Region Stockholm

22

Yttrande över regionrevisorernas projektrapport nr 4/2021 – Avtalskonstruktioner för samverkan i nätverk runt patient

HSN 2021-2101

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Utredning och beställarstöd
Marie Hellström

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-12-17

HSN 2021-2101

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas projektrapport nr 4/2021 – Avtalskonstruktioner för samverkan i nätverk runt patient

Ärendebeskrivning

Revisorernas samlade bedömning är att vårdavtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller inte ger tillräckliga förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten. Förutom styrning i vårdavtalen finns en övergripande kompletterande styrning av samverkan. Revisorerna ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som uppdragen i vårdavtalen gör.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas projektrapport nr 4/2021

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

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

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Revisorerna i revisionsgrupp II har överlämnat en projektrapport, Avtalskonstruktioner för samverkan i nätverk runt patient, för yttrande senast den 25 januari 2022. Utgångspunkten för rapporten är att Framtidens hälso- och sjukvård, Framtidsplanen, har inneburit förflyttning av vård från akutsjukhusen till den specialiserade öppenvården med en mängd vårdgivare i olika former av vårdavtal. I omhändertagandet av patienten ska vårdgivare, i enlighet med Framtidsplanens intentioner,

arbeta i nätverk runt patienten för att bland annat uppnå effektiv vård och samverkan mellan vårdgivare på olika vårdnivåer. Vidare ska vårdavtalen utvecklas för att möjliggöra och ställa krav på denna samverkan.

Revisorerna bedömer att det finns risk att nödvändiga åtgärder inte vidtagits för att säkerställa att vårdavtalens konstruktioner och ersättningsmodeller skapar incitamentsstrukturer som ger förutsättningar för samverkan i nätverk runt patient.

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

- analysera i vilken utsträckning de incitament som används i vårdavtal får avsedd effekt på patientflödena och samverkan mellan vårdgivare

Överväganden
I en vårdstruktur med ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud med många vårdgivare inom flera avtalsområden samt på olika vårdnivåer finns utmaningar i att säkerställa samverkan i nätverk med och runt patient. Utöver det finns det också behov av samverkan med kommunala vård- och omsorgsgivare utifrån ett patientperspektiv.

I projektrapporten beskriver revisorerna att betydelsen av krav på samverkan i uppdragsbeskrivningar och ersättningsmodeller i vårdavtal har tonats ned under senare år. Istället för att styra samverkan i vårdavtal, som var ambitionen enligt Framtidsplanen, sker detta nu i högre grad med hjälp av övergripande styrning så som via primärvårdsstrategin eller genom geografiska principer för en mer samverkansorienterad vård mellan vårdgivare med den husläkarverksamhet som har samordningsansvar. Revisorerna ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som krav i vårdavtalen gör.

Förvaltningen menar att samverkan är komplext och behöver därmed utvecklas samt förbättras utifrån olika perspektiv och med olika metoder av styrning; det som stipuleras som krav i vårdavtal, det som möjliggörs genom inriktningen i primärvårdstrategin, via samverkan som utgår från geografisk grund med samordnande husläkarmottagningar tillsammans med olika vårdgivare, i dialog mellan vårdgivare samt utifrån den enskilde patientens process i vården.

Återkommande frågeställningar i projektrapporten handlar om hur incitament skapas i specifika vårdavtal för att förbättra samverkan mellan vårdgivare. Förvaltningen bedömer att krav på samverkan behöver åstadkommas och säkerställas med olika styrinatser via vårdavtal och där

de samlade styrinsatserna – uppdragsbeskrivningens utformning, ersättningsmodellen, ersättningsnivåer och uppföljningsmodellen – utgör en helhet utan motsatsställning.

Vårdavtalens uppdragsbeskrivningar för samverkan
Varje enskilt avtalsområde värderas, planeras och styrs utifrån målsättningar och strategisk inriktning på systemnivå och avtalsområdesnivå och med hänsyn till den kontext som den övriga vårdstrukturen utgör. Därav kan vårdavtalens uppdragsbeskrivningar skilja sig åt mellan olika avtalsområden, vilket ger en varierad grad av krav och incitament för till exempel samverkan mellan vårdgivare och vårdnivåer.

Det primära för samverkan är att i vårdavtal ställa krav på densamma i uppdragsbeskrivningen. Kraven på samverkan och samordningsansvar i vårdavtal är oftast formulerade så att de blir av i skrivningar av generell karaktär. Utformningen gällande samverkan blir därför i vissa fall otydlig.

Förvaltningen delar revisorernas bedömning att det finns en risk att olika krav, och ibland vaga krav, i vårdavtal inte främjar samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Kraven på samverkan inom olika avtalsområden behöver succesivt ensas så att de blir mer kompatibla, främst med avtalsområden som har närliggande uppdrag, och inte hindrar sitt syfte. Kraven i vårdavtal behöver preciseras med vilken samverkan som avses och vilka effekter som ska uppnås. Med krav av allt för generell karaktär finns det inget att styra emot och det blir svårt att följa upp, utvärdera och säkerställa förbättringar.

I en vårdstruktur med många inblandade vårdgivare på flera vårdnivåer medför det att antalet vårdövergångar för patienten ökar. Därför finns det behov av att addera styrning via krav i vårdavtal med stödsystem i syfte att stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårduppdrag.

I en sammanhållen vård behöver vårdgivare agera koordinerat utifrån var patienten befinner sig i sin vårdprocess. Även om en enskild vårdgivare har patienten i fokus innebär patientens övergång från en vårdgivare till en annan en risk för patientsäkerheten. Samverkan vid vårdens övergångar stöds idag bland annat genom kunskapsstöd som Hänvisningsstödet och informationstjänsten Utbudstjänsten och samverkansstödet Web Care/LifeCare. Det gör att gränssnitten mellan vårdgivare, vårdnivåer och mellan huvudmän och deras ansvar har blivit tydligare. Information som tillhandahålls i stödsystemen blir mer samstämmig och det blir lättare att hjälpa patienten att navigera i vården. Vårdgivarnas möjligheter att få kontakt med varandra och bli hittade av andra förbättras.

Ett utvecklingsarbete pågår genom bland annat Hänvisningsstödet för att utforma en tydlig process för patientens vårdövergångar

(hänvisning/inskrivning, remittering och utskrivning) för att bättre säkerställa att patientens vård inte stannar av vid övergången från en vårdgivare till en annan. Syftet är att underlätta för vårdgivare att samverka, och öka kontinuitet samt effektivitet, till nytta för såväl patient som vårdgivare.

Ersättningsmodellernas påverkan på samverkan
För varje enskilt avtalsområde är det uppdragsbeskrivningens utformning och avgränsning som utgör grunden för vilken ersättningsmodell som skapas och hur ersättningsnivåer fastställs i vårdavtal.

Ersättningsmodeller generellt stimulerar inte till samverkan. Modellernas basala uppgift är att fördela tillgängliga finansiella resurser utifrån kraven i uppdragsbeskrivningen, utan att hindra deras intentioner. Modellerna reglerar under vilka förutsättningar ersättning ska utbetalas ut.

Ersättningsnivåerna, som bestämmer storleken på utbetalning (till exempel för olika vårdkontakter av samverkan) är en separat styrinsats, med ett nära samband med ersättningsmodeller. Ersättningsnivåerna har betydelse för att påverka vårdens innehåll och prestationer.

Ersättningsmodeller och ersättningsnivåer kan skilja sig åt mellan olika avtalsområden samt vårdnivåer och det riskerar att bli otydligt under vilka former som samverkan kan rapporteras och ersättas. Förutsättningarna i vården förändras ständigt vilket medför att vårdavtal och därmed även ersättningsmodeller och ersättningsnivåer behöver ses över och anpassas för att fylla sina syften.

Revisorernas bedömer att det behövs utvärderingar av i vilken utsträckning olika ersättningsmodeller och/eller ersättningsnivåer påverkar vårdgivarna att samverka. Vidare bedömer revisorerna att vårdavtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller inte ger tillräckliga förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten.

Förvaltningen delar revisorernas bedömning. För att åstadkomma samverkan med och runt patienten behöver kombinationer av olika styrinsatser användas och de samlade styrinsatserna ska utgöra en helhet. Krav i vårdavtal med olika incitament är ett stöd i styrningen, men åstadkommer inte per automatik effekter utan kompletterande verktyg och metoder för att åstadkomma en ändamålsenlig samverkan ur ett patientperspektiv.

Uppföljning och analys av incitamentens effekter för samverkan
Revisorerna har i tidigare rekommendation (rapport 3/2019) belyst vikten av att analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare. Revisorerna hänvisar till den rekommendationen med tillägg att även analyser av i vilken utsträckning de incitament som används i vårdavtal får avsedd effekt på samverkan mellan vårdgivare behövs.

Förvaltningen delar revisorernas rekommendationer. Ett systematiskt arbete och analyser krävs för att värdera om incitamenten i vårdavtal får avsedd effekt på samverkan. Uppföljning på såväl avtalsnivå, som avtalsområdesnivå och systemnivå är en förutsättning för att kunna utvärdera samverkan mellan vårdgivare.

Styrning i hela avtalskonstruktionen behöver ses över så att samtliga styrinsatser för ett avtalsområde kan koordineras och risker för oönskade bieffekter minimeras, totalt sett samt ur hela vårdsystemets perspektiv. Generellt finns risker att styrningen inom ett avtalsområde kan ge en snedvridning inom ett annat avtalsområde, om inte helheten i styrningen beaktas.

I detta avseende har förvaltningen en utmaning i att det inte finns något stödsystem för sammanhållen avtalsförvaltning. En bred flora av IT-system ingår i processen med hantering av vårdavtal, utan att dessa är sammankopplade på ett effektivt sätt och många moment måste hanteras med manuell handläggning. Därav krävs det ett utvecklingsarbete med infrastrukturen innan en gemensam analys och utvärdering av incitamenten, och dess effekt, i vårdavtal gällande patientflöden och samverkan mellan vårdgivare kan räknas som optimal.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Beslutet förväntas få positiva effekter för patientsäkerheten om förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårduppdrag på olika sätt stärks genom synkroniserade krav i avtal, med stödjande system för patientens process i vården och genom övergripande samverkansstyrning.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Beslutet får oförändrade konsekvenser förslaget för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet får oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Beslutet får oförändrade konsekvenser för administration.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Anders Ahlsson, 2021-12-17

Regionrevisorerna

2021-09-23

Diarienummer
RK 2021-0048

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport nr 4/2021
Avtalskonstruktioner för samverkan i nätverk runt patient

Revisorerna i revisionsgrupp II beslutade vid sitt möte 2021-09-23 att överlämna rapporten till hälso- och sjuk-vårdsnämnden för yttrande senast 2021-11-30.

Revisorernas samlade bedömning är att avtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller inte ger tillräckliga förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten. Förutom styrning i vårdavtalen finns kompletterande styrning av samverkan i form av mer övergripande styrning. Revisorerna ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som uppdragen i avtalen gör. Gemensamma analyser av uppdragen eller ersättningsmodellerna i avtalen och hur de olika avtalskonstruktionerna påverkar varandra görs inte.

Revisionen har tidigare, i rapport 3/2019, rekommenderat hälso- och sjukvårds-nämnden att analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare. Slutsatserna i den nu genomförda granskningen sammanfaller till stor del med den tidigare rekommendationen även om den avsåg delvis andra vårdområden. Revisionen hänvisar därför till den redan lämnade rekommendationen.

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

• analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena och samverkan mellan vårdgivare

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana krunic
Sekreterare
Digital signering

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

REGIONREVISORERNA

RAPPORT NR 4/2021

Avtalskonstruktioner för samverkan i nätverk runt patienten

Region Stockholm

Kort om rapporten

Framtidens hälso- och sjukvård har inneburit förflyttning av vård från akutsjukhusen till specialiserad öppenvård. Nätverk runt patienten skulle enligt framtidsplanen möjliggöras genom utveckling av vårdavtalen. Revisionen bedömer att avtalens konstruktioner inte ger tillräckliga förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten. I stället styr hälso- och sjukvårdsnämnden nu i högre grad med hjälp av andra styrinstrument. Revisionen ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som uppdragen i avtalen gör. Utformningen av avtalen varierar mycket mellan vårdområdena, men gemensamma analyser av hur olika avtalskonstruktionerna påverkar varandra görs inte. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör därför analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena och samverkan mellan vårdgivare.

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 Vårdavtalens uppdrag för samverkan 5
3.1 Utgångspunkter för förbättrad samverkan i nätverk runt patienten 5
3.2 Samverkan i vårdavtalens uppdrag 7
3.3 Bedömning 9

4 Ersättningssystemets påverkan på förutsättningarna för samverkan 9
4.1 Riktlinjer för utformning av ersättningsmodeller i avtal 9
4.2 Ersättningsmodellernas påverkan på samverkan mellan vårdgivare 10
4.3 Ersättningsmodellernas betydelse för nätverkssjukvården 12
4.4 Utformningen av ersättningsmodellerna mellan vårdområdena 16
4.5 Revisionens bedömning 17

1 Slutsatser och rekommendationer

Framtidens hälso- och sjukvård har inneburit förflyttning av vård från akutsjukhusen till specialiserad öppenvård. I omhändertagandet av patienten ska vårdgivare, i enlighet med framtidsplanens intentioner, arbeta i nätverk runt patienten för att bland annat uppnå effektiv vård och samverkan mellan vårdgivare. Revisionen har granskat om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att avtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller ger förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ingår olika former av avtal med vårdgivare. Avtalen upprättas efter upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2013:311) om valfrihetssystem, i form av direktavtal med vårdgivare och i sjukhusavtalen med regionens sjukhus. I avtalen finns uppdrag och ersättning för samverkan men utformningen av uppdrag och ersättning skiljer sig mellan avtalen. Avtalen som granskats är avtal för husläkarverksamheten, primärvårdsrehabilitering, geriatrik, psykiatri och avancerad sjukvård i hemmet.

Revisionens granskning visar att betydelsen av uppdragens utformning med avseende på samverkan har tonats ned under senare år. Istället för att styra samverkan i uppdragen till vårdgivarna, som var ambitionen enligt framtidsplanen, styr hälso- och sjukvårdsnämnden nu i högre grad med hjälp av andra styrinstrument. Exempel på sådana är primärvårdsstrategin och överenskommelsen med Stockholms läns sjukvårdsområde om stöd och vägledning till geografiskt samordnande vårdcentraler samt deltagande i regional samverkan.

Nämndens styrning av samverkan sker nu alltså i viss mån utifrån geografisk grund. Revisionen bedömer att samverkansstyrning som utgår från geografisk grund står i viss motsatsställning till vårdvalsprincipen som är tänkt att främja patienters möjlighet att välja vårdgivare fritt, oberoende av geografi. Enligt revisionens mening finns risk för motstridiga styrsignaler i de två parallella sätten att styra – dels genom vårdvalen, dels genom beslut om samverkan enligt geografiska principer.

Revisionen konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden, liksom när det gäller uppdragen i avtalen, inte uttryckt någon tydlig uppfattning om hur ersättningsmodeller bör vara utformade. Det gäller även om, och i så fall hur, specifika samverkansaktiviteter ska ersättas.

Utformningen av de grundläggande ersättningsmodeller som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat varierar mycket mellan vårdområdena. Inom vissa vårdområden får vårdgivarna huvudsakligen en uppdragsbaserad ersättning medan den inom andra områden är produktionsbaserad. Hälso- och sjukvårdsnämnden har även beslutat att ge direkt ersättning för olika samverkansaktiviteter inom vissa vårdområden. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte gjort några utvärderingar av i vilken utsträckning sådana ersättningarna påverkar vårdgivarna att samverka. Det är därför inte möjligt att bedöma om de påverkat vårdgivarnas samverkan.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har på övergripande nivå inte gjort någon analys av hur de olika vårdområdena och dess avtalskonstruktioner påverkar varandra och

revisionen ser därför finns en risk att de uppdrag och ersättningsmodeller som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat leder till brister i samverkan mellan vårdområdena. Revisonen anser därför att nämnden behöver genomföra en övergripande analys av vårdområdenas olika utformning av uppdrag och ersättningsmodeller i syfte att skapa goda förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att avtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller inte ger tillräckliga förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten. I stället finns kompletterande styrning av samverkan i form av mer övergripande styrning. Revisionen ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som uppdragen i avtalen gör.

Revisionen har tidigare, i rapport 3/2019, rekommenderat hälso- och sjukvårdsnämnden att analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare. Slutsatserna i den nu genomförda granskningen sammanfaller till stor del med den tidigare rekommendationen även om den avsåg andra vårdområden. Revisionen hänvisar därför till den redan lämnade rekommendationen med tillägget att även avtalens effekter på samverkan bör analyseras, dvs. hälso- och sjukvårdsnämnden bör *analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena och samverkan mellan vårdgivare*.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Framtidens hälso- och sjukvård har inneburit förflyttning av vård från akutsjukhusen till specialiserad öppenvård. I omhändertagandet av patienten ska vårdgivare, i enlighet med framtidsplanens intentioner, arbeta i nätverk runt patienten för att bland annat uppnå effektiv vård och samverkan mellan vårdgivare på olika vårdnivåer. Enligt framtidsplanen[1] ska vårdavtalen utvecklas för att möjliggöra och ställa krav på samordning mellan vårdgivarna. Enligt framtidsplanen ska patientens samlade behov utgöra grunden för den vård som erbjuds genom ett nätverk av husläkare, e-hälsa, informatik och närsjukvård.

Husläkarverksamhetens centrala roll har genomgående betonats i framtidens hälso- och sjukvård och dess roll har också tydliggjorts i regionens primärvårdsstrategi från 2019[2]. Primärvården, och i synnerhet husläkarverksamheten, ska utgöra ett så kallat nav i vården av patienten och samverka med övrig specialiserad vård (till exempel med specialiteter inom de övriga omkring 40 vårdvalsområdena.) Risk finns att hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inte vidtagit nödvändiga åtgärder för att säkerställa att avtalens konstruktioner ger förutsättningar för samverkan i nätverk runt patient.

Tyngdpunkten i styrningen har sedan framtidsplanen togs fram förskjutits till att ligga mer på uppdraget snarare än på ersättningsmodellernas incitamentsstruktur. Vikten av välformulerade uppdrag betonas med ambitionen att ersättningsmodellerna ska utformas så att de inte motverkar uppdragets intention och om möjligt utgör ett stöd för styrningen. Tydliga avtalskonstruktioner med tydliga uppdragsbeskrivningar i till exempel förfrågningsunderlag är centrala för att uppnå önskad samverkan. Risk finns att uppdragsbeskrivningar inte främjar samverkan i gränssnitten mellan olika aktörer och olika vårdnivåer.

Hälso- och sjukvårdsnämndens ersättningsmodeller är kopplade till de avtal som nämnden ingår med respektive vårdgivare. Ersättningsmodellerna skiljer sig åt i de olika avtalen och skapar olika incitamentsstrukturer och ger också i varierad grad incitament för samverkan mellan vårdnivåer och vårdgivare. Risk finns att ersättningsmodellerna väger tyngst för att åstadkomma samverkansaktiviteter och förutsättningarna för samverkan, oavsett hur tydligt uppdraget är utformat.

Mot bakgrund av ovan har revisonen granskat uppdragsbeskrivningar samt ersättningsmodeller och hur de korrelerar med varandra. Syftet har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden kan styra mot samverkan i nätverk runt patienten

[1] LS 1304–0527
[2] HSN 2019–0945

genom i huvudsak tydligare uppdragsbeskrivningar där ersättningsmodeller endast utgör ett stöd i styrningen.

2.2 Revisionsfråga

Säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden att avtalens konstruktioner med uppdragsbeskrivningar i kombination med ersättningsmodeller ger förutsättningar för samverkan i nätverk runt patienten?

Delfrågor:

- Hur är uppdragsbeskrivningar i avtalen utformade för att främja samverkan i gränssnitten mellan olika aktörer och olika vårdnivåer?
- Hur påverkar ersättningsmodellerna samverkansaktiviteter och förutsättningarna för samverkan generellt?

2.3 Avgränsning

Granskningen avser prövning av hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för att planera, följa upp och beställa vård. I granskningen har några vårdområden valts ut. Förutom husläkarverksamhet så har uppdragen för geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), psykiatri och primärvårdsrehabilitering granskats. Anledningen är att patienter inom dessa områden ofta har kontakt med flera andra vårdområden. Inom psykiatrin har ett antal avtal med Stockholms läns sjukvårdsområde om specialiserad vuxenpsykiatri med områdesansvar valts ut[3].

Samverkan mellan vårdgivare och vårdnivåer omgärdas av förutsättningar av olika slag. På övergripande nivå rör det sig bland annat om lagstiftning som reglerar samverkan och IT-miljöer som i olika grad möjliggör samverkan. Granskningen har avgränsats till granskning av hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av samverkan främst genom vårdavtalen, men även annan styrning från nämnden berörs.

2.4 Bedömningsgrunder

Budget 2020 för Region Stockholm (RS 2019–0829)

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska ha ett helhetsperspektiv för att säkerställa att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas och bland annat tillse att det ska finnas nära samverkan mellan husläkarmottagningar och övrig specialistvård. I budget 2019 och 2020 har satsning på primärvården tydliggjorts. 2019 tillfördes nämnden 360 mnkr för primärvårdsreform och 2020 höjdes ersättningen till husläkarverksamheterna med 1,5 procent.

Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden

Reglementet stadgar bland annat att hälso- och sjukvårdsnämnden ska ansvara för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt.

[3] HSN 2018-1172, HSN 2018-1170, HSN 2018-1168, HSN 2018-1169, HSN 2018-1171

Framtidsplan för hälso- och sjukvården – tredje steget.

Uppdrag åt hälso-och sjukvårdsnämnden att anpassa och utveckla vårdavtal, uppföljning, ersättningsmodeller och beskrivningssystem för att stödja inriktningen på utvecklingen i enlighet med styrning i nätverkssjukvården.

2.5 Metod

Metoder för granskningen har framför allt varit dokumentgranskning och intervjuer. Intervjuer har genomförts med företrädare för avdelningen för närsjukvård och avdelningen för styrning och stöd på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF).

Granskningen har genomförts av Åsa Elffors (projektledare) och Johan Lantto på revisionskontoret.

3 Vårdavtalens uppdrag för samverkan

I intervjuer med tjänstemän inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) framkommer att framtidsplanens begrepp nätverkssjukvård för närvarande inte används aktivt som begrepp inom förvaltningen. Däremot ligger liknande mål om samverkan till grund för flera av de strategier och utvecklingsarbeten som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om och förvaltningen arbetar med. Detta beskrivs i avsnitt 3.1. Nämnden ställer även samverkanskrav i uppdragen i vårdavtalen, vilket beskrivs i avsnitt 3.2.

3.1 Utgångspunkter för förbättrad samverkan i nätverk runt patienten

Granskningen visar att det har skett en glidning i styrningen av samverkan. Från att tidigare, i högre grad styra med ekonomiska incitament i avtalens ersättningsmodeller har styrningen övergått till att i större omfattning ske med uppdragsformuleringar. Framför allt i avtalen för husläkarverksamheten och psykiatrin har ekonomiska incitament för enskilda samverkansåtgärder minskat i omfattning och den fasta delen av ersättningen, s.k. kapiteringsersättning, har ökat, se avsnitt 4.

I granskningen har även framkommit att gemensamma analyser av uppdragens utformningar för olika vårdområden inte har gjorts på förvaltningen. Därför har uppdragsformuleringarna i avtalen för respektive vårdområde utvecklats oberoende av varandra. Förvaltningens generella uppfattning är att avtalsstyrningen numer inte är den huvudsakliga metoden för att styra samverkan. Istället har nämnden övergått från att fokusera på styrning i avtalens uppdragsformuleringar till att mer styra övergripande genom exempelvis strategier och överenskommelser. Hälso- och sjukvårdsnämnden har i ett flertal beslut angivit strategiska och övergripande inriktningar i samverkansstyrningen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om strategiska inriktningar för hälso- och sjukvården, senast i primärvårdsstrategin från juni 2019, Mål och strategisk

inriktning för primärvården 2019 – 2025 [4]. I tjänsteutlåtandet inför beslutet om primärvårdsstrategin framgår att strategin har tagit sin utgångspunkt i redan beslutade övergripande mål för hälso- och sjukvården i Region Stockholm, som framtidens hälso- och sjukvård från 2011. I primärvårdsstrategin anges att den syftar till att primärvården 2025 ska vara ”en tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”. Strategin innebär en stärkt primärvård där vårdcentraler/husläkarmottagningar utgör ett nav i en sammanhållen hälso- och sjukvård.

I genomförandeplanen[5] för primärvårdsstrategin, som anger åtgärder för att för att nå strategins målsättningar, finns ett antal åtgärder definierade inom strategins fem strategiska områden. Bland annat definieras åtgärderna att *Ge vårdcentralerna ansvar för att koordinera samverkan mellan vård- och omsorgsgivare inom kommuner/stadsdelsförvaltningar i det geografiska närområdet*, *Konkretisera vad vårdcentralernas samordningsansvar för individuella patienter innebär och implementera det* samt att *Bredda vårdcentralernas vårdvalsuppdrag genom sammanslagning med närliggande vårdval och förenkla möjligheter för underleverantörer*.

Avtalskonstruktionernas roll är mindre framträdande i primärvårdsstrategin än i framtidsplanen. Av intervjuer med representanter för hälso- och sjukvårdsförvaltningen framgår att avtalens roll för att åstadkomma samverkan har tonats ned inom förvaltningen de senaste åren. Dock konstateras att samverkan och väl fungerande vårdflöden alltjämt är en utmaning och aktuellt i styrningen av hälso- och sjukvården.

Det första vårdvalet i Region Stockholm infördes 2001. Sedan dess har cirka 40 olika vårdval införts i regionen med syftet att patienter ska ha möjlighet att välja en vårdgivare som passar de egna behoven. Ett exempel som finns på vårdgivarguidens sida om vårdval är att det kan vara mer praktiskt att besöka en husläkare nära sin arbetsplats i stället för vid bostaden[6].

Under 2019 beslutade Avtalsutskottet om direktiv för Vårdvalsutredningen med syftet att utveckla vårdvalen genom att utreda och föreslå sammanslagningar av befintliga vårdval inom primär- och seniorvården samt se över ersättningssystem, regelverk och vårdinnehåll för att främja en hög tillgänglighet, geografisk spridning och sammanhållna vårdkedjor samt kostnadseffektivitet. Enligt utredningens direktiv ska utredningen överväga åtgärder för att stärka samverkan och sammanhållna vårduppdrag och underlätta för vårdgivare att öka kontinuiteten, kvaliteten och effektivisera resursutnyttjandet för patienterna[7].

I februari 2021 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden om att ingå en överenskommelse med SLSO om stöd och vägledning till geografiskt samordnande vårdcentraler samt deltagande i regional samverkan[8]. Beslutet om överenskommelsen innebär att SLSO har ansvar för att stödja och vägleda de vårdcentraler som får i uppdrag att

[4] 2019–0945
[5] Genomförande plan för primärvårdsstrategin 2019–2025, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
[6] Valfrihet och vårdval | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)
[7] HSN 2019–2131
[8] HSN 2020–1821

samordna samverkan i sin kommun eller stadsdel. I beslutet framgår att den fortsatta utformningen behöver klargöras ytterligare som vilka målgrupper, vårdgrenar och processer som ska samordnas och hur detta ska ske.

I maj 2021 fattade hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om geografiska principer för närsjukvården[9]. Principerna, som beskrivs som ett steg i omställningen mot god och nära vård, ska vara styrande för den geografiska organiseringen av närsjukvården. Bakgrunden till beslutet anges vara att de geografiska ansvarsområdena för de olika vårduppdragen inom den nära vården har utformats oberoende av varandra. Vidare framgår att de geografiska ansvarsområdena är olika i de olika vårduppdragen vilket har försvårat för vårdgivarna att samverka med varandra samt med kommuner och stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad. De geografiska principerna ska enligt beslutet vara styrande för den geografiska organiseringen av närsjukvården och gälla vid upphandling enligt LOU och LOV.

Region Stockholm har ett antal överenskommelser med kommunerna i Stockholms län om samverkan inom olika områden. Samverkansöverenskommelserna gäller områden som kräver samordnad vård och omsorg från region och kommuner, bland annat vård och omsorg för äldre, barn, personer med psykisk ohälsa eller beroende. Dessa avtal finns samlade på vårdgivarguiden[10] och hänvisas till i vårdavtalen.

3.2 Samverkanskrav i uppdragen i vårdavtalen

I alla de granskade avtalen finns en beskrivning i de allmänna villkoren där det anges att den bärande idén i framtidsplanen är etablerandet av nätverkssjukvård. Nätverkssjukvården beskrivs som en hälso- och sjukvård där olika vårdgivare samverkar i en sammanhållen vårdprocess tillsammans med patienten och där patientens delaktighet och vårdbehov står i fokus.

Samtliga granskade avtal innehåller uppdrag som innebär en koordinerande roll eller som kräver teambaserade eller tvärprofessionella arbetssätt. Uppdraget för *husläkarverksamheten* omfattar olika former av koordinerings- och samverkansinsatser. Utmärkande för uppdragen inom vårdområdet *geriatrik*[11] är det tvärprofessionella arbetssättet. Avtalen anger att nätverksbyggande i närområdet med aktörer i hela vårdkedjan, inklusive de kommunala aktörerna, är en central del i uppdraget, som innehåller såväl sluten som öppen vård där ledordet är teambaserad vård. I uppdragen inom *psykiatrin för vuxna* ingår att säkerställa att patienter med komplex problematik och samsjuklighet får individanpassad integrerad behandling och en obruten vårdkedja med få kontaktpunkter. Bedömning av patienter i primärvårdsrehabilitering ska utföras gemensamt av team bestående av flera professioner inom verksamheten och teamet ska upprätta en plan för rehabiliteringsinsatserna som därefter utförs av en eller flera professioner.

---

[9] HSN 2021–0365
[10] Samverkan kommuner och region | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)
[11] Den geriatriska vården regleras i flera typer av avtal, avtal enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling samt genom direktavtal. Uppdragsbeskrivningen i de olika avtalen är dock likalydande.

I samtliga av de granskade avtalen framgår att vårdgivaren ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande samt kortfattade beskrivningar av vilken samverkan som krävs för respektive vårdområde. Det anges även att vårdgivaren ur ett patient- och närståendeperspektiv ska säkerställa att vårdkedjan är så sammanhängande som möjligt och att uppdragets prioriterade patientgrupper, som finns angivna i avtalen, särskilt ska beaktas.

I alla de granskade avtalen finns också beskrivet att vårdgivaren aktivt ska medverka i vårdplaneringar i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Detta kan röra sig om samverkan vid utskrivning från slutenvård, enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård samt upprättande av samordnad individuell plan (SIP).

Vidare framgår att vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän som berör vårdgivarens uppdrag och upprätta lokala överenskommelser med andra relevanta vårdgivare. Här anges ibland specifika vårdområden som vårdgivaren bör upprätta lokala samverkansöverenskommelser med.

Av uppdraget i förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten framgår att vårdcentralerna ska utgöra navet för invånarnas hälso- och sjukvård och ha helhetsansvar för somatisk och psykisk hälsa och att den nära vården ska präglas av god samverkan mellan olika vårdgivare samt med kommunerna. Här anges även att vårdcentralerna har ett ansvar att hålla samman vårdprocessen. I förfrågningsunderlaget anges att vårdgivaren ska vara patienters samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården och arbetssättet ska präglas av att underlätta och stödja patienten genom vården och korta eventuella väntetider.

I uppdraget för husläkarverksamheten finns även ett avsnitt som beskriver ett geografiskt samordningsansvar. Avsnittet tillkom i förfrågningsunderlaget från 2021. Här anges att husläkarmottagningarna i varje kommun/stadsdel gemensamt ska utse en husläkarmottagning som, på strukturell nivå, ska ansvara för samordningen av samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som invånarna i kommunen/stadsdelen vänder sig till. Vidare beskrivs att samordning av samverkan på strukturell nivå innebär att organisera och sammankalla till nätverksmöten med vård- och omsorgsgivarna i området samt arbeta för ett högt deltagande i den samverkan där vården bör vara representerad. Samordningen ska gälla patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare där samverkan förbättrar för patienterna. I samordningsansvaret ingår även att säkerställa att ansvarsområdena inom närområdesplanen, där ansvarsfördelningen mellan vårdenheterna för gemensamma åtaganden ska framgå, är fördelade och att planen är aktuell. Det geografiska samordningsansvaret gäller den strukturella samverkan med vård- och omsorgsgivare i området. Därutöver ansvarar varje husläkarmottagning för samverkan som rör den enskilde patienten. SLSO har ansvar att ge stöd och vägledning till geografiskt samordnande vårdcentraler, se avsnitt 3.1.

3.3 Bedömning

De olika vårdområdenas verksamheter skiljer sig åt vilket ger olika förutsättningar för och behov av samverkan. Någon analys på övergripande nivå av hur uppdragen inom de olika vårdområdena påverkar varandra när det gäller samverkan har inte gjorts. Hur uppdragen i avtalen är utformade ses inte längre som det främsta medlet för att åstadkomma samverkan, vilket var utgångspunkten i framtidsplanen. Istället har hälso- och sjukvårdsnämnden fattat beslut om flera strategiska inriktningar för att åstadkomma samverkan. Beslut om primärvårdsstrategin, breddade vårdval och geografisk samverkan är sådana strategiska inriktningar.

Revisionen konstaterar att styrningen av samverkan således övergått från att ske i avtalen till att ske i en annan mer övergripande form. Detta innebär att avtalen endast i viss utsträckning innehåller uppdrag om samverkan i nätverk runt patienten. I stället finns kompletterande styrning av samverkan i form av mer övergripande styrning. Revisionen ser en risk att den mer övergripande styrningen inte når vårdgivaren på samma sätt som uppdragen i avtalen gör.

Revisionen menar även att samverkansstyrning som utgår från geografisk grund står i viss motsatsställning till vårdvalsprincipen som är tänkt att främja patienters möjlighet att välja vårdgivare fritt, oberoende av geografi. Enligt revisionens bedömning finns risk för motstridiga styrsignaler i de två sätten att styra – dels genom vårdvalen, dels genom beslut om samverkan enligt geografiska principer.

Enligt revisionens bedömning ger uppdragen i vårdavtalen inte tillräckliga förutsättningar för en nätverkssjukvård så som avses i framtidsplanen, nämligen att anpassa och utveckla bland annat vårdavtal för att stödja inriktningen på utvecklingen i enlighet med styrning i nätverkssjukvården.

4 Ersättningsmodellernas påverkan på förutsättningarna för samverkan

Revisionen har granskat hur de ersättningsmodeller som används av hälso- och sjukvårdsnämnden är utformade utifrån flera olika synvinklar, dels hur ersättningsmodellerna påverkar samverkansaktiviteter, dels hur de påverkar förutsättningarna för samverkan generellt

Ersättningsmodellerna kan indirekt påverka förutsättningarna för vårdgivarna bland annat genom att ge olika incitament att tillgängliggöra vården på olika sätt. Revisionen har i sin granskning utgått från att en mer tillgänglig vård underlättar vårdflöden mellan vårdgivare och därmed ger bättre förutsättningar för att samverka runt patienten än vad en mer otillgänglig vård ger. Bristfälligt utformade ersättningssystem kan även leda till att vårdgivare ges incitament att övervältra patienter på andra vårdgivare vilket försämrar förutsättningarna för samverkan mellan vårdgivare.

4.1 Riktlinjer för utformning av ersättningsmodeller

Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte beslutat om några riktlinjer eller motsvarande för hur ersättningsmodeller bör vara utformade. Indirekt beslutas

ersättningsmodellerna i samband med nämndens beslut om förfrågningsunderlag vid upphandlingar av vård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit fram riktlinjer för förvaltningens interna arbete. I dessa beskrivs hur en ersättningsmodell kan byggas upp och vad förvaltningen bör tänka på för att exempelvis skapa kostnadskontroll eller ge incitament för samverkan.

Riktlinjerna ger inga skarpa anvisningar om hur ersättningsmodeller ska vara utformade utan de är uppbyggda som en vägledning över sådant som förvaltningen bör eller ska beakta när ersättningsmodeller utformas. Av riktlinjerna framgår även att förvaltningen under senare år tonat ned ersättningsmodellernas betydelse i styrningen av vårdgivare. De beskrivs som ett relativt trubbigt instrument som ska användas med försiktighet. I riktlinjerna framgår att det i många fall finns bättre alternativ än ekonomiska incitament för att komma till rätta med avvikelser[12] från det önskade läget, exempelvis uppföljning och kunskapsstyrning.[13]

I riktlinjen utvecklar förvaltningen tre ersättningsprinciper, vilka kan kombineras på olika sätt. Det handlar om målrelaterad ersättning, produktionsrelaterad ersättning och uppdragsrelaterad ersättning. Målrelaterad ersättning kan exempelvis baseras på hur väl en vårdgivare uppfyller olika indikatorer på medicinsk eller patientupplevd kvalitet. Produktionsbaserad ersättning kan baseras på antalet patientbesök eller antalet åtgärder eller på en hel episod av vård. Uppdragsrelaterad ersättning kan utgå från anslag eller bygga på kapitering (listningsersättning).

De tre grundläggande ersättningsprinciperna kan, enligt riktlinjen, kombineras med olika slags modifieringar. Det kan exempelvis handla om modifieringar som syftar till att skapa kostnadskontroll eller stimulera till innovation eller samverkan.

HSF:s riktlinje hänvisar till den statliga tillitsdelegationens betänkande om ersättningsmodeller inom vård och omsorg från 2017. Delegationen bedömde då att ingen av ersättningsmodellerna (mål- prestations- eller uppdragsersättningen) i sitt grundutförande ger direkta incitament för samverkan. Delegationen ansåg även att ersättningsmodeller kan bidra till att skapa stuprör i vård och omsorg och på så vis motverka samverkan.[14]

I ersättningsmodellerna ingår, enligt HSF, även det kostnadsansvar som vårdgivaren ska stå för. Kostnadsansvar omfattar de kostnader som är förenade med vårdgivarnas åtagande, som det beskrivs i avtalet. Grundregeln, enligt HSF:s riktlinje är att vårdgivaren ska bära sina egna verksamhetskostnader utan undantag. HSF specificerar ett antal områden där det görs undantag från denna huvudregel, bland annat kostnader för patienttransporter, tolktjänster och läkemedel.

4.2 Ersättningsmodellernas påverkan på samverkan

Enligt HSF:s riktlinje kan modifieringar av de grundläggande ersättningsmodellerna göras i syfte att förbättra förutsättningar för samverkan. Där framgår tre möjliga

[12] I riktlinjen utvecklas inte vad som avses med ”avvikelser”, men av sammanhanget kan man anta att det handlar om exempelvis bristande samverkan.
[13] HSN 2020-0860, Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal, s. 5
[14] SOU 2017:56

modifieringar, nämligen *viktning*, *aggregering*, och *direkt ersättning*. Samma modifieringar utvecklas närmare i den statliga tillitsdelegationens betänkande och i en rapport från stiftelsen Leading Healt Care[15] som såväl delegationen som HSF refererar till. Nedan beskrivs viktning och direkt ersättning samt deras för- och nackdelar utifrån HSF:s riktlinje och Leading Healt Care:s rapport. Revisionen har i sin granskning av avtal inte funnit några exempel på att aggregering[16] tillämpas i regionen, varför denna modifiering inte beskrivs.

Med viktning avses att patientgrupper som är i behov av samordnande insatser ger en högre ersättning än sådana grupper som inte har lika stora behov av sådana insatser. Det kan handla om högre fast, produktionsbaserad eller målbaserad ersättning. Viktning kan ge ekonomiska förutsättningar för vårdgivare att prioritera samverkan med andra vårdgivare men ger inga garantier för att sådan samverkan faktiskt genomförs. Inom de avtal revisionen granskat förekommer viktning främst inom husläkaruppdraget, se avsnitt 4.3.

Direkt ersättning innebär att man ger ersättning för specifika aktiviteter och processer som kopplar ihop flera olika parter. Det innebär att samverkansaktiviteter direkt ersätts. Det kan exempelvis handla om att ersätta kostnader för samverkansprojekt eller vårdcoacher som har i uppgift att få till stånd samverkan mellan vårdgivare. Det kan även handla om att ersätta vårdgivare för att genomföra en gemensam vårdplanering. Direkt ersättning ger incitament för specifika samverkansaktiviteter men ger inte ökade incitament för samverkan generellt. Direkt ersättning för samverkansaktiviteter förekommer inom husläkaruppdraget och i viss utsträckning inom primärvårdshabilitering, se avsnitt 4.3.

Ersättningsmodellernas utformning kan, som nämnts ovan, påverka tillgängligheten och därmed ge olika förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare. Den uppdragsrelaterade ersättningen, tex. listning, kan enligt HSF:s riktlinje leda till att vårdgivare i syfte att öka den egna lönsamheten minskar tillgängligheten, vilket bland annat kan leda till köer och övervältring till andra vårdområden eller vårdgivare. Den produktionsbaserade ersättningsmodellen kan istället öka tillgängligheten genom att den ger incitament för vårdgivarna att producera mer vård. I riktlinjen anges dock att en risk med den produktionsbaserade ersättningen är att den ger incitament för vårdgivare att prioritera sin egen produktion och att samverkan, patientflöden mellan vårdgivare etc. kan försvåras. Produktionsbaserade ersättningsmodeller är dessutom ofta förknippad med tak i syfte att skapa kostnadskontroll. Förvaltningen lyfter i riktlinjen fram att en risk med sådana tak är att de leder till övervältring av patienter på andra vårdgivare när vårdgivaren har kommit upp till taket. Den produktionsbaserade ersättningsmodellen innebär alltså både fördelar och risker utifrån ett vårdflödesperspektiv.

Hur ersättningsmodeller kan påverka tillgänglighet och vårdflöden illustreras i revisionens granskning av remisshanteringen i regionen från 2017.[17] I revisionsrapporten

[15] Leading Health Care, nr 1 2014, Ekonomi på tvären
[16] Aggregering innebär att ersättning lämnas samlat till flera enheter eller vårdgivare för något.
[17] Landstingsrevisorerna, projektrapport nr 1/2017, Remisser – en länk mellan vårdnivåer.

jämfördes remisshanteringen vid Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och S:t Görans sjukhus. Granskningen visade att det var betydligt vanligare att remisser som skickats till de två förstnämnda sjukhusen skickades tillbaka jämfört med sådana som skickades till S:t Görans sjukhus. Revisionen bedömde att olika ekonomiska incitament kunde vara en bidragande orsak till denna skillnad. S:t Göran hade ett avtal som innebar att de har ekonomiska incitament att producera över målnivån i avtalet.[18] Södersjukhuset och Danderyds sjukhus hade enligt det dåvarande omställningsavtalet ingen produktionsbaserad ersättning förutom en mindre del av den målbaserade ersättningen som berodde på antalet DRG-poäng sjukhuset producerat. Av granskningen framgick även att flera intervjuade uppgav att det fanns en tendens att remisser i större utsträckning skickades tillbaka under årets sista månader när vissa vårdaktörer har nått vårdavtalens volymgräns.[19]

Kostnadsansvarets utformning kan även påverka vårdflöden mellan vårdgivarna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen anger i sin riktlinje att en risk med kostnadsansvaret är att det kan leda till övervältringseffekter där vårdgivare remitterar patienter till andra vårdgivare i syfte att minska sina egna kostnader.[20] I revisionens rapport om geriatrisk vård från 2019 framgår att vårdgivare uppfattade att fördelningen av kostnadsansvaret kunde påverka bedömningar av patienters vårdbehov. Det förekom enligt intervjuade att kliniker ställde krav på att patienter genomgått kostsamma röntgen- eller laboratorietester innan bedömning om överflyttning mellan vårdgivare kunde ske. Detta i syfte att undvika kostnader som inte ersattes fullt ut.[21]

4.3 Ersättningsmodellernas betydelse för nätverkssjukvården

Granskningen av ersättningsmodeller nedan avser de i granskningen utvalda vårdområdena. Förutom ersättningsmodellens grundläggande utformningen beskrivs de modifieringar i ersättningssystemet som införts i syfte att ge förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare. När det gäller ersättningsmodellernas grundläggande utformning har vi främst granskat hur den uppdrags- respektive produktionsbaserade ersättningen är utformad i respektive avtal. Den målrelaterade ersättningen utgör en mindre del av ersättningen och påverkar i allmänhet inte förutsättningarna för samverkan.

4.3.1 Ersättningsmodellen i husläkarverksamheten med basal hemsjukvård

Ersättningsmodellen för husläkarverksamheten är i förfrågningsunderlaget för LOV från 2020 indelad i tre delar, produktionsrelaterad, uppdragsrelaterad och målrelaterad ersättning. HSF bedömer idag att den uppdragsrelaterade ersättningen, som främst består av listningsersättning, utgör cirka 80 procent av den totala ersättningen, men kan variera något.[22] Den resterande ersättningen består främst av

[18] Landstingsrevisorerna, projektrapport nr 1/2017, Remisser – en länk mellan vårdnivåer, s. 12.
[19] Landstingsrevisorerna, projektrapport nr 1/2017, Remisser – en länk mellan vårdnivåer, s. 1 och 8.
[20] HSN 2020-0860, Riktlinjer för hur ersättningsmodeller utformas i avtal, s.14
[21] Regionrevisorerna, rapport nr 1/2019, Geriatrisk vård - Samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.12
[22] Intervju HSF 21 juni 2021.

produktionsrelaterade ersättning i form av besöksersättning och åtgärdsersättning. En mindre del består av målrelaterad ersättning till bl.a. olika kvalitetsområden, exempelvis om vårdgivaren har en godkänd astma/KOL-mottagning eller godkänd äldremottagning.

Listningsersättningens andel av den totala ersättningen har ökat sett över tid. När vårdvalet infördes 2008 utgjorde listningsersättningen ca 40 procent och övriga ersättningen var produktionsrelaterad. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2015 att justera ersättningsmodellen så att den uppdragsrelaterade listningsersättningens andel av den totala ersättningen höjdes till 60 procent.[23] Bakgrunden till beslutet var att andelen läkarbesök vid husläkarverksamheten hade ökat sedan vårdvalet infördes och lättare sjuka bedömdes ha fått för hög prioritet i förhållande till mer vårdtunga patienter. Ytterligare förändringar av förfrågningsunderlaget beslutades 2020 i syfte att ytterligare höja listningsersättningens andel av den totala ersättningen.[24] I granskningen framgår att syftet med denna förändring bland annat varit att underlätta övergången till digitala vårdmöten och inte primärt att förbättra förutsättningarna för samverkan.

HSF:s tidigare uppföljningar visar att den relativa ökningen av listningsersättningen som beslutades 2015, inte påverkade samverkan mellan husläkarmottagningarna och andra former av vård.[25]

Hur den senaste ökningen av andelen listningsersättning påverkat samverkan eller vårdflöden är svårt att bedöma eftersom den genomförts relativt nyligt och ersättningssystemet under pandemin inte har tillämpats.

I förfrågningsunderlaget för 2021 finns flera modifieringar av ersättningsmodellen som kan ge bättre förutsättningar för samverkan. Bland annat finns olika slags viktningar av både den produktionsbaserade och den uppdragsbaserade ersättningen. Extra produktionsbaserad ersättning (besöksersättning) ges bland annat för patienter som är 80 år eller äldre. Vårdgivare får även mer ersättning för listade personer som är under 6 år gamla och över 64 år gamla. En husläkarmottagnings ersättningen justeras även för socioekonomiska faktorer och patienters hälsotillstånd.[26]

I förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten finns flera ersättningar för direkta samverkansaktiviteter. Vårdgivarna får ersättning för *Teambesök*, vilket är då fler än en hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser deltar vid samma besökstillfälle. Därutöver får vårdgivarna ersättning för flera åtgärder som innebär samverkan med andra vårdgivare inom regionen eller samverkan med primärkommunalt finansierad verksamhet. Det gäller deltagande i *Samordnad Individuell Plan* (SIP), *Vårdplanering i hemmet* och *Konferens med patient*. SIP är ett verktyg som beskriver det samordnade stöd och de insatser som den enskilde har behov av från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vårdplanering i hemmet är planering som skett i samverkan med personal från kommunalt finansierad verksamhet. För att

[23] HSN 1506-0745, se även Landstingsrevisorerna projektrapport nr 9/2017
[24] HSN 2020-0222
[25] Landstingsrevisorerna projektrapport nr 9/2017, s. 11.
[26] Så kallade Care- Need Index (CNI) och Adjusted Clinical Groups (ACG)

få ersättning för konferens med patient så ska patienten, personal från husläkarmottagningen och annan vårdgivare som har avtal med landstinget (sic) medverka.

Husläkarmottagningar får även ersättning för samverkan med kommuner, stadsdelar eller annan myndighet som finansieras av regionen och som inte kan hänföras till en enskild patient.

4.3.2 Ersättningsmodellen för geriatrisk vård

Ersättningsmodellen för geriatrisk vård består av en produktionsrelaterad, målrelaterad och en fast ersättning. Bland annat utifrån antal godkända vårdplatser beräknas en målvolym uttryckt i DRG-poäng för varje vårdgivare.[27] För denna målvolym står den produktionsrelaterade ersättning för 62,4 procent, den målrelaterade för 4 procent och den fasta för 33,6 procent. Om vårdgivaren producerar mer än målvolymen utgår endast produktionsrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen utgör ersättning för uppfyllande av vissa miljö-och kvalitetsmål.

Det sker ingen viktning av ersättningen beroende på vårdtyngden för de patienter som en enskild vårdgivare ansvarar för. Det finns heller ingen direkt ersättning för samverkansaktiviteter. Enligt de tjänstemän som revisionen intervjuat vid HSF så är ett argument för att inte lämna någon direkt ersättning för samverkansaktiviteter att samverkan är en så central del av det geriatriska uppdraget att det inte kan betraktas som en särskild aktivitet. En vårdgivare som inte har en god samverkan med andra vårdgivare och med kommunerna kommer inte att kunna bedriva en väl fungerande verksamhet. Att exempelvis ge vite p.g.a. bristande samverkan uppfattas inte vara rimligt eftersom det kan bero på att andra parter valt att inte samverka. Därutöver är en del av ersättningen fast vilket de tjänstemän revisionen intervjuat vid HSF anser bör täcka kostnader för olika samverkansaktiviteter.

De geriatriska vårdgivarna får ersättning för så kallat direktintag. Det syftar till att geriatrikpatienter som behöver akut vård hamnar direkt på geriatrisk klinik.

4.3.3 Ersättningsmodellen för avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)

Ersättningsmodellen i förfrågningsunderlaget för vårdvalet för ASiH består av två delar, dels av en produktionsrelaterad ersättning, dels av en målrelaterad ersättning. Den produktionsrelaterade ersättningen består av en heldygnsersättning och en inskrivningsersättning. Som del i den målrelaterade ersättningen får vårdgivarna ersättning för konsultinsatser, handledning och stöd till andra vårdgivare och för att genomföra blodtransfusioner i hemmet.

I förfrågningsunderlaget finns inga modifieringar av ersättningsmodellen som syftar till att ge incitament till samverkan. Det sker heller ingen viktning av ersättningen utifrån patienternas vårdtyngd.

Revisionen granskade ASiH 2020. Granskningen visade att fler patienter skrevs in i ASiH efter det att vårdvalet infördes 2013 vilket ledde till kraftigt ökade kostnader. Hälso- och sjukvårdsnämnden har reviderat förfrågningsunderlaget i syfte att öka

[27] DRG är ett patientklassificeringssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper.

kostnadskontrollen och 2017 infördes ett tak för medelinskrivningstid i ASiH där ett vite utgår om taket överskrids. Av granskningen framgår att vårdgivare uppger att detta lett till att de arbetar aktivt med att skriva ut patienterna snabbare, ofta till primärvården. Revisionens granskning visade även att det finns indikationer på att tillgängligheten för patienter som behöver vård över lång tid eller är resurskrävande kan ha försämrats under de senaste åren.[28] Den nuvarande ersättningsmodellen med ett tak för medelinskrivningstid kan alltså ha påverkat tillgängligheten och därmed vårdflödena mellan vårdgivarna i både positiv och negativ riktning.

4.3.4 Ersättningsmodellen för psykiatrisk sluten- och öppenvård

Ersättningsmodellen för psykiatrisk verksamhet varierar mellan olika typer av verksamheter och vårdgivare, bland annat för att de är upphandlade enligt LOU. Som framgick av avsnitt 2.3 har vi granskat de avtal hälso- och sjukvårdsnämnden tecknat med Stockholms läns sjukvårdsområde om specialiserad psykiatri med områdesansvar. De upphandlade enheterna har en ersättningsmodell där den öppna och slutna vården ersätts på olika sätt. Den öppna vården ersätts till 30 procent av en produktionsbaserad ersättning och till 70 procent av en uppdragsrelaterad ersättning. Procentsatserna bygger på att vårdgivarna producerar ett visst antal beställda vårdkontakter som framgår av avtalet. Avtalet saknar tak för produktionsbaserade ersättningen. För den slutna vården får vårdgivarna ersättning för ett visst antal vårdplatser som framgår av avtalen.

Andelen uppdragsrelaterad ersättning för den öppna vården är högre än i flera andra tidigare upphandlade verksamheter inom psykiatrin. Skälet till att den uppdragsrelaterade ersättningen är högre i den öppna vården är enligt intervjuade på HSF att tidigare utvärderingar visat att en högre produktionsrelaterad ersättning givit så starka ekonomiska incitament att de uppfattats medföra risk för den medicinska kvaliteten i verksamheten

Vidare saknar ersättningsmodellerna modifieringar som syftar till att ge incitament eller förutsättningar för samverkan. Det finns inga särskilda ersättningar för samverkansaktiviteter. Kostnader förvårdgivarnas samverkansaktiviteter ska enligt intervjuade täckas av den uppdragsbaserade ersättningen.

Det finns inte några viten eller bonusar i ersättningsmodellen. Enligt HSF är syftet att skapa en mer tillitsbaserad styrning som istället för detaljstyrning bygger på tillit kombinerat med efterföljande uppföljning.

4.3.5 Ersättningsmodellen för primärvårdsrehabilitering

Ersättningsmodellen för primärvårdsrehabilitering består helt av produktionsrelaterad ersättning. Vårdgivare får ersättning för olika utförda prestationer i form av fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, kiropraktorer med mera. Det finns inget tak för hur många prestationer som en vårdgivare kan få ersättning för men det finns andra former av begränsningar i ersättningsmodellen. Bland annat reduceras ersättningen om antalet besök per patient i genomsnitt är högre än 7 stycken per år.

[28] Regionrevisorerna projektrapport 12/2020

Vårdgivarna kan få högre ersättning för resurskrävande prestationer, dvs en viktning av ersättningen. Vilka prestationer som är resurskrävande är någon som vårdgivarna själv bedömer. Vårdgivarna kan även få tilläggsersättning för att upprätta SIP

Vårdgivarna får även ersättning för att delta i teambesök (se 4.3.1) något som ökat över tid enligt de tjänstemän revisionen intervjuat vid HSF. Från 1 juni 2021 finns även ersättning på försök för teamkonferenser om patienter, oberoende av om konferensen är fysisk eller digital.

Tidigare har det även funnits ersättning för så kallade samverkanskonferenser. Samverkanskonferenser var samverkan mellan olika vårdanställda där patienten inte var närvarande. Det togs bort p.g.a. att det enligt de intervjuade vid HSF missbrukades. Det var svårt att skilja sådana konferenser från exempelvis ett möte i korridoren mellan olika vårdanställda.

4.4 Utformningen av ersättningsmodellerna mellan vårdområdena

Ovan framgår att de grundläggande ersättningsmodellerna varierar mycket mellan de granskade vårdområdena från en huvudsakligen uppdragsbaserad (främst kapitering) ersättning till en renodlat produktionsbaserad ersättning. Även förekomsten av modifieringar som syftar till, eller kan ge incitament till eller förutsättningar för samverkan varierar mycket. Sådana modifieringar förekommer främst inom husläkaruppdraget och i viss utsträckning inom primärvårdshabiliteringen.

Inom de vårdområden som inte har några modifieringar av ersättningsmodellen som syftar till att främja samverkan anser intervjuade att samverkan är något som ligger inom det ordinarie uppdraget och inget som bör ersättas särskilt. Ett skäl som nämns är att det är svårt att styra innehållet i samverkan och flera tjänstemän uttrycker att sådana ersättningar därför riskerar att missbrukas.

I granskningen har framkommit att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte genomfört några utvärderingar av om direkta ersättningar för samverkansaktiviteter lett till ökad samverkan. I detta sammanhang kan nämnas att revisionen 2020 genomförde en granskning av samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Granskningen visade att användningen av SIPanvändes i begränsad utsträckning trots att vårdgivarna fick ersättning för att upprätta sådana planer.[29]

Flera av de tjänstemän som revisionen intervjuat vid HSF menar att en högre grad av uppdragsrelaterad ersättning i form av exempelvis kapitering ger bättre förutsättningar för samverkan än då ersättningen är produktionsbaserad genom att samverkansaktiveter kan finansieras inom ramen för ersättningen. I en produktionsbaserad ersättningsmodell har vårdgivaren istället ekonomiska incitament att exempelvis producera vårdbesök men inga ekonomiska incitament att genomföra samverkansaktiviteter. Det kan göra att vårdgivarna av ekonomiska skäl prioriterar vårdbesök framför att genomföra samverkansaktiviteter. Husläkarverksamheten och delar av psykiatrin har under senare år fått en högre andel uppdragsrelaterad ersättning än tidigare, vilket skulle kunna tolkas som att förutsättningarna för samverkan har

[29] Regionrevisorerna, RAPPORT NR 11/2020

förbättrats. De huvudsakliga motiven för att öka andelen uppdragsrelaterad ersättning har dock primärt inte varit att förbättra förutsättningarna för samverkan. Som framgår av HSF:s riktlinje kan dock uppdragsrelaterad ersättning även ge incitament för vårdgivare att övervältra patienter på andra vårdgivare vilket torde vara negativt för förutsättningarna att samverka.

Som framgått i ovan (se avsnitt 3.1) görs inga analyser av uppdragskonstruktioner i avtalen generellt mellan vårdområden. Det görs inte heller gemensamma analyser av hur ersättningsmodellerna i avtalen påverkar och bör utformas. Det gäller även analyser av hur fördelningen av kostnadsansvaret för patienterna påverkar samverkan mellan olika vårdgivare. Det sker inte heller någon strukturerad samverkan mellan avdelningar och enheter med ansvar för olika vårdområden när ersättningsmodellerna utformas. Modellerna utvecklas huvudsakligen inom respektive enhet eller avdelning.

Revisionen genomförde har i en tidigare granskning bedömt att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och samordning av vården inte sker på ett sådant sätt att effektiva patientflöden säkerställs. Revisionen bedömde även i den rapporten att en övergripande analys och utvärdering behövs för att kunna bedöma om vårduppdrag och ekonomiska incitament fått avsedd effekt. En av rekommendationerna som gavs löd *hälso- och sjukvårdsnämnden bör analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare*. I uppföljningen av rekommendationen som gjordes i årsgranskningen 2020 av hälso- och sjukvårdsnämnden bedömde revisionen att någon övergripande analys ännu inte genomförts utan analyser sker fortsatt inom respektive vårdområde. [30]

4.5 Revisionens bedömning

Revisionens konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat att ge direkta ersättningar för samverkansaktiviteter inom vissa vårduppdrag men inte inom andra. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte gjort några utvärderingar av i vilken utsträckning sådana ersättningar påverkar vårdgivarnas samverkan. Det finns exempel på att samverkan som vårdgivarna får ersättning för ökar i omfattning, exempelvis teambesök inom primärvårdshabiliteringen. Det finns även exempel på samverkansformer som används i begränsad omfattning trots direkta ekonomiska bidrag. som t.ex. SIP inom husläkarverksamheten.

De grundläggande ersättningsmodellerna som hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat varierar mycket mellan de vårdområden som granskats. Vissa områden som primärvårdsrehabiliteringen har en huvudsakligen produktionsbaserad ersättningsmodell medan husläkaruppdraget och de delar av psykiatrin som granskats har en större andel uppdragsbaserad ersättning. Utifrån tidigare forskning och HSF:s riktlinje om ersättningsmodeller går det inte att dra entydiga slutsatser om hur de grundläggande ersättningsmodellerna påverkar förutsättningarna för samverkan

[30] Regionrevisorerna 3/2019, Patientflöden i en förändrad vårdstruktur.

mellan olika vårdgivare. Uppdrags- respektive produktionsbaserad ersättning kan både skapa positiva och negativa förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare.

Revisionen konstaterar att nämnden, liksom när det gäller uppdragen i avtalen, inte uttryckt någon tydlig uppfattning om hur ersättningsmodeller bör vara utformade. Inom förvaltningen finns inte heller någon gemensam linje för hur ersättningsmodeller ska utformas samt om och i så fall hur specifika samverkansaktiviteter ska ersättas. Revisionen bedömer att det förhållande att det inte finns någon strukturerad samordning mellan vårdområdena riskerar att bidra till olika synsätt om hur ersättningsmodeller ska utformas inom förvaltningen. Det kan i förlängningen bidra till sämre förutsättningar för samverkan mellan vårdområdena.

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.

Region Stockholm

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