningen av den avancerade medicinska servicen diskuteras i läkargruppen. Ett par vårdcentraler pekar på att det dels är stora kostnader förknippade med många undersökningar, dels att det kan föreligga stora prisskillnader för samma undersökning varför det är väsentligt att prisskillnaderna går igenom och används t.ex. i handledning av nya läkare. Detta för att de ska få en uppfattning om vad olika undersökningar kostar.

Iakttagelser:

- Samtliga vårdcentraler följer upp nyttjandet av medicinsk service, det varierar dock mellan vårdcentralerna vad som följs upp och hur ofta uppföljning sker.
- Inför det ökade kostnadsansvaret för medicinsk service har vårdcentralerna påbörjat eller intensifierat uppföljningen av den avancerade medicinska servicen.
- Det föreligger vissa svårigheter att få fram uppgifter om avancerad medicinsk service per läkare.
- Det kan finnas stora prisskillnader för samma undersökning inom avancerad medicinsk service, vilket ställer krav på fördjupad uppföljning.

4.1.5 Hur håller vårdcentralen sig uppdaterad inom området medicinsk service?

Vårdcentralerna anger att de håller sig informerade om förändringar inom området medicinsk service bl.a. i samband med särskilda utbildningar för distriktsläkare, genom utbildningen "Laborera rätt och lagom", vid kurser och konferenser, informationsblad från laboratoriet samt andra informationsblad och tidskrifter, men också i diskussioner i läkargruppen.

4.1.6 Överföring av remisser mellan vårdgivare

Samtliga vårdcentraler har i samband med granskningen tagit upp behovet av att tydliggöra gränsen mellan primärvårdens och specialisternas ansvarsområde när det gäller medicinsk service. Idag upplevs gränsen som otydlig. Alla vårdcentraler påpekar unisont att det är nödvändigt att avtalen förtydligas så att alla vårdgivare vet vad som ingår inom respektive vårdgivares ansvar. Detta inte minst viktigt inför Vårdval Stockholm.

Alla intervjuade vårdcentraler har fått remisser från specialister som kräver specialundersökningar t.ex. MR-undersökning, innan de tar emot patienten. Det gäller framför allt ortopedi, men det finns även exempel från

Gränsen mellan primärvårdens och specialistens ansvar upplevs otydlig

hematologi, neurologi samt neurokirurgi. Enligt vårdcentralerna är det den som behöver undersökningen för att ställa diagnos som ska remittera patienten till undersökning, ta hand om svaret samt betala undersökningen. Flera intervjupersoner menar dessutom att primärvårdsläkarna inte har kompetens att analysera svaret på vissa undersökningar.

Vårdcentralerna har tacklat dessa problem på olika sätt. En vårdcentral har haft diskussion med HSN-förvaltningen som i sin tur skickat brev till berörd klinik. En annan vårdcentral har genom HSN-förvaltningen försökt få klarhet om vilka gränser som gäller, dock utan att få något svar.

Vidare har ett par vårdcentraler återsänt remisser och brevlades ifrågasatt specialistens rutin för remittering. Enligt en vårdcentral accepterar specialisten oftast vårdcentralens ställningstagande, men det har blivit svårare att få acceptans för synsättet att t.ex. en MR-undersökning om den ska utföras bör baseras på en organspecialists bedömning.

Överföringen av remisser mellan vårdgivaren har ökat det senaste året

Många vårdcentraler har valt att genomföra den undersökning som specialisten föreslår, bland annat med omtanke av patienten. Detta kan ha skett även om vårdcentralen inte bedömt undersökningen som nödvändig. Enligt vårdcentralerna har överföringen av remisser mellan vårdgivarna ökat det senaste året.

Iakttagelser:

- Det finns en konflikt mellan primärvården och specialisterna när det gäller vem som har ansvar för att genomföra och betala dyra undersökningar, t.ex. MR-undersökningar.
- Det finns risk för att konflikten fördjupas i samband med att vårdcentralerna får ta över delar av kostnadsansvaret för den avancerade medicinska servicen. Hittills har HSN haft hela kostnadsansvaret.
- Risk för att HSN får betala vissa undersökningar dubbelt, dels för undersökningen om den görs inom primärvården samtidigt som den ingår i DRG-ersättningen som kliniken/sjukhuset erhåller.
- Det varierar mellan vårdcentralerna hur man agerar när man får remisser från specialister som man bedömer ligger utanför primärvårdens ansvars- och kompetensområde.

4.2 Kliniker

4.2.1 Beskrivning av klinikerna

Karolinska Universitetssjukhuset

Hjärtkliniken finns lokaliserad i både Solna och Huddinge och omsättningen uppgick år 2006 till 395 mkr. Antal anställda (mätt i årsarbetare) uppgick i slutet av år 2006 till 288, varav 85 läkare. Av dessa var 35 utbildningsläkare. Under 2006 producerades 7 638 vårdtillfällen i slutenvård och 21 199 besök i öppen vård.

Neurologikliniken finns lokaliserad i både Solna och Huddinge och omsättningen uppgick år 2006 till 399 mkr. Antalet anställda uppgick i slutet av år 2006 till 350 varav 85 läkare. Av dessa var 28 utbildningsläkare. Under 2006 producerades 5 460 vårdtillfällen i slutenvård och 45 822 besök i öppen vård.

Södertälje sjukhus

Medicinkliniken hade år 2006 en omsättning på 144 mkr. Antal anställda (mätt i årsarbetare) uppgick år 2006 till totalt 153, varav 35 läkare. Av dessa var 20 utbildningsläkare. Under 2006 producerades 4 469 vårdtillfällen i slutenvård och 31 190 besök i öppen vård.

Kliniken för kirurgi, ortopedi och urologi hade år 2006 en omsättning på 216 mkr. Antalet anställda uppgick i slutet av år 2006 till 181,5, varav 35 läkare. Av dessa var 15 utbildningsläkare. Under 2006 producerades 3 396 vårdtillfällen i slutenvård och 37 748 besök i öppen vård.

Ersättningen för medicinsk service ingår i DRG-ersättningen

Medicinsk service ingår som en integrerad del i klinikernas diagnostisering och behandling av patienterna. Klinikerna erhåller ingen separat ersättning från beställarna för den medicinska service, utan denna ingår i DRG-ersättningen för respektive diagnosgrupp.

I nedanstående tabell redovisas 2006 års kostnader för medicinsk service. Uppgifterna är hämtade ur ekonomisystemet Raindance.

Klinik	Kostnad	Andel av klinikens totala kostnad
Hjärtkliniken	102 mkr	26%
Neurologikliniken	55 mkr	15%
Medicinkliniken	18 mkr	12%
Kliniken för kirurgi mm	28 mkr	13%

Klinikerna inom Karolinska köper i huvudsak medicinsk service internt inom sjukhuset. Det förekommer dock att undersökningar inkl. undersökningar med magnetröntgen (MR) köps externt. Av intervjuerna framgår att Karolinska har för liten kapacitet när det gäller MR för hjärtdiagnostik och att sjukhuset saknar tillräckligt med röntgenpersonal för att genomföra undersökningar inom rimlig tid för patienterna. Internt inom klinikerna finns även egen verksamhet för medicinsk service. Inom hjärtkliniken finns tre elektrofysiologilab och inom Neurologikliniken finns ett specialliquorlab.

Södertälje köper sina kemiska laboratorietjänster av Karolinska Universitetslaboratoriet som har en filial på sjukhuset. När det gäller röntgen har sjukhuset egen verksamhet. Endast ett fåtal patienter behöver skickas vidare för undersökning till t.ex. Karolinska Huddinge.

Beställning och svar skickas i huvudsak elektroniskt

4.2.2 Provtagningsprocessen

Provtagning inom öppenvården beställs genom remiss till särskild provtagningsenhet på sjukhuset eller till provtagningsenhet på vårdcentral. Inom slutenvården sker provtagningen på avdelningen. Beställning sker i huvudsak genom elektronisk remiss och provsvaren kommer elektroniskt. När det gäller patologi och cytologi kommer provsvaren även på papper. Remisser skickas på papper till enheter som inte kan ta emot elektroniska remisser, t ex till enheter som inte använder samma journalsystem som Karolinska och Södertälje sjukhus, dvs. Take Care.

Beställning av röntgenundersökningar sker också i huvudsak genom elektronisk remiss och svaren på undersökningarna delges elektroniskt.

Iakttagelser:

- Beställning och svar skickas i huvudsak elektroniskt. Pappersremisser skickas till enheter som inte kan ta emot elektronisk remiss.

Inga specifika regler för medicinsk service, ingår i vårdprogram för resp. sjukdomsgrupp

4.2.3 Lokala rutiner för medicinsk service

Klinikerna anger att man inte har några särskilda regler eller riktlinjer när det gäller medicinsk service. Den medicinska servicen är integrerad i diagnostiken och behandlingen av sjukdomar och skador och ingår som en naturlig del i vårdprogram och riktlinjer, såväl lokala som nationella och internationella.

Som exempel kan nämnas att det inom den neurologiska kliniken finns ett medicinskt ledningssystem som innehåller vårdprogram och anvisningar för olika delområden, t.ex. stroke och epilepsi, som omprövas med 1-2 års intervall (bäst-före-datum). Inom varje delområde finns ansvariga som bl.a. ser till att det medicinska ledningssystemet uppdateras vid behov.

Inom Södertälje sjukhus har man utvecklat ett antal lokala vårdprogram bl.a. för djup ventrombos och demens. Dessutom pågår diskussioner om att utveckla vårdprogram tillsammans med primärvården. Vid en av klinikerna har man ökat närvaron av överläkare på avdelningarna som stöd för underläkarna i deras arbete så att t.ex. inga onödiga undersökningar görs.

Iakttagelse:

- Klinikerna har inga specifika regler för nyttjandet av medicinsk service. Medicinsk service ingår som en del i utredning och behandling och omfattas av gällande vårdprogram och riktlinjer för respektive sjukdomsgrupp.

4.2.4 Uppföljning av medicinsk service

Kostnaderna för medicinsk service följs månatligen upp i klinikernas ordinarie ekonomiska uppföljning och sker i enlighet med respektive organisations direktiv och rutiner. Samtliga kliniker har en controller som stöd vid uppföljningen och som informerar verksamhetschefen vid avvikelser av kostnaderna för medicinsk service jämfört med budgeten. Detta kan i sin tur leda till att man gör fördjupad uppföljning för att utröna orsaken till att kostnaderna ökat mer än förväntat.

Karolinskas uppföljning har haft fokus på externa kostnader

Inom Karolinska anges att uppföljningen tidigare haft fokus på externa kostnader, vilket inneburit att kostnaderna för köpt medicinsk service internt inom Karolinska inte följts upp i någon större omfattning. Enligt sjukhusets ekonomiavdelningen ska detta ses mot bakgrund av att sjukhuset i samband med sammanslagningen av tidigare Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset fick i uppdrag att sänka kostnadsnivån med ca 600 mkr. Sjukhusets kliniker har numera nya direktiv innebärande att även interna kostnader ska följas upp regelbundet.

Ingen specifik uppföljning sker av medicinsk service

En mer specifik uppföljning av medicinsk service sker ej på de granskade klinikerna. I samband med diagnos och behandling diskuteras dock prover och undersökningar löpande, bl.a. i samband med rondan. Av intervjuerna framgår att den medicinska servicen är integrerad i behandlingen av patienten och det ligger i professionens ansvar att ständigt söka lösningar på problemen.

En klinik påpekade att en viktig form av uppföljning av medicinsk service ligger i klinikernas rapportering till olika nationella kvalitetsregister och i analysen av klinikens utfallet i förhållande till ett riksgenomsnitt.

En av klinikerna vid Södertälje sjukhus informerade om att klinikens kostnader för vissa prover, framför allt när det gäller cytologi och patologi, ökat. Kostnadsökningen förklaras framför allt av prisökningar.

Iakttagelser:

- Någon specifik uppföljning av kostnader och volymer för medicinsk service görs ej utan ingår som en del i den ordinarie uppföljningen klinikens ekonomi och verksamhet.
- Medicinsk service är en integrerad del i utredningen och behandlingen av sjukdomar och skador. Diskussioner sker löpande t.ex. i samband med rondverksamhet.
- Karolinska har tidigare inte prioriterat uppföljningen av interna kostnader, t.ex. interna köp av medicinsk service. Klinikerna har dock fått nya direktiv innebärande att även interna kostnader ska följas upp regelbundet.

4.2.5 Hur håller kliniken sig uppdaterad inom området medicinsk service

Klinikerna anger att de håller sig informerade om förändringar inom området medicinsk service bl.a. genom att delta i symposier och kongresser, fortbildningar och genom att ta del av aktuella rapporter, avhandlingar mm. Inom Karolinska pågår olika forskningsprojekt och klinikerna anger att man har stor vana av att inhämta ny kunskap.

4.2.6 Överföring av remisser mellan vårdgivare

Klinikerna på sjukhusen har inte noterat någon förändring när det gäller remisser till och från vårdcentralerna. Enligt en av intervjupersonerna har möjligen vårdcentralerna blivit något mindre benägna att på egna initiativ ta prover eller genomföra undersökningar innan patienten kommer till kliniken.

4.3 HSN

4.3.1 Uppföljning av medicinsk service

Enligt beslut i Landstingsfullmäktige 2004 infördes betalningsansvar för basal medicinsk service för vårdcentralerna. Vårdcentralerna ersattes per listad patient och per besök för sina kostnader. Dåvarande Beställarkontor Vård (numera HSN-förvaltningen) gjorde 2005 en kartläggning av klinisk laboratoriemedicin i närsjukvårdsperspektiv. Kartläggningen omfattade bl.a. bemanning, öppethållande, sortiment och kvalitetsarbete vid när-laboratorierna. Kartläggningen visade bl.a. att många vårdcentraler har infört eller planerade att införa patientnära laboratorier för att minska kostnaderna och att betalningsansvaret har gett vårdcentralerna möjlighet att påverka kostnaden genom att förändra vilka prover som tas¹⁴.

¹⁴ Rapport klinisk laboratoriemedicin i närsjukvårdsperspektiv en kartläggning (2005)

Fokus har varit på ekonomi och prognoser

Uppföljning av medicinsk service görs med hjälp av underlag från ekonomisystemet Raundance eller FUMS. Företrädare för HSN-förvaltningen menar att fokus på uppföljningen hittills har legat på ekonomi och prognoser.

Uppföljning sker av fyra olika avdelningar

Ansvar för uppföljning av medicinsk service har fördelats mellan fyra avdelningar inom HSN-förvaltningen:

- Avdelningen för utveckling och uppföljnings (UU-avdelningens) ansvar omfattar uppföljning på övergripande nivå och utveckling av modeller samt metoder för att förbättra arbetet. UU-avdelningen tar t.ex. fram pivottabeller med uppföljningsinformation som gör det möjligt att analysera kostnad per vårdgivare och nyttjade laboratorie-/röntgentjänster per åtgärd. Pivottabellerna används av beställaravdelningarna i deras uppföljning.
- Avdelningen för särskilda vårdfrågor ansvarar för uppföljning av leverantörer av medicinsk service samt för upphandling och avtal av vårdgivare inom medicinsk serviceområdet. Enheten för ARV-Ambulans-Medicinsk service (A/A/M) följer upp avtalsrelationerna med leverantörer av medicinsk service. A/A/M:s uppföljningen består dels av att årligen följa upp leverantörerna, dels fördjupade uppföljningar inom specifikt område, t.ex. om man fått signaler om att rutinerna hos någon leverantör inte fungerar bra t.ex. att man har slarvat bort remisser eller provsvar. Rykten, att någon är frikostig med läkemedel/ undersökningar, okloka prisbilder är andra signaler som motiverar fördjupad uppföljning. Djupdykningar görs när det uppstått problem eller om patienterna utsätts för risker. Genom granskningarna uppmärksammar man branschen om att man genomför kontroller när allt inte står rätt till.
- Avdelningen för somatisk specialistvård (SSV-avdelningen) ansvarar för uppföljning av medicinsk service som avser privata specialister samt för enstaka mottagningar som får extra ersättning för provtagning utöver DRG-ersättningen. Ingen uppföljning av medicinsk service per vårdgivare vid sjukhus eller större privata vårdgivare har gjorts hittills. Avtal följs upp månadsvis, men där är inte medicinsk service särredovisad.
- Avdelningen för närsjukvård ansvarar för uppföljning av medicinsk service för husläkare, geriatrik, psykiatri och närakuter m.fl. områden inom närsjukvården. Uppföljning av beställarens kostnader för avancerad medicinsk service görs inte regelbundet förutom i budgetprocessen och inför förhandlingar med vårdgivare. Jämförelser görs med budget och besöksutvecklingen. Det finns budget per vårdcentral för medicinsk service. Under 2007 har förberedelserna inför Vårdval Stockholm inneburit att

fördjupad uppföljning av t.ex. medicinsk service inte har hunnits med.

Svårt att få en totalbild över kostnaderna

Ekonomer på HSN-förvaltningen menar att det inte går att få någon totalbild över kostnaderna för medicinsk service. En anledning är att många vårdcentraler har egna närlaboratorier vars kostnader och provtagningsvolymerna inte fångas upp i FUMS. Närlaboratorierna försvårar också jämförelser mellan vårdcentralerna då kostnaderna för närlaboratorierna inte bokförs som medicinsk service utan som personalkostnader, materialkostnader mm.

Medicinsk service har inte varit ett prioriterat område

Medicinsk service har tidigare inte varit ett prioriterat område för verksamhetsuppföljning och analys av t.ex. effekter. En tidigare genomförd uppföljning visade inte på att vårdgivare i norra länet, som hade medicinsk service som en fri nyttighet, hade högre kostnader för medicinsk service än vårdcentraler som hade kostnadsansvar för dessa tjänster. Övervältring av kostnader för medicinsk service mellan vårdgivare är en fråga som diskuteras, men någon uppföljning om så är fallet har inte skett. Enligt uppgifter saknas f.n. generell metod och systemstöd för uppföljning av effekter, t.ex. av remitteringsmönster.

Kartläggning av området medicinsk service pågår inom HSN-förvaltningen

Sedan hösten 2007 bedrivs ett särskilt projekt där samtliga avdelningar inom HSN-förvaltningen ingår. Resultaten hittills av projektet är en kartläggning av området, t.ex. hur kostnadsansvaret är fördelat mellan vårdgivare och HSN och ansvarsfördelningen mellan olika avdelningar. Projektgruppen har tagit upp flera problem och förbättringsområden. Ett stort problem är att det inte går att kontrollera prisutvecklingen och hur priser hanteras och prissätts i FUMS, vilket bl.a. innebär svårigheter att förklara kostnadsutvecklingen. Vidare pekar gruppen på brister i informationen och kontrollen av medicinsk service. Projektgruppens arbete ska vara klart i januari 2008 och återrapporteras till HSN.

I granskningen har samtliga vårdcentraler påpekat att det finns en risk för övervältring av avancerad provtagning från sjukhus och specialistläkare till vårdcentraler p.g.a. olika ersättningsmodeller för avancerad medicinsk service. Det har inte framkommit att HSN-förvaltningen fått signaler om detta.

Tecken finns på viss övervältring av viss provtagning

HSN-förvaltningen har däremot påpekat att det finns tecken på att en viss övervältring av viss provtagning från primärvården till privata specialister. Uppgifterna kommer, enligt tjänstemännen, från ett antal privatläkare och avser dyrare undersökningar som endoskopi, gastroskopi och koloskopi. Privatläkare som arvoderas enligt nationella taxan har detta som en fri nyttighet, medan alla vårdcentraler inte har haft det som fri nyttighet under 2007. Från 2008 betalar vårdcentralen 20 % av den avancerade medicinska servicen. Enligt privatläkarna skickas patienten från primärvården till den privata läkaren för att undersökningen ska göras, därefter ska patienten komma tillbaka till vårdcentralen. HSN-förvaltningen menar att privatläkaren ska ta över patientansvaret i och med undersökningen.

Iakttagelser:

- Uppföljningen av medicinsk service är i stor utsträckning fortfarande uppdelad mellan ekonomi och verksamhet.
- Uppföljning av kostnader på övergripande nivå sker löpande.
- Uppföljning av medicinsk service skiljer sig mellan beställaravdelningarna och en orsak kan vara de olika ersättningsmodellerna.
- Uppföljning av verksamhet, t.ex. effekter för patienten har inte prioriterats.
- Det saknas överblick och till viss del samordning av uppföljning och analys av medicinsk service i och med att flera avdelningar är involverade. HSN-förvaltningen har uppmärksammat bristen själva i och med att översynen har initierats.

5. Iakttagelser och kommentarer

Saknas en samlad bild över landstingets kostnader och volymer för medicinsk service

Det är svårt att få en bild över totala kostnaderna för medicinsk service

Det är svårt att få en bild över landstingets kostnader och volymer för medicinsk service då ansvaret är splittrat på beställaren och respektive vårdgivare. Genom landstingets faktureringsystem för medicinsk service, FUMS, kan dock uppgifter tas fram om fakturering av medicinsk service mellan vårdgivare och leverantör. Dock ingår inte alla kostnader för medicinsk service i FUMS, t.ex. inte kostnader för medicinsk service som drivs internt inom en klinik eller vårdcentral, t.ex. närlabb. I dessa fall bokförs kostnaderna som personalkostnader, materialkostnader etc. FUMS innehåller heller inte kostnader för medicinsk service inom den DRG-ersatta vården. Ytterligare en faktor som gör det svårt att beräkna kostnaderna för medicinsk service är att gränsen mellan diagnostik och behandling har blivit mer otydlig framför allt inom sjukhusen.

Det finns flera modeller för styrning av kostnaderna för medicinsk service. Inför 2008 har dock en gemensam modell införts för husläkarmottagningarna

Det finns flera modeller för styrning av kostnaderna för medicinsk service

Inom landstinget finns olika modeller för utfördelning av kostnadsansvaret för medicinsk service. Sjukhusen har t.ex. kostnadsansvar för all medicinsk service medan privata specialister som går på nationella taxan har medicinsk service som fri nyttighet.

Inom primärvården har tidigare olika modeller för att fördela kostnadsansvaret använts. Skillnaderna beror framför allt på hur de tidigare sjukvårdsområdena hanterat frågan, t.ex. har husläkarmottagningar i sydvästra länet haft kostnadsansvaret för all medicinsk service, medan andra t.ex. i norra länet haft medicinsk service som en fri nyttighet. I och med införandet av en enhetlig ersättningsmodell år 2005 har kostnads-

ansvaret successivt ändrats i syfte att ha enhetliga krav. I vilken takt detta har skett har bl.a. berott på när avtalen löpt ut.

Fr.o.m. år 2008 har alla husläkarmottagningar samma ansvar när det gäller medicinsk service, dvs. har kostnadsansvar för all basal medicinsk service och 20% av avancerad medicinsk service.

Ökat kostnadsansvar för husläkarmottagningar, oklart varför 20%

Anledningen till att HSN nu överför en del av kostnadsansvaret för den avancerade medicinska servicen till primärvården är att man vill öka kostnadsmedvetandet. Syftet är att ge ekonomiska incitament för ett kostnadseffektivt utnyttjande av tjänsterna. Det är då viktigt att se till att de ekonomiska incitamenten inte motverkar ett önskvärt beteende hos vårdgivarna. Det framgår inte varför HSN valt att utfördela just 20 % av kostnadsansvaret. Det är också oklart på vilken grund den valda andelen baseras. Någon utredning om olika alternativ och beräkning av eventuella effekter av förändringen förefaller inte ha genomförts.

Effekterna av ökat kostnadsansvar för medicinsk service måste följas upp

Att man inom landstinget använder olika modeller för att fördela kostnadsansvaret för medicinsk service kan leda till oönskade effekter t.ex. i form av remittering till annan vårdgivare när det gäller dyrare prover eller undersökningar. Vi har i granskning fått signaler som tyder på att detta förekommer. Det är därför väsentligt att HSN följer upp och analyserar effekterna av förändringen av kostnadsansvaret bl.a. när det gäller remisshanteringen.

Det är också viktigt att följa upp nyttjandet av medicinsk service för att säkerställa att ett ökat kostnadsansvar inte leder till att man av ekonomiska skäl avstår för att göra vissa dyrare men för patienten nödvändiga undersökningar. Täcker t.ex. ersättningen från HSN vårdcentralernas kostnad för avancerad medicinsk service eller innebär den i realiteten en besparing?

Finns tecken på övervältring av remisser på dyrare undersökning mellan vårdgivare

Det finns tecken som tyder på att övervältring sker av remisser och kostnader

Samtliga vårdcentraler har vid intervjuerna tagit upp att man fått remisser på dyrare undersökningar t.ex. MR som specialister vill att vårdcentralerna ska göra innan man tar emot patienten. Vi har också tagit del av exempel på sådana remisser. Enligt vårdcentralerna kommer remisserna framför allt från ortopedier. En del remisser avser undersökningar som vårdcentralerna anser ligga utanför primärvårdens ansvars- och kompetensområde. Hittills har tjänster inom medicinsk radiologi varit fri nyttighet för vårdcentralerna, vilket kan ha inneburit att många vårdcentraler accepterat att genomföra undersökningarna. När verksamheterna nu tar över ett kostnadsansvar för delar av den avancerade medicinska servicen kan det leda till att vårdcentralerna inte längre är lika benägna att stå för undersökningen.

Enligt HSN-förvaltningen finns det också tecken på att det sker en övervältring av vissa dyrare undersökningar, t.ex. endoskopi, från vårdcentralerna till privata specialister (nationella taxan) som har medicinsk service som en fri nyttighet.

Överföringen av remisser mellan vårdgivarna kan leda till att HSN får betala vissa undersökningar två gånger, dels den undersökning som genomförs av primärvården (80% av kostnaden), dels i den schabloniserade DRG-ersättningen till specialisten.

Vem som har ansvar för olika undersökningar måste tydliggöras

Det kan finnas en otydlighet angående vem som har patientansvaret om t.ex. en specialist remitterar patient till vårdcentralen för undersökning för att därefter ta tillbaka patienten. Det är viktigt att HSN i avtalen eller andra styrdokument tydliggör vilket ansvar för undersökningar som ska ligga på primärvården respektive på specialisten. Det är väsentligt att patienterna inte kommer i kläm mellan vårdgivarna och därmed åsamkas längre väntetid till undersökning och eventuell behandling.

HSN förefaller hittills inte gjort någon utredning om effekterna av olika ersättningsmodeller, t.ex. när det gäller övervältringar och underremitteringar.

Vårdgivarnas uppföljning av kostnader och volymer medicinsk service

Uppföljning av medicinsk service sker regelbundet av vårdcentralerna. Det varierar dock när det gäller vad som följs upp och hur ofta uppföljning sker. Uppföljningen av nyttjandet av medicinsk service diskuteras återkommande internt inom vårdcentralerna i syfte att lära av varandra och förbättra nyttjandet av medicinsk service. Inför det ökade kostnadsansvaret för medicinsk service har vårdcentralerna också påbörjat eller intensifierat uppföljningen av den avancerade medicinska servicen

Vårdcentralerna bör fortsatt prioritera uppföljningen av medicinsk service

Det är positivt att vårdcentralerna tar fram uppgifter ur FUMS för att följa upp nyttjandet av medicinsk service, dels för att respektive läkare ska kunna följa upp och analysera sina egna beställningar, dels som underlag för diskussioner i läkargruppen. Det är väsentligt att vårdcentralerna även fortsättningsvis prioriterar detta arbete.

Inom klinikerna sker ingen separat uppföljning av nyttjandet av medicinsk service utan detta sker i samband med den ordinarie ekonomiska uppföljningen. Medicinsk service ingår som en integrerad del i utredningen och behandlingen av patienten och diskussioner sker löpande bl.a. i samband med rondverksamheten. Tidigare har uppföljning av interna kostnader inte varit ett prioriterat område inom Karolinska. Den interna försäljningen av medicinsk service är omfattande varför det är väsentligt att sjukhuset följer upp och analyserar dessa kostnader.

**HSN:s uppföljning
behöver förbättras
– projekt pågår**

HSN:s uppföljning av medicinsk service behöver utvecklas

HSN-förvaltningens uppföljning har framför allt haft fokus på ekonomi. Uppföljning av verksamhet och analys av effekter har inte varit prioriterade områden. Uppföljning sker på fler enheter inom HSN-förvaltningen, genom leverantörsuppföljning, ekonomisk uppföljning och genom avtalsuppföljning. Det har till stor del saknats en samordning av uppföljningen och analysen av medicinsk service, vilket medfört att det saknas en samlad bild över området. HSN-förvaltningen har själva uppmärksammat bristen och en översyn har initierats.

Det är positivt att HSN-förvaltningen initierat ett projekt för att se över förvaltningens samlade arbete inom området medicinsk service. Det är viktigt att man skapar en modell för en regelbunden samordning av de olika enheternas uppföljningar och analyser, inte minst när det gäller att bedöma effekterna av dels det ändrade kostnadsansvaret för avancerad medicinsk service, dels den ersättning som utgår för medicinsk service.

**HSN måste
säkerställa att
prisuppgifterna i
FUMS är korrekta**

I översynen har HSN-förvaltningen identifierat flera problem och förbättringsområden, bl.a. svårigheter att kontrollera prisnivåer och hur priser sätts i FUMS. Detta är oroande och ett område som måste prioriteras i det fortsatta arbetet. Det är viktigt att HSN säkerställer att rätt prisuppgifter finns i FUMS-systemet. Några intervjupersoner har i granskningen pekat på svårigheterna att ha kontroll över vad olika undersökningar kostar. Det är omfattande prislister och det kan vara stora prisskillnader för samma undersökning. Det är i det sammanhanget viktigt att man kan lita på att de prisuppgifter som finns i FUMS överensstämmer med gällande prislister. En utredning om detta vore önskvärd.

Enligt avtalen har HSN rätt att granska vårdgivarens nyttjande av medicinsk service om vårdgivarens nyttjande väsentligt och omotiverat överstiger andra vårdgivares nyttjande. HSN har dock inte följt upp vårdgivarnas förbrukning av medicinsk service i någon större omfattning.

Effektivisering genom digital överföring av information

Medicinsk service har under senare år genomgått stora förändringar, inte bara vetenskapligt, utan även tekniskt. Idag ställs stora krav från användarna, klinikerna och behandlande instanser, att ha digitala resultat lätt tillgängliga för att skapa en snabb, säker och korrekt diagnos så att patientens behandling kan startas utan dröjsmål. För detta krävs en samordning av de olika IT-systemen inom landstinget; att både sjukhus och primärvård kan hämta information i gemensamma databaser. Alla verksamhetsområden inom medicinsk service är beroende av ett väl utvecklat och säkert datanät för att underlätta både text- och bildhantering till remittenterna.

**Krävs samordning
av olika system
för att underlätta
elektroniska
remisser och svar**

Stor tidsbesparing kan ske genom att använda gemensamma databaser och system som kan söka prov- och undersökningsresultat i flera databaser samtidigt. Det blir enklare för patienterna om behandlande läkare inte måste

invänta provsvar per post eller fax. Risken för missförstånd och förväxlingar minskar också betydligt vid användande av elektroniska remisser och digital svarshantering.

Vid granskningen har vi noterat att det vid de granskade vårdcentralerna sker en utveckling i riktning mot att beställning av labbprover alltmer sker genom elektroniska remisser. När det gäller beställning av röntgen förefaller det fortfarande vara vanligast med pappersremisser. Inom de granskade sjukhusen, sker beställning och provsvar i huvudsak elektroniskt. Pappersremisser används till verksamheter som inte kan ta emot elektroniska remisser.

Inom Stockholms läns landsting finns fortfarande olika journalsystem som inte kan kommunicera med varandra, vilket bl.a. innebär att elektronisk remiss- och provsvarshantering inte kan användas fullt ut. Även sekretessfrågan begränsar användningen eftersom lagstiftningen än så länge endast tillåter att journaler kan läsas inom en och samma vårdgivare.


Christin Huring
Projektledare