Region Stockholm

10

Yttrande över regionrevisorernas rapport 1/2019 Geriatrisk vård – samverkan och sammanhållna vårdkedjor

HSN 2019-1382

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin och geriatrik
Camilla Westin

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-09-05

HSN 2019-1382

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas rapport 1/2019 Geriatrisk vård – samverkan och sammanhållna vårdkedjor

Ärendebeskrivning

Regionrevisorernas bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att planering och styrning utgår enligt en sammanhållen vård utifrån patienternas behov. Den genomförda granskningen visar en ambition i hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsfattande att utveckla den geriatriska vården, men att helhetsbilden saknas, att incitamenten för samverkan mellan olika vårdformer behöver stärkas i avtalsstyrningen och att uppföljningen behöver utvecklas utifrån ett systemperspektiv.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas rapport 1/2019

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i seniorvårdsberedningen.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

> Hälso- och sjukvårdsnämnden antar förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar yttrandet till Regionrevisorerna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Regionrevisorerna i redovisningsgrupp 11 har överlämnat en projektrapport gällande Geriatrisk vård – samverkan och sammanhållna vårdkedjor för yttrande senast den 30 september 2019. Bakgrunden till rapporten är att

Framtidsplanen framhåller vikten av ökad samverkan mellan olika vårdformer och där vårdgivarna ska samverka utifrån patienten behov. Regionrevisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden generellt inte säkerställt att planering och styrning utgår från en sammanhållen vård utifrån patientens behov. Den genomförda granskningen menar att hälso- och sjukvårdsnämnden haft en ambition att utveckla den geriatriska vården i Region Stockholm men att det saknas en helhetsbild i styrningen av den geriatriska vården.

Regionrevisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på:

- hur nämnden ska stärka analysen på systemnivå i syfte att skapa en helhetsbild för styrningen av den geriatriska vården som kan bilda utgångspunkt för kommande förändringar,
- hur nämnden avser se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan,
- hur nämnden ska stärka uppföljningen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov med fokus på samverkan i ett helhetsperspektiv.

Överväganden
I rapporten jämför revisionen olika vårdområden som bedrivs på akutsjukhus, mindre sjukhus, vårdcentraler samt annan primärvård. Akutsjukhusen är i omställningsavtal som under 2020 kommer övergå i sjukhusavtal. Att ersättningsmodellerna skiljer sig åt mellan avtal har flera orsaker. En av dem är att vård på akutsjukhus generellt är högre och på en mer avancerad nivå samt att komplexiteten och de interna sambanden mellan olika vårduppdrag är större och kostar mer än vård i primärvård.

Rapporten utgår från den geriatriska vården men hakar i andra avtalsformer och andra vårdområden. Geriatrikens uppföljning och ersättning har setts över inför varje ny upphandling, men då förvaltningen i avtalen 2013 hade ensat avtalen för samtliga kliniker, så görs förändringar fortsatt med försiktighet. Ambitionen är att geriatriken i länet ska bedrivas med samma förutsättningar oavsett avtalsform.

Exempelvis har förfrågningsunderlaget för vårdvalet inom geriatrik som infördes i maj 2019 samma krav, ersättningsmodell, uppföljning etcetera som de objekt som upphandlades enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU).

Uppföljning
I upphandlingen av geriatrisk öppen-och slutenvård på Dalen- och Handens sjukhus från 2018 och på Nacka och Löwenströmska sjukhusen från 2019 finns utöver den övergripande uppföljningen även uppföljning av så kallade mervärden, där samverkan är en del. Krav ställs på att vårdgivaren ska kunna uppvisa samverkansavtal och skriftliga överenskommelser med akutsjukhus och vårdgrannar som till exempel medicinsk service. Exempel på uppföljningskriterier:
Vårdgivaren uppvisar samverkansavtal med närakut för direktintag, bedömning och rekommendation av utredning innan direktintag samt möjlighet att hänvisa ambulans till närakut för bedömning och eventuell utredning med röntgen innan patienten är aktuell för direktintag utanför kontorstid. Vårdgivaren uppvisar samverkansavtal med primärvård, inklusive basal hemsjukvård, ambulansverksamheterna, läkare i SÄBO, ASIH och kommun.

Återkommande frågor i rapporten handlar om hur incitament skapas i avtalsstyrningen för att förbättra samverkan. Geriatriken har följt upp samverkan i mervärden sedan 2013. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen har en fortlöpande dialog med de geriatriska vårdgivarna där utveckling av nuvarande uppföljning och framtagande av nya indikatorer är en återkommande punkt på agendan.

Stärka uppföljningen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov med fokus på samverkan i ett helhetsperspektiv.[1]
Den typen av incitament saknas idag och att vi arbetar kontinuerligt med att hitta bra lösningar men det är en svår utmaning.

Nätverkssjukvård
Rapporten hänvisar till att det saknas samverkansfora för vårdgivare.[2] De redan befintliga samverkansfora som förvaltningen anordnar för att underlätta samverkan är bland annat:

- Kontinuerliga chefsläkarmöten som regionens chefsläkare håller i. På mötena deltar representanter från alla akutsjukhus.
- Kontinuerliga dialogmöten med StorStockholm.

---

[1] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.13. 5.Förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor.

[2] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.2.

- Dialogmöten inför varje jul/nyår och sommar där vårdgivare och kommunerna bjuds in för att stämma av tillgänglighet och prognos inför helgerna.
- Branschrådet.
- Därutöver bjuder förvaltningen ofta in till stora dialogmöten i samband med projekt som exempelvis Sammanhållen seniorvård, Primärvårdsstrategin etcetera.

Inom vårdområdet geriatrik så, förutom gängse uppföljningsmöten med respektive geriatrisk vårdgivare, bjuds samtliga geriatriska vårdgivare in till så kallade vårdgivarmöten två gånger per år. Därutöver träffas Geriatriska rådet bestående av samtliga klinikers verksamhetschefer mellan fyra och sex antal gånger per år

Utifrån ett kunskapsperspektiv stödjer Tema Åldrande på Karolinska Universitetssjukhuset lärandet för utvecklingen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov. Det kommer framgent att behövas en strategisk inriktning hur, och vilken utgångspunkt dessa vårdkedjor ska baseras på. Dels kommer primärvården att behöva få en mer sammanhållen och koordinerande roll än idag samtidigt som kontinuitet och sammanhållna vårdkedjor behöver säkras för de mest sjuka äldre. Delar av detta arbete har påbörjats inom genomförandeprogrammet för sammanhållen seniorvård och de mer strategiska besluten kring primärvårdens roll kommer hanteras inom ramen för primärvårdsstrategin.

I budget 2019 beslutade regionfullmäktige att ta fram en strategi, med mål för en stärkt primärvård som ingår i ett hälso- och sjukvårdssystem som ”präglas av hög kvalitet, god tillgänglighet, delaktighet och valfrihet för den enskilde”. En stärkt primärvård kommer utöver att skapa bättre förutsättningar för att möta invånarnas behov vara en förutsättning för införandet av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) som bland annat omfattar en omställning till en nära vård.

Direktintag
Samverkan Revisionens tidigare granskningar har visat att stärkandet av den geriatriska vården utanför akutsjukhusen inte har skett som planerat. Risk finns därför att geriatriska patienter vårdas

på akutsjukhus istället för på geriatrisk klinik, det vill säga på en högre vårdnivå än intentionerna i Framtidsplanen.[3]

Geriatriken har i linje med Framtidsplanen fokuserat på att möjliggöra ett högre direktintag till geriatriken för att patienter inte i onödan ska behöva besöka en akutmottagning, bli inlagd på akutsjukhusets vårdavdelning. Tillgång till röntgen och laboratorium har varit en avgörande faktor för ökat direktintag. De brister som funnits har nu i hög grad tillgodosetts genom de nyöppnade närakuterna. De närmsta åren kommer visa om förstärkningarna kommer få avsedd effekt på direktintaget.
De äldre kan också få mer hjälp i hemmet än vad de ursprungliga bedömningarna var till exempel via både den basala hemsjukvården samt ASIH. Närakuterna har etablerats som ny vårdform vilket långsiktigt bör påverka hela systemets förmåga att kunna möta de äldres behov på ett mer adekvat sätt än tidigare.

Antalet geriatriska slutenvårdsplatser har sedan 2013 ökat med cirka 175 vårdplatser och ytterligare 100 vårdplatser tillkommer under 2019-2020.

Vårdval geriatrik
I underlag inför nämndens beslut om införande av vårdval geriatrik i april 2018 och beslut om upphandling av sammanhållen seniorvård på Sollentuna sjukhus i april 2019 saknas en analys av hur ytterligare avtalsformer ska bidra till förbättringar inom geriatriken.[4]

Vårdval geriatrik infördes för att möjliggöra för vårdgivare med egna lokaler att få bedriva vård inom geriatrik, samt ökad valfrihet för patienterna. Fokus var att tillse att vårdgivare oavsett avtalsform skulle få samma förutsättningar att bedriva geriatrisk vård. Därav samma innehåll i förfrågningsunderlag för lag (2008:962) om valfrihet (LOV) och LOU.

Gällande Sollentuna, så saknas analys på grund av att Sollentuna inte är en ytterligare avtalsform utan en LOU-upphandling. Sollentuna-upphandlingen har dock gett regionen möjlighet att under avtalstiden utvidga den geriatriska öppenvården i syfte att få en mer sammanhållen vård för de äldre. Om utvärderingen i sinom tid visar att de nya

[3] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.3. 2.1 Motiv till granskningen.
[4] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.16-17.

vårdtjänsterna inneburit en mer sammanhållen vård för målgruppen är det inte osannolikt att uppdraget utökas även för övriga kliniker i länet.

Ersättning och samverkan

Rekommendationer
Hälso- och sjukvårdsnämnden bör

- *se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan.* [5]

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft i januari 2018. Lagen innebär förändrade arbetsprocesser vid utskrivning från sjukhusen och vid mottagande i hemmet. Den nya arbetsprocessen lägger större vikt vid planering inför hemgång och mer fokus på samverkan för aktörer från hälso- och sjukvård och den kommunala omsorgen. Den fasta vårdkontakten i den öppna vården är ansvarig för den fortsatta planeringen för den enskilde som behöver samordnade insatser. Ett lagkrav är att samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas alla individer som skrivs ut från slutenvården och som har behov av insatser från både den regionsfinansierade öppenvården och kommunen. Det är den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppenvården som ansvarar för att SIP upprättas.

En regional tillfällig överenskommelse gäller för närvarande för åren 2018–2019. Under våren 2019 har Region Stockholm och Storstockholm tagit fram en långsiktig överenskommelse som gäller från 2020. Den nya överenskommelsen förväntas beslutas om under hösten 2019. I överenskommelsen regleras bland annat samarbetsformer i länet och fristdagar. I samband med implementering av lagen om samverkan vid utskrivning så har rutiner och metodstöd tagits fram. Ett stort antal dialogmöten har genomförts och vikten av att erbjuda SIP för den enskilde har diskuterats med vårdgivare för att öka andelen. I en fortsatt implementering av den förändrade utskrivningsprocessen är utbildningsinsatser, metodstöd och dialog betydelsefullt för utvecklingen av SIP i länet. SIP är ett värdefullt verktyg i arbetet med sammanhållen vård och omsorg.

Beställarens uppdrag

[5] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.2

Det ska här noteras att i avtalets kapitel 2 under rubriken Beställarens uppdrag slås det fast att Beställaren inom omställningsavtalets ram och Framtidsplanens genomförande åtar sig att samverka med, och främja samverkan mellan, vårdgivare inom nätverkssjukvårdens olika delar. Vi har dock inte kunnat identifiera motsvarande åtagande från Beställaren i förfrågningsunderlagen eller avtalen för Geriatrisk öppen-och slutenvård, Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård eller Primärvårdsrehabilitering. [6]

I förfrågningsunderlagen står det om samverkan med andra vårdaktörer men inte om vilka åtaganden som Beställaren har. Beställarens åtaganden regleras i flertalet styrdokument men Beställarens uppdrag står inte med i avtalen. Däremot finns dokumentation på intranätet, bland annat budgeten.

Närsjukvårdens styrgrupp (NSA) för avtal, bildades hösten 2018. Syftet med NSA är kunskapsöverföring mellan enheter, enhetligt arbetssätt och att styra systempåverkan inom vården. Gruppen fungerar som styrgrupp för avtalsprojekt på Närsjukvården (NSV) och kan ge vägledning i svåra avtalsfrågor. Bildandet av NSA har skapat bättre förutsättningar för att förvaltningens interna arbete ska kunna identifiera utmaningar och möjligheter så tidigt som möjligt i upphandlingsprocessen eller i revideringen av vårdvalen.

Ersättning
Enligt flera intervjuade verksamhetsföreträdare skapar skillnader i ersättningsvillkoren svårigheter att samverka. Vid såväl geriatriska sjukhus som större vårdcentraler förekommer att verksamheter ”under samma tak” bedriver vård som styrs av olika avtalsformer. De olika avtalsformerna har olika grad av rörlig ersättning vilket leder till olika starka incitament för olika delar i vårdkedjan att ta hand om patienter.[7]

Detta hanteras delvis i upphandlingen på Sollentuna. Ersättningen och formen för ersättning har inte bara som syfte att främja samverkan utan även ta hänsyn till utveckling, innovation och tillgänglighet. Det kan bli

[6] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.9. 4.2.1.

[7] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.12. 4.4 Iakttagelser från intervjusamtalen.

olika avvägningar som gör att olika områden får bättre eller sämre förutsättningar.

Det finns ett principbeslut angående fördelning av kostnadsansvar mellan HSF och vårdgivare (*Principer för vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service*, HSN 2017-0887). Principbeslutet syftar bland annat till att skapa en utveckling mot större enhetlighet för ersättningsmodeller beträffande läkemedel och medicinsk service för att undvika övervältring av kostnader mellan vårdgrenar.

Ytterligare ett exempel från intervjuerna är att det inte utgår särskild ersättning för det förebyggande arbetet i samverkan mellan husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering kring patienter med geriatriska vårdbehov, vilket uppges bidra till att detta inte blir av. [8]

Gällande husläkarmottagningarna så har de ett samordningsansvar med helhetsansvar, därför är en större del av ersättningen fast jämfört med andra vårdområden.

Granskningen visar att uppföljningsplanerna har ett starkt produktionsfokus som syftar till att mäta verksamheternas prestationer och utfall uteslutande genom indikatorer och nyckeltal. Uppföljningen av de avtalsmässiga kraven på samverkan är begränsad. [9]

Det stämmer till viss del men utifrån den fastslagna inriktningen utvecklar hälso-och sjukvårdsförvaltningen sin samverkan för att även kunna få med andra perspektiv och där upphandlingen av geriatrisk vård på Sollentuna är en del av den utvecklingen. Stor del av uppföljningen syftar till att tillse att ett systematiskt arbetssätt kring riskbedömningar upprätthålls (Senior Alert), att en god palliativ vård ges (Palliativregistret) osv. Att uppföljningen av de avtalsmässiga kraven på samverkan är begränsad har sin naturliga förklaring i att samverkan är ett kvalitativt begrepp som svårligen följs upp med kvantitativa metoder. Uppföljning av samverkan kräver helt andra metoder och resurser.

---

[8] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.13. 4.4 Iakttagelser från intervjusamtalen.

[9] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.15. 5.2 Uppföljning av avtal och vården som helhet.

Uppdrag Sollentuna geriatrisk öppen- och slutenvård
Uppdraget omfattar geriatrisk sluten- och öppenvård. Öppenvården innefattar två nya vårdtjänster, Förstärkt utskrivning efter slutenvårdstillfälle och Sammanhållen geriatrisk vård. Vårdgivaren ska erbjuda Förstärkt utskrivning efter slutenvårdstillfälle till patient som bedöms ha fortsatt behov av det geriatriska teamet efter utskrivning från slutenvården. Målet är att minska behovet av återinläggning genom att säkerställa en trygg och säker hemgång samt tillse en god vård i hemmet.

Vårdgivaren ska även erbjuda Sammanhållen geriatrisk vård till patient som efter frekventa slutenvårdstillfällen har behov av ett geriatriskt team[10]. Målet med Sammanhållen geriatrisk vård är att stärka patientens upplevelse av trygghet, kontinuitet och tillgänglighet genom att tillse god vård i hemmet och därigenom minska behovet för återinläggning i slutenvård.

Geriatrikplanen beskriver bara delvis hur vårdformen ska utvecklas, men tar inte sin utgångspunkt i en analys av hur vården fungerar idag eller hur dagens avtalsstyrning bidrar till eller försvårar en önskad utveckling av geriatrisk vård.[11]

Region Stockholm håller på att se över kunskapsstyrningsorganisationen i Stockholm för att få mer kraft och synka ihop med den nationella utvecklingen. Utvecklingen av ett helt vårdområde kan inte bara ges genom förutsättningar i själva avtalen. Syftet med geriatrikplanen var att ta fram en behovsprognos för geriatriska slutenvårdsplatser fram till 2026.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet får inga ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Beslutet får inga konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

[10] Läkare, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kurator eller motsvarande funktion (person med kompetens för stöd gällande ekonomi, social rådgivning samt krisbearbetning).
[11] Projektrapport 1/2019. Geriatrisk vård-samverkan och sammanhållna vårdkedjor, s.19. 6.5 Kommentarer och bedömning.

Beslutet får inga konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet får inga konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Beslutet får inga administrativa konsekvenser.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-09-05

REGIONREVISORERNA

RAPPORT NR 1/2019

Geriatrisk vård

Samverkan och sammanhållna vårdkedjor

Region Stockholm

Kort om rapporten

Hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsfattande visar en ambition att utveckla den geriatriska vården i Region Stockholm. En helhetsbild saknas dock i styrningen som innebär risk för en fortsatt fragmentisering. Bland annat har fler nya avtalsformer införts utan analys av hur olika avtalsformer fungerar tillsammans ur ett helhetsperspektiv. Vidare finns behov av att vidareutveckla incitament för samverkan i avtalsstyrningen och att utveckla avtalsuppföljningen i riktning mot uppföljning av vårdkedjornas funktionalitet.

Regionrevisorerna

2019-06-11

Diarienummer
RK 2018–0075

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 1/2019
Geriatrisk vård – samverkan och sammanhållna vårdkedjor

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-06-11 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-09-30.

Revisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att planering och styrning utgår ifrån en sammanhållen vård utifrån patienternas behov. Den genomförda granskningen visar en ambition i hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsfattande att utveckla den geriatriska vården, men att helhetsbilden saknas, att incitamenten för samverkan mellan olika vårdformer behöver stärkas i avtalsstyrningen och att uppföljningen behöver utvecklas utifrån ett systemperspektiv.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på

- hur nämnden ska stärka analysen på systemnivå i syfte att skapa en helhetsbild för styrningen av den geriatriska vården som kan bilda utgångspunkt för kommande förändringar,
- hur nämnden avser se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan,
- hur nämnden ska stärka uppföljningen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov med fokus på samverkan i ett helhetsperspektiv.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

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

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 Övergripande beskrivning av den geriatriska vårdens organisation 5

4 Incitament för samverkan i avtalsstyrningen 6
4.1 Den geriatriska patientgruppen 7
4.2 Genomgång uppdragsbeskrivningar - samverkan 7
4.3 Genomgång av ersättningsmodeller 10
4.4 Iakttagelser från intervjusamtalen 12
4.5 Kommentarer och bedömningar 13

5 Förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor 13
5.1 Övergripande verktyg för samverkan 14
5.2 Uppföljning av avtal och vården som helhet 14
5.3 Kommentarer och bedömningar 15

6 Övergripande planering och styrning 16
6.1 Utveckling av avtalsformer 16
6.2 Övergripande uppföljning och utvärdering 17
6.3 Vårdplatser och bedömning av framtida vårdbehov 17
6.4 Andra faktorer som påverkar utvecklingen 18
6.5 Kommentarer och bedömning 19

1 Slutsatser och rekommendationer

Intentionerna i Framtidsplanen är att vården i Region Stockholm ska drivas i form av nätverkssjukvård, där vårdgivarna samverkar utifrån patientens behov. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett övergripande ansvar för att utveckla vården genom att anpassa och utveckla vårdavtal, uppföljning, ersättningsmodeller och beskrivningssystem för att stödja inriktningen mot nätverkssjukvård. Revisionen har låtit genomföra en granskning av om styrningen och utformningen av geriatriken sker så att förutsättningar skapas för en sammanhållen vård utifrån patientens behov.

Revisionens samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte säkerställt att planering och styrning utgår ifrån en sammanhållen vård utifrån patienternas behov. Generellt har flera utredningar (t.ex. Effektiv vård SOU 2016:2) konstaterat en generell brist som handlar om att vården är fragmenterad och inte sammanhållen. Den genomförda granskningen visar en ambition i hälso- och sjukvårdsnämndens beslutsfattande att utveckla den geriatriska vården i Region Stockholm. Däremot saknas en helhetsbild i styrningen av den geriatriska vården. Risk finns för en fortsatt fragmentisering inte minst då fler nya avtalsformer införts utan analys av hur olika avtalsformer fungerar tillsammans ur ett helhetsperspektiv.

Granskningen har, under ledning av revisionskontoret, genomförts av konsult. Projektrapporten har sammanställts av revisionskontoret.

Incitament i avtalsstyrningen för samverkan

Geriatriska patienters komplexa vårdbehov bidrar till att de har kontakt med ett stort antal olika vårdformer som i sin tur styrs av olika avtal. En sammanhållen vård för geriatriska patienter ställer därmed krav på att avtalsstyrningen ger incitament för samverkan. Krav på samverkan ställs i samtliga avtalsformer som ingår i granskningen. Kraven har genomgående karaktären av strukturkrav snarare än krav på resultat av samverkan. Ersättningssystemen stödjer inte fullt ut avtalens krav på samverkan.

Revisionen bedömer att detta riskerar att försvåra sammanhållna vårdkedjor, bl.a. då vårdgivarna har olika incitament för att ta emot patienter. Att kostnadsansvaret för medicinsk service i kombination med att den rörliga ersättningen varierar ger tvärtom incitament för att förskjuta kostnader utanför den egna verksamheten snarare än att samverka över verksamhetsgränserna. Framförallt gäller detta i gränssnittet mellan specialistklinik och geriatrisk klinik, men förekommer i alla gränssnitt. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör därför se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan.

Förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor

I Framtidsplanen framhålls vikten av ökad samverkan och förändrade arbetssätt för att geriatriken ska bli en del i nätverkssjukvården. Gemensamma målbilder med en helhetssyn kring hälso- och sjukvårdens uppgift är en förutsättning för sammanhållna vårdkedjor i nätverkssjukvården. Olika vårdgivare med ansvar för att erbjuda en patientcentrerad och tillgänglig vård behöver samordna vården vid vårdövergångar. På övergripande nivå är det hälso- och sjukvårdsnämnden som beställare av

vård som ansvarar för att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor.

Uppföljningen av avtalen har ett starkt fokus på produktion och vissa nyckeltal men det saknas ett helhetsperspektiv på vårdkedjorna i uppföljningen. Utöver avsaknad av incitament i avtalsstyrningen av vårdgivare saknas även samverkansfora där representanter för alla vårdgivare och beställaren är representerade. Försvårande omständigheter ur ett samverkansperspektiv tas inte om hand. Det gäller exempelvis att geriatriska kliniker och akutsjukhusen återkommande gör skilda bedömningar av vilken vårdnivå som är den mest lämpliga ur omvårdnads- och patientsäkerhetssynpunkt.

Revisionen bedömer att det inte finns tillräckliga förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor inom den geriatriska vården. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka uppföljningen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov med fokus på samverkan i ett helhetsperspektiv. Det är även angeläget att styrningen av den geriatriska vården i större utsträckning än idag även inkluderar ett kunskapsperspektiv som stödjer lärandet för utvecklingen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov. Revisionen uppfattar att problemen i gränssnitten mellan olika vårdavtal, exempelvis olika bedömningar av patienters behov, är svåra att lösa enbart med avtalsstyrning. Det finnas därför anledning att se över vilka andra metoder, som exempelvis regiongemensamma bedömningsverktyg eller utvecklade samverkansfora som kan främja ett regionövergripande arbetssätt och ökad samsyn mellan vårdaktörerna.

En sammanhållen geriatrisk vård utifrån patienternas behov

Planer och beslut som ligger till grund för den övergripande styrningen och utvecklingen av den geriatriska vården finns i huvudsak i Framtidsplanen beslutad av fullmäktige 2012–2014 och Geriatrikplanen beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden i juni 2018. Geriatrikplanen är inte en plan för hur styrningen av den geriatriska vården ska utvecklas, utan beskriver bara delvis hur vårdformen ska utvecklas. Även i underlag inför nämndens beslut om införande av vårdval geriatrik i april 2018 och beslut om upphandling av sammanhållen seniorvård på Sollentuna sjukhus i april 2019 saknas en analys av hur ytterligare avtalsformer ska bidra till förbättringar inom geriatriken.

Revisionen bedömer att det saknas en analys av hur olika avtalsformer fungerar ur ett helhetsperspektiv och hur mångfalden av avtal bidrar till eller försvårar en önskad utveckling av geriatrisk vård. Hälso- och sjukvårdsnämnden bör stärka analysen på systemnivå i syfte att skapa en bättre helhetsbild för styrningen av den geriatriska vården som kan bilda utgångspunkt för kommande förändringar.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör

- se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan

- stärka uppföljningen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov med fokus på samverkan i ett helhetsperspektiv
- stärka analysen på systemnivå i syfte att skapa en helhetsbild för styrningen av den geriatriska vården som kan bilda utgångspunkt för kommande förändringar.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

En av de bärande idéerna i Framtidsplanen är att vården ska bedrivas i form av nätverkssjukvård, där vårdgivarna samverkar utifrån patientens behov. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett övergripande ansvar för att utveckla vården genom att anpassa och utveckla vårdavtal, uppföljning, ersättningsmodeller och beskrivningssystem för att stödja inriktningen mot nätverkssjukvård.

Geriatrisk vård är en komplex vårdform, dels beroende på att målgruppen är multisjuka äldre[1], dels beroende på att vården involverar ett stort antal vårdgivare. Den geriatriska specialistvården bedrivs inom tolv geriatriska kliniker. Av dessa är sju upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling och fem drivs i egen regi, varav tre av Stockholms läns sjukvårdsområde och två av akutsjukhus. Patienter med geriatriska behov vårdas även på exempelvis kliniker för internmedicin och ortopedi på akutsjukhusen och omhändertas av vårdcentraler, närakuter, mottagningar för primärvårdsrehabilitering och ASiH[2].

Den geriatriska vården styrs genom olika avtalsformer, vilket kan leda till problem i gränssnitten mellan olika vårduppdrag. Från och med maj 2019 utförs geriatrisk vård även via vårdval, dvs. ytterligare en avtalsform. Risk finns därför att planeringen och styrningen av den geriatriska vården med ett flertal vårdgivare och olika avtalsformer sker fragmentiserat utan helhetsperspektiv. Vidare finns risk att geriatriska patienter inte får ett omhändertagande på lika villkor efter behov. Revisionens tidigare granskningar[3] har visat att stärkandet av den geriatriska vården utanför akutsjukhusen inte har skett som planerat. Risk finns därför att geriatriska patienter vårdas på akutsjukhus istället för på geriatrisk klinik, dvs. på en högre vårdnivå än intentionerna i Framtidsplanen.

Mot bakgrund av detta har revisionen låtit genomföra en granskning i syfte att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer en sammanhållen geriatrisk

[1] Målgruppen utgörs av patienter som är biologiskt åldrad med funktionell svikt och är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv eller har flera samtidiga hälsoproblem och som har ett försämrat hälsotillstånd eller behov av rehabilitering eller behov av fortsatt vård efter vård vid akutsjukhus och vars tillstånd fordrar ett geriatriskt multiprofessionellt teamarbete.
[2] Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) är ett komplement eller alternativ till slutenvård när den basala hemsjukvården inte räcker till.
[3] Landstingsrevisorerna, 10/2018 Patientstyrning – för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå, 14/2018 FHS – genomförande 2018

vård som utgår från patienternas behov. Granskningen har, under ledning av revisionskontoret, genomförts av konsult (se 2.5).

2.2 Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga

Sker styrningen och utformningen av geriatriken så att förutsättningar skapas för en sammanhållen vård utifrån patientens behov?

Delfrågor

- Hur skapas incitament i avtalsstyrningen för samverkan i gränssnitten mellan olika aktörer involverade i vården av geriatriska patienter?
- Hur säkerställer HSN att det finns tillräckliga förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor inom den geriatriska vården?
- Hur säkerställer HSN en planering och styrning med utgångspunkt i en sammanhållen geriatrisk vård utifrån patienternas behov?

2.3 Avgränsning

Granskningen har i första hand berört hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för att planera, följa upp och beställa vård. Stockholms läns sjukvårdsområdes styrning och uppföljning av verksamheten har inte specifikt ingått i granskningen. Granskningen har skett utifrån ett övergripande styrningsperspektiv.

2.4 Bedömningsgrunder

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 3 kap. 1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. *5 kap. 1 §* Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att […] tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig.

Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden 2 § Nämnden ska ansvara för att hälso- och sjukvården utformas och anpassas till befolkningens behov på kort och lång sikt så att en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen uppnås, ansvara för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt, utveckla och främja valfrihet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården, planera och följa upp hälso- och sjukvården.

Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Utveckling av nätverkssjukvården. 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.

Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Utveckling av den geriatriska vården bl.a. genom utvecklat verksamhetsinnehåll och uppdrag för att kunna ta emot fler patienter och ett större akutuppdrag. Utveckling av gemensamt bedömningsverktyg för

remittering till bl.a. geriatrik. I Framtidsplanen framhålls även vikten av ökad samverkan och förändrade arbetssätt för att geriatriken ska bli en del i nätverkssjukvården.

2.5 Metod

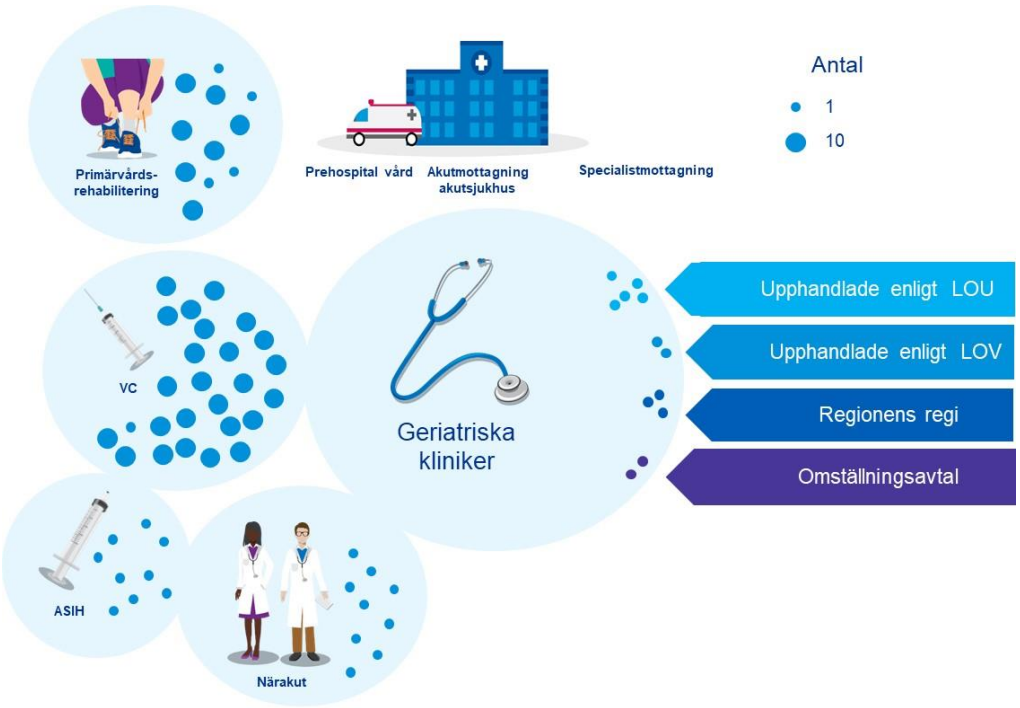
Intervjuer har genomförts med verksamhetschefer och representanter för hälso- och sjukvårdsförvaltningen i syfte att identifiera förhållanden och omständigheter som gynnar eller motverkar exempelvis samverkan mellan olika vårdaktörer och utvecklingen av sammanhållna vårdkedjor.

En dokumentgranskning har skett av avtal som reglerar geriatrisk vård och har omfattat förfrågningsunderlagen för vårdvalen *husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, primärvårdsrehabilitering* och *geriatrisk öppen- och slutenvård,* omställningsavtalen för akutsjukhusen samt avtal som legat till grund för upphandling enligt LOU. Syftet har varit att undersöka förekomsten av incitament och/eller annan reglering i avtalsstyrningen för samverkan i gränssnitten mellan olika aktörer involverade i vården av geriatriska patienter.

Granskningen har genomförts av Martin Jansson på KPMG AB i dialog med revisionskontoret. Ansvarig konsult på KPMG har varit Andreas Endredi. Projektrapportens avsnitt 3-6 har sammanställts av Anna Ullsten som varit revisionskontorets projektledare tillsammans med Anneli Lagebro (styrgrupp) utifrån underlag från KPMG.

3 Övergripande beskrivning av den geriatriska vårdens organisation

Som framgår av bilden nedan inbegriper och omfattar geriatrisk vård ett stort antal aktörer.



Bilden syftar till att belysa tre förhållanden som tillsammans bidrar till att uttrycka den komplexitet som är kännetecknande för geriatrisk vård – antal aktörer, vårdnivåer samt antal drifts-/upphandlingsformer.

Betraktad i sin helhet omfattar vården som berör patienter med geriatriska behov i Region Stockholm vid utgången av 2018 framförallt tolv olika geriatriska kliniker (exklusive Norrtälje), men också sex akutsjukhus med tillhörande specialist-mottagningar inom t.ex. internmedicin och ortopedi, ca 250 vårdcentraler, nio närakuter, ca 75 primärvårdsrehabiliteringsmottagningar samt nio verksamheter som bedriver ASIH.

Det framgår även av bilden att de tolv geriatriska klinikerna är upphandlade eller drivs i fyra olika former – upphandling genom LOU, vårdval genom LOV (fr.o.m. 2019-05-01), drift i egen regi samt omställningsavtal för Karolinska sjukhuset och Södertälje sjukhus.

Geografiskt är de geriatriska klinikerna indelade i, och lokaliserade till tre områden – norra länet, Stockholm/Ekerö samt södra länet. I norra länet finns tre geriatriska kliniker, i Stockholm/Ekerö fyra samt i södra länet fem. Det fanns 2017, enligt *Geriatrikplan för Stockholms län,* 1 015 fastställda geriatriska vårdplatser i länet. Av dessa fanns 245 vårdplatser i norra länet, 452 i Stockholm/Ekerö samt 318 i södra länet.

4 Incitament för samverkan i avtalsstyrningen

Samverkan handlar om att arbeta tillsammans, över organisationsgränser, för att säkerställa att patienter inte faller mellan stolarna och för att exempelvis utveckla effektivare vårdtjänster. Effektiv samverkan säkerställs genom aktivt deltagande och

förutsätter en vilja hos deltagarna att bidra. Ofta försvåras samverkan av målkonflikter eller olika prioriteringar hos deltagande aktörer. Det är därför grundläggande för en effektiv samverkan att deltagande aktörer har en gemensam målbild av vad samverkan syftar till – det gemensamma uppdraget.

Betydelsen av samverkan som drivkraft för ökad kontinuitet och samordning för patientgrupper med kroniska sjukdomstillstånd och stora omsorgsbehov har uppmärksammats de senaste åren. I exempelvis betänkandet *Effektiv vård (SOU 2016:2)* konstateras att enskilda insatser inom svensk hälso- och sjukvård fungerar bra för sig och ofta levereras med hög kvalitet, men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns alltjämt stora brister inom hälso- och sjukvården. Detta blir i sin tur ett stort problem för bland annat geriatriska patienter som ofta vårdas på flera nivåer där denna samordning är särskilt angelägen för ett gott resultat.

4.1 Den geriatriska patientgruppen

Målgruppen geriatriska patienter beskrivs i uppdragsbeskrivningen för *geriatrisk öppen- och slutenvård* som biologiskt åldrad och funktionellt sviktande och som även är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv eller har flera samtidiga hälsoproblem. Patienten kan också ha ett behov av rehabilitering eller fortsatt vård efter vård vid akutsjukhus som, i sin tur, kräver ett geriatriskt multiprofessionellt teamarbete.

Det finns inte ett enkelt eller självklart sätt att avgränsa målgruppen utifrån ålder då det finns 65-åriga patienter som har sämre hälsa än 85-åringar, och 85-åringar som har bättre hälsa än 65-åringar. Den höga förekomsten av multisjuklighet i målgruppen bidrar även till gränsdragningsproblem mellan exempelvis specialistklinik och geriatrisk klinik.[4]

Givet målgruppens behov av en kontinuerlig och samordnad vård blir det avgörande för en effektiv hälso- och sjukvård att styrstrukturer stödjer samverkan mellan olika vårdaktörer. Betydelsen av detta framhålls i Framtidsplanen – Tredje steget i genomförandet: I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård, både för den enskilde vårdgivaren och för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet.[5]

4.2 Genomgång uppdragsbeskrivningar - samverkan

I förstudien framkom att avtalsstyrningen i stor utsträckning utgår ifrån respektive avtalsområde för sig, vilket försvårar samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården. Såväl målgruppen som uppdraget för den geriatriska vården är komplext, vilket ställer stora krav på kontinuitet och samordning.

---

[4] Enligt en rapport från Vårdanalys har 66 % av alla personer över 65 år, två eller flera kroniska sjukdomar. För personer med behov av kommunala omsorgsinsatser är motsvarande siffra 90 %. Vårdanalys, (2014), *VIP i vården? – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom,* s.9.
[5] Stockholms läns landsting, (2014), *Framtidsplanen – Tredje steget i genomförandet,* s. 18.

För att skapa en bild av hur HSN arbetar för att skapa incitament i avtalsstyrningen för samverkan i gränssnitten mellan olika aktörer involverade i vården av geriatriska patienter presenteras nedan vad som framkommer om detta i olika avtal som reglerar geriatrisk vård. Det bygger dels på en genomgång av förfrågningsunderlagen för vårdvalen *husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, primärvårdsrehabilitering* och *geriatrisk öppen- och slutenvård,* dels på en genomgång av omställningsavtalen för akutsjukhusen samt avtal vid upphandling enligt LOU. Fokus för granskningen av förfrågningsunderlagen och avtalen har varit vad som framgår om samverkan i uppdragsbeskrivningen, kostnadsansvar för medicinsk service och ersättningsmodellernas grundläggande konstruktion. Den dokumentbaserade delen av granskningen har kompletterats med iakttagelser från intervjuer.

4.2.1 Samverkan och vårdprocesser

I samtliga avtal som ingår i genomgången utom omställningsavtalen finns krav på samverkan för patientens bästa. Vårdgivaren ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan. I samtliga avtal utom omställningsavtalen framgår även att vårdgivaren ska säkerställa att vårdprocessen ur ett patient- och närståendeperspektiv är så sammanhängande som möjligt.

I förfrågningsunderlagen/avtalen för den geriatriska öppen- och slutenvården framgår även att uppdraget särskilt kräver att samverkan finns med nedanstående aktörer:

- Akutsjukhusen för effektiv vårdkedja inom slutenvården
- Husläkarmottagningar inklusive basal hemsjukvård och kommuner/stadsdelar för effektiv vårdkedja vid direktintag från hemmet och vid utskrivning från geriatrisk slutenvård
- Rehabiliteringsenheter i öppen vårdform för samordning kring rehabiliteringsinsatser
- Andra vårdgivare av palliativ vård i livets slutskede såsom avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) och den specialiserade palliativa slutenvården (SPSV)

I förfrågningsunderlagen/avtalen för den geriatriska öppen- och slutenvården finns även krav på att vårdgivaren ska arbeta aktivt för att upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med länets akutmottagningar/närakuter rörande direktintag (patienten skrivs in utan föregående vårdtillfälle på vårdavdelning vid akutsjukhus). Vidare finns krav på att vårdgivaren ska:

- Tillse att ambulans/jourläkarbilar i länet alltid har aktuellt direktnummer till tjänstgörande läkare så att direktintag kan ske dygnet runt årets alla dagar
- Arbeta aktivt för att upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med ambulans/jourläkarbilar i länet rörande direktintag
- Ansluta sig till FRAPP (ambulanssjukvårdens digitala verksamhetsstöd) för att förbereda för direktintag från ambulans
- Vårdprocesser
- Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän ska bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vård- och omsorgsprocessen som en helhet. För en

sammanhållen vårdkedja för patienter med demenssjukdom ska Vårdgivaren särskilt samverka med:

- Kompetenscentrum för äldre och äldrepsykiatri, såsom BPSD-team (team för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)
- APC (Akademiskt primärvårdscentrum)

I förfrågningsunderlagen för vårdval husläkarverksamhet framgår att vårdgivaren aktivt ska bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän, att det ska finnas rutiner för att säkerställa god samverkan mellan vårdgivaren och ansvarig sjuksköterska för personer boende i bostad med särskilt service och för personer i daglig verksamhet enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Vidare ska vårdgivaren, för att tillgodose patienternas rehabiliteringsbehov, samverka med övriga aktörer inom rehabilitering och ta hänsyn till tidsgränserna i Försäkringskassans rehabiliteringskedja samt riktlinjer för rehabilitering

I förfrågningsunderlagen för vårdval primärvårdsrehabilitering framgår att vårdgivaren vid behov och efter dokumenterat samtycke ska informera patientens husläkare, eller annan ansvarig läkare, om patientens aktuella vård och behandling. Detta gäller särskilt för äldre med stora och sammansatta vårdbehov, patienter med omfattande funktionsnedsättning, kroniskt sjuka patienter, barn och unga med behov av särskilt stöd, patienter med smärtproblematik och patienter med psykisk ohälsa. Vidare ansvarar vårdgivaren för överlämnande till annan vård- eller omsorgsgivare för att ge patienten god och samordnad vård. Så få kontaktpunkter som möjligt ska involveras i patientens möte med vården.

I omställningsavtalen för akutsjukhusen framkommer att ”vårdgivaren ansvarar för att utveckla sina arbetssätt och metoder för att samverka i nätverk med andra vårdgivare och huvudmän (nätverkssjukvård) i den omfattning som krävs för Vårduppdragets utförande. Vårdgivaren ansvarar för att inom sitt Vårduppdrag utveckla samverkan och samordning för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän.”

Det ska här noteras att i avtalets kapitel 2 under rubriken *Beställarens uppdrag* slås det fast att Beställaren inom omställningsavtalets ram och Framtidsplanens genomförande åtar sig att *samverka med, och främja samverkan mellan, vårdgivare inom nätverkssjukvårdens olika delar*. Vi har dock inte kunnat identifiera motsvarande åtagande från Beställaren i förfrågningsunderlagen eller avtalen för *Geriatrisk öppen- och slutenvård, Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård* eller *Primärvårdsrehabilitering*.

4.2.2 Vårdplanering

I samtliga avtal som ingår i genomgången finns krav på att vårdgivaren aktivt ska delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. I avtalen för geriatrisk vård, primärvårdsrehabilitering och omställningsavtalen finns krav på att vårdgivaren ska tillse att, efter godkännande av patienten, närstående görs delaktiga i vårdplaneringen. Patientens samlade behov, det vill säga medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga, ska

vara utgångspunkt för den vård som planeras och erbjuds. I avtalen för vårdval husläkarverksamhet framgår att överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och vägledningen Samordnad Individuell Plan (SIP), ska följas.

4.2.3 Samverkansöverenskommelser

I samtliga avtal som ingår i genomgången finns krav på att vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i övergripande samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän och som berör vårdgivarens uppdrag. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.

För vårdgivare inom geriatrik finns krav avseende lokala samverkansöverenskommelser som omfattar att vårdgivaren ska följa och vid behov upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med vård- och omsorgsgivare samt andra relevanta aktörer i sitt geografiska ansvarsområde.

För vårdgivare inom husläkarverksamheten finns krav avseende lokala samverkansöverenskommelser som omfattar att vårdgivaren ska upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med andra relevanta vård- och omsorgsgivare i kommunen/stadsdelen. Särskilt ska samverkan med lokal psykiatri och beroendevård prioriteras. Vårdgivaren bör delta i det befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete som bedrivs lokalt av kommuner/stadsdelar och andra aktörer för att gemensamt åstadkomma förbättringar kring levnadsvanor.

För vårdgivare inom primärvårdsrehabilitering finns krav avseende lokala samverkansöverenskommelser som omfattar att Vårdgivaren ska vid behov samverka med Hjälpmedelsverksamheterna för att bidra till ett funktionellt hjälpmedelssortiment.

4.3 Genomgång av ersättningsmodeller

I vilken grad ersättningsmodeller skapar incitament för samverkan mellan olika aktörer är beroende av hur ersättningsmodellerna är konstruerade. Faktorer som påverkar gränssnitten mellan olika vårdgivare är exempelvis skillnader i andelen produktionsrelaterad (rörlig), fast och målrelaterad ersättning, hur den kvalitetsrelaterade ersättningen är utformad samt eventuella takkonstruktioner i ersättningarna.

4.3.1 Geriatrisk öppen- och slutenvård enligt LOV och LOU

Ersättningsmodellerna är identiska för geriatrisk öppen- och slutenvård oberoende av om upphandling skett via LOV eller LOU. Totalersättningen består av en produktionsrelaterad ersättning, en fast ersättning och en målrelaterad ersättning (kvalitet och miljö). Av totalersättningen utgör produktionsrelaterad ersättning 62,4 procent. Den produktionsrelaterade ersättningen är en rörlig ersättning som utgår för vårdprestationer beräknade utifrån DRG. Den fasta ersättningen utgör 33,6 procent och beräknas utifrån vårdplatser. Den målrelaterad ersättning utgör 4 procent, varav kvalitet 3,5 procentenheter och miljö 0,5 procentenheter. Den målrelaterade ersättningen utgör ersättning för uppfyllande av de miljö- och kvalitetsmål som anges i

uppföljningsplanen. Den kvalitetsrelaterade ersättningen uppgår till maximal 3,5 procent av den totala ersättningen.

Utöver dessa ersättningar finns en särskild ersättning för direktintag[6] från hemmet eller från akutmottagning. Denna ersättning syftar till att styra patientflödena genom att minska andelen patienter med geriatriska vårdbehov som tar vägen till geriatrisk klinik via akutsjukhus. Direktintag från hemmet ersätts med 4000 kr, medan direktintag från akutmottagning ersätts med 1000 kr. Direktintag ersätts upp till en viss maximal ersättningsnivå per kalenderår[7].

4.3.2 Vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård

Ersättningsmodellen för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård består av produktionsrelaterad ersättning (besöksersättning och åtgärdersättning), uppdragsrelaterad ersättning (listningsersättning) och målrelaterad ersättning. Majoriteten av ersättningen utgörs av den uppdragsrelaterade ersättningen (ca 60 procent).

En del av den produktionsrelaterade ersättningen utgörs av ersättning för samverkan. Denna ersättning får vårdgivaren för samverkan med kommun/stadsdel eller annan myndighet som inte finansieras av regionen och som inte kan hänföras till en enskild patient. I den produktionsrelaterade ersättningen finns ersättnings för aktivt deltagande i Samordnad individuell plan (SIP) och särskild ersättning om mottagningen kallat till och genomfört en SIP enligt de tidsregler som gäller enligt lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Den målrelaterade delen omfattar såväl kvalitetsrelaterad ersättning som viten för ej uppnådda mål. Ersättning utgår bl.a. för listades besök i annan vård om besöken är 2,1 och lägre per listad. Vite utgår för listades besök i annan vård om besöken är 2,6 eller fler.

4.3.3 Vårdval primärvårdsrehabilitering

Vårdval primärvårdsrehabiliterings ersättningsmodell består helt av produktionsrelaterad (besöksrelaterad och åtgärdsrelaterad) ersättning för basuppdraget och tilläggstjänster. Det finns olika takkonstruktioner för ersättningen, bl.a. ett besökstak. Om det genomsnittliga antalet besök per kalenderår överstiger sju[8] reduceras vårdgivarens ersättning för besök med 33 procent.

Det förekommer inte någon målrelaterad ersättning för vårdval primärvårdsrehabilitering.

---

[6] Definitionen av ”direktintag från hemmet” är att patienten ska vara remitterad från en öppenvårdsmottagning, närakutmottagning, avancerad hemsjukvård, särskilt boende för äldre (SÄBO) och inte ha varit inskriven i slutenvården samma eller närmast föregående datum. Definitionen av ”direktintag från akutmottagning” är att patienten ska vara remitterad från en akutmottagning vid akutsjukhus och ska inte ha varit inskriven i slutenvård samma eller närmast föregående datum.

[7] Beräknas genom formeln: ersättning för direktintag från hemmet multiplicerad med 45% av det totala antalet producerade vårdtillfällen plus ersättning för direktintag från akutmottagning multiplicerad med 20% av det totala antalet producerade vårdtillfällen.

[8] Besökstaket beräknas såsom totala antalet av samtliga besök i förhållande till totala antalet patienter per kalenderår.

4.3.4 Principer och riktlinjer för ersättning omställningsavtal vid akutsjukhus

Vårdgivarens vårduppdrag ersätts i två delar, en uppdragsersättning (97 procent) och en målrelaterad ersättning (3 procent). Målrelaterad ersättning omfattar kvalitet, DRG-produktion, tillgänglighet och miljö. De 3 procent som utgörs av målrelaterad ersättning fördelas med 1,5 procentenheter för kvalitet, 0,5 procentenheter för DRG-produktion, 0,5 procentenheter för tillgänglighet och 0,5 procentenheter för miljö. Ersättningen för kvalitet är maximalt 1,5 procent av den totala ersättningen och kan fördelas valfritt mellan 0,5-1 procentenheter för respektive sjukhusspecifika och sjukhusgemensamma indikatorer.

4.3.5 Kostnadsansvar

Kostnadsansvar för medicinsk service för respektive avtal är en väsentlig faktor. Det hör samman med att denna tjänst (t.ex. röntgen och laboratorietjänster) ofta är kostsam och inte sällan ligger till grund för meningsskiljaktigheter mellan olika aktörer i den geriatriska vårdkedjan.

Vårdgivarna inom den geriatriska öppen- och slutenvården ansvarar för samtliga kostnader för medicinsk service, inklusive omhändertagande av avlidna, som utförs inom uppdraget.

Akutsjukhus med omställningsansvar ansvarar för samtliga kostnader som är förenade med uppdraget med undantag för sjukresor, hjälpmedel samt receptförskrivna läkemedel. Vårdgivaren ansvarar för kostnader avseende bl.a. medicinteknisk utrustning och medicinsk service som vårdgivaren beställt inom och utanför sjukhuset.

För vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård har beställaren det fulla kostnadsansvaret för vissa undersökningar[9]. För vissa undersökningar[10] är kostnadsansvaret delat mellan vårdgivaren, som svarar för 20 procent av beställarens kostnad för undersökningar efter remiss från vårdgivaren. Vårdgivaren är till 100 procent kostnadsansvarig för samtliga medicinska serviceundersökningar utöver de som redovisas ovan.

4.4 Iakttagelser från intervjusamtalen

I granskningen har framkommit att vårdgivare uppfattar att skillnader i ersättningsvillkor skapar en situation där bedömningar av patientens vårdbehov påverkas av ersättningarnas utformning. Verksamhetsföreträdare menar att det förekommer att kliniker ställer som krav att en patient ska genomgå kostsamma röntgen- eller laboratorietester innan bedömning om överflyttning kan ske, som ett sätt att undvika kostnader som inte ersätts fullt ut.

Enligt flera intervjuade verksamhetsföreträdare skapar skillnader i ersättningsvillkoren svårigheter att samverka. Vid såväl geriatriska sjukhus som större vårdcentraler förekommer att verksamheter ”under samma tak” bedriver vård som styrs av olika avtalsformer. De olika avtalsformerna har olika grad av rörlig ersättning vilket leder till olika starka incitament för olika delar i vårdkedjan att ta hand om patienter.

[9] Endoskopier, genetik, spermaprov, transfusionsmedicin och obduktioner.
[10] Radiologi, klinisk fysiologi, neurofysiologi, patologi med cytologi

Skillnaderna uppges även försvåra en sammanhängande vårdkedja där patienter snabbt ska kunna få hjälp i den del av vårdkedjan som de för tillfället har mest behov av.

Ett annat exempel handlar om de administrativa krav som ställs vid direktinläggning av patient till geriatrisk klinik. Vid inskrivningen tar det enligt de intervjuade ca 1 timme att dokumentera den information och de uppgifter som krävs för att få patienten registrerad i systemen vilket är en förutsättning för ersättning. Ytterligare ett exempel från intervjuerna är att det inte utgår särskild ersättning för det förebyggande arbetet i samverkan mellan husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering kring patienter med geriatriska vårdbehov, vilket uppges bidra till att detta inte blir av.

4.5 Kommentarer och bedömningar

Geriatriska patienters komplexa vårdbehov bidrar till att de har kontakt med ett stort antal olika vårdformer som i sin tur styrs av olika avtal. En sammanhållen vård för geriatriska patienter ställer därmed krav på att avtalsstyrningen ger incitament för samverkan.

I granskningen har framkommit att det ställs krav på samverkan i samtliga avtalsformer som ingår i granskningen. Kraven har genomgående karaktären av strukturkrav snarare än krav på resultat av samverkan. I granskningen framkommer vidare att ersättningssystemen inte fullt ut stödjer avtalens krav på samverkan. Det finns exempelvis skillnader i avtalens kostnadsansvar och andel produktionsrelaterad ersättning, vilka riskerar att försvåra sammanhållna vårdkedjor då vårdgivarna har olika incitament att ta emot patienter. Kostnadsansvaret för medicinsk service, i kombination med att den rörliga ersättningen varierar, ger incitament för att förskjuta kostnader utanför den egna verksamheten snarare än att samverka över verksamhetsgränserna. Framförallt gäller detta i gränssnittet mellan specialistklinik och geriatrisk klinik, men förekommer i alla gränssnitt. Det finns därför behov av att se över hur ersättningsmodellerna kan ge ökade ekonomiska incitament som stödjer de avtalsmässiga kraven på samverkan.

5 Förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor

En framgångsfaktor för hälso- och sjukvårdens utveckling i allmänhet och nätverksbaserad hälso- och sjukvård i synnerhet är att vårdens olika aktörer har en helhetssyn kring hälso- och sjukvårdens uppgift och den egna verksamhetens del av det gemensamma uppdraget. Gemensamma målbilder är i den meningen en grundläggande förutsättning för sammanhållna vårdkedjor där olika vårdgivare med ansvar för att erbjuda en patientcentrerad och tillgänglig vård samordnar vården vid vårdövergångar. Det ställer, i sin tur, krav på att utformning av uppdrag, uppföljning och ersättningssystem sker ur ett helhetsperspektiv som bygger på en bred och erfarenhetsbaserad kunskap och kompetens om hälso- och sjukvårdens funktionssätt på systemnivå. Allt detta skapar tillsammans förutsättningar för en sammanhållen vård. På övergripande

nivå är det HSN:s ansvar att säkerställa att det finns tillräckliga förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor.

En viktig förutsättning för sammanhållna vårdkedjor är att skapa incitament i avtalsstyrningen kring just det. Detta har berörts i kapitel 4 där det framkommer att den typen av incitament saknas. I avtalen finns krav på samverkan men det finns ingen ersättning kopplad till dessa krav.

Andra förutsättningar för samverkan som vi nedan redogör för är:

- Övergripande verktyg för samverkan
- Avtalsuppföljning och uppföljning för att få en helhetsbild av vården

5.1 Övergripande verktyg för samverkan

Ett forum för samverkan skulle bl.a. i ett tidigt skede fånga upp oklarheter i ansvarsfördelningen mellan aktörer, överbrygga meningsskiljaktigheter och fånga upp goda exempel att sprida vidare eller identifiera svagheter i vården som behöver tas om hand. Några exempel framkommer på lokala samverkansfora där olika aktörer i vårdkedjan möts för att diskutera frågor i gränssnitten dem emellan. Utöver detta har det enbart kommit fram att de geriatriska klinikerna i länet har ett gemensamt nätverk. HSF är som beställare inte representerat i detta forum.

I granskningen framkommer att det förekommer att akutsjukhusens specialistkliniker och de geriatriska klinikerna gör skilda bedömningar av patienternas behov av geriatrisk vård. Enligt akutsjukhusens uppfattning förekommer det att patienter inte tas emot av geriatrisk klinik efter att de färdigbehandlats på akutsjukhus och därför blir kvar på akutsjukhusens specialistkliniker. Företrädare för geriatriska kliniker uppfattar att akutsjukhusen inte alltid har tillräcklig kunskap om vilka vårdmöjligheter de geriatriska klinikerna har. De menar att det därför förekommer att akutsjukhusen vill överföra patienter som är för svårt sjuka för att kunna tas emot inom geriatriken. Verksamheternas företrädare upplever ett behov av att en övergripande instans som kan hjälpa till att lösa frågan till gagn för både patienten och verksamheterna.

5.2 Uppföljning av avtal och vården som helhet

Uppföljning av vårdverksamheter är ett mycket viktigt moment för att kunna bedöma om villkoren som ska styra vårdverksamheternas utveckling är tillräckliga och om de följs på avsett sätt. Uppföljning kan även användas för att stödja verksamheternas gemensamma lärande om sammanhållna vårdkedjor. Uppföljning av vårdverksamheter behöver ske så att den förvaltande nivån får kunskap från verksamhetsnivån om hur effektiviteten i vårduppdrag bör utformas. Betraktat ur detta perspektiv kan uppföljning dels ses som en uppföljning av om ingångna avtal följs, dels ses som ett verktyg för kommunikation mellan systemaktörer (politik, förvaltning, verksamheter) som medger gemensamt lärande på systemnivå.

Uppföljningsplanerna för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och primärvårdsrehabilitering är strukturerade utifrån kvalitetsområdena i Socialstyrelsens *God*

vård. Uppföljningsplanen för geriatrisk öppen- och slutenvård utgår ifrån rapporteringskrav när det gäller vårdrelaterade infektioner (VRI), kliniska vårdåtgärder (KVÅ) och riskbedömningar rörande bl.a. fall och undernäring.

Granskningen visar att uppföljningsplanerna har ett starkt produktionsfokus som syftar till att mäta verksamheternas prestationer och utfall uteslutande genom indikatorer och nyckeltal. Uppföljningen av de avtalsmässiga kraven på samverkan är begränsad. Det är endast i uppföljningsplanen för primärvårdsrehabilitering som det finns indikatorer som syftar till att kunna följa om det finns strukturerade rutiner för samverkan med andra vårdgivare, så som husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Denna indikator återfinns dock inte i uppföljningsplanen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Uppföljningen säger dock inget om i vilken grad strukturerade rutiner används eller om dess ändamålsenlighet i syftet att stödja samverkan. Det finns inte heller i något av de avtal som granskats, några uppföljningar som speglar sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov för de olika vårdvalen avseende husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, primärvårdsrehabilitering eller geriatrisk öppen- och slutenvård.

5.3 Kommentarer och bedömningar

Sammantaget framkommer att incitamenten i avtalsstyrningen för vårdgivare att arbeta för sammanhållna vårdkedjor är svaga. Det saknas även samverkansfora där representanter för alla vårdgivare och beställaren är representerade.

Avtalsstyrningen liksom uppföljningen har ett starkt fokus på produktion och vissa nyckeltal men uppföljningen ur ett helhetsperspektiv där sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov behöver utvecklas. Det är angeläget att styrningen av den geriatriska vården i större utsträckning än idag även inkluderar ett kunskapsperspektiv som stödjer lärandet för utvecklingen av sammanhållna vårdkedjor för patienter med geriatriska vårdbehov.

Revisionen uppfattar att en försvårande omständighet ur ett samverkansperspektiv är att geriatriska kliniker och akutsjukhusen återkommande gör skilda bedömningar av vilken vårdnivå som är den mest lämpliga ur omvårdnads- och patientsäkerhetssynpunkt. Frågan är väsentlig både för patienten och berörda verksamheter och behöver lösas på övergripande nivå, exempelvis genom att utveckla ett regionövergripande bedömningsverktyg eller genom ökade insatser för samverkan i syfte att skapa ett regionövergripande arbetssätt.

Den samlade bedömning är att HSN inte säkerställer att det finns tillräckliga förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor inom den geriatriska vården.

6 Övergripande planering och styrning

6.1 Utveckling av avtalsformer

Styrningen av den geriatriska vården sker genom ett flertal olika avtalsformer, se avsnitt 3. De tolv geriatriska kliniker som finns i dagsläget drivs i fyra olika former – upphandling genom LOU, vårdval genom LOV, drift i egen regi samt omställningsavtal för Karolinska sjukhuset och Södertälje sjukhus.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i september 2017 att ge hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att utreda hur ett gemensamt och sammanhållet vårdval för äldres vård och omsorg kan utformas. I tjänsteutlåtandet till beslutet framgår att det ofta är otydligt vilken vårdgivare som har huvudansvaret för att samordna de äldres vård och säkra att alla vårdbehov tillgodoses på ett bra sätt. Det behövs en definierad vårdgivare med ett tydligt helhetsansvar för den äldres vård som ska säkerställa att de äldres vårdbehov tillgodoses inom såväl vårdvalets alla delar som övrig vård och omsorg.

I april 2018 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att införa vårdval geriatrik, vilket startade i maj 2019. I tjänsteutlåtandet till beslutet om vårdval geriatrik framkommer att intentionen är att vårdval sammanhållen seniorvård ska integrera geriatrisk vård med andra vårdformer. Eftersom detta av förvaltningen bedöms vara en komplex process, sker implementeringen i tre etapper. Den första etappen är att införa vårdval geriatrik. Den andra etappen utgörs av införandet av konceptet sammanhållen seniorvård som även omfattar primärvård, öppenvård och hemsjukvård. Den tredje etappen är en sammanlänkning av de två första etapperna.

Beslut om sammanhållen seniorvård fattades av HSN i april 2019. Nämnden beslutade då att upphandla ett samlat koncept på Sollentuna sjukhus där geriatrisk slutenvård, geriatrisk öppenvård, såsom minnesmottagning och mottagning för äldre personer med sammansatta vårdbehov ska ingå, samt vård som kompletterar den geriatriska vården, exempelvis rehabiliteringsinsatser. Driftstarten är planerad till våren 2020. Av tjänsteutlåtandet framgår att denna inriktning ligger i linje med ett av målen i Framtidsplanen som handlar om att patienters vårdbehov ska kunna tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja. I granskningen har framkommit att upphandlingen av sammanhållen seniorvård vid Sollentuna sjukhus kan ses som ett första steg i införandet av etapp två. Enligt den nuvarande planeringen kommer etapp två även att bestå av en utveckling av den basala hemsjukvården och en utveckling av äldremottagningar vid vårdcentralerna.

I tjänsteutlåtandena finns ingen tidplan för den tredje etappen, dvs. när sammanlänkningen ska genomföras eller vad denna mer konkret kommer att innebära. I granskningen har framkommit att planeringen av etapp tre precis har påbörjats men att det ännu är för tidigt att säga hur denna kommer att utformas.

I underlagen för de senaste besluten, dvs. de tre tjänsteutlåtandena, finns inga analyser av hur nya avtalsformer påverkar den geriatriska vården i befintliga

avtalsformer ur ett helhetsperspektiv. Det framgår däremot i underlaget till beslut i april 2019 att detta är ”ytterligare ett steg i en sammanhållen vård för äldre”.

HSN fattade i juni 2018 beslut om att godkänna *Geriatrikplan för Stockholms län 2018 – 2026*[11]. Planen är ett samlat underlag kring vilka behov av geriatrisk vård som antas uppstå i framtiden. Den innehåller bland annat beräkningar av hur vårdbehovet kan komma att utvecklas framöver, förslag på hur den geriatriska vården bäst kan användas för att tillgodose målgruppens behov samt var den geriatriska vård som behöver upphandlas bör placeras geografiskt. En genomgång sker av vilka vårdgivare som idag bedriver geriatrisk vård och vilken avtalsform som används. Det sker dock ingen samlad analys av om använda avtalsformer sammantaget ger önskade effekter alternativt leder till sämre möjligheter att säkerställa en god och sammanhållen vård för geriatriska patienter.

6.2 Övergripande uppföljning och utvärdering

Som tidigare nämnts förutsätter sammanhållna vårdkedjor, där flera vårdgivare erbjuder en patientcentrerad och tillgänglig vård på ett sömlöst sätt, en bred kunskap om hälso- och sjukvårdens funktionssätt på systemnivå. I granskningen framkommer att avtalsstyrningen och avtalsuppföljning inte har bidragit till att skapa arbetssätt som är optimerade för kartläggning och analys av vården utifrån ett helhetsperspektiv. Ingen samlad uppföljning eller analys sker heller i ett systemperspektiv i syfte att besvara hur länets geriatriska vård fungerar i sin helhet. Statistiska underlag tas fram utifrån de indikatorer och nyckeltal som finns i uppföljningsplanerna för respektive vårdval.

Enligt HSF går utvecklingen mot att lyfta in mer av kunskap om verksamheten och dess kvalitet i avtalsstyrningen. Som exempel framhålls det nya vårdvalet sammanhållen seniorvård, vilket ska leda till ökad kunskap om sammanhållen geriatrisk vård utifrån patienternas behov som i sin tur kan tas tillvara i utvecklingen av den geriatriska vården i stort. Beslut om att planera för en upphandling av sammanhållen seniorvård har precis tagits och det är således ännu för tidigt att bedöma vad detta kommer leda till.

6.3 Vårdplatser och bedömning av framtida vårdbehov

Enligt Framtidsplanen skulle de mindre sjukhusen byggas ut och flera av dem skulle ha geriatrik som inriktning. Den ursprungliga planen har dock inte följts, med undantag för Sollentuna sjukhus. Under senare år har planeringen ändrats och processen inletts för att sälja vissa av de mindre sjukhusen. Enligt Geriatrikplanen riskerar en försäljning att skapa oklara förutsättningar för om det på lång sikt kan bedrivas geriatrisk vård i fastigheterna, eftersom regionen då inte har rådighet över fastigheterna. Försäljningarna är baserade på landstingets principer för ägande av hälso- och sjukvårdens fastigheter där ett mål är att få andra aktörer än landstinget att bära en del av fastighetsinvesteringarna. Enligt Geriatrikplanen fanns i budgeten 2018 planer

[11] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, (2018), *Geriatrikplan för Stockholms län 2018–2026,* dnr. HSN 2018–0326.

på att inleda försäljning av Jakobsbergs sjukhus, Bromma sjukhus och delar av Sabbatsbergs sjukhus. Av Geriatrikplanen framgår att motsvarande kapacitet för geriatrisk vård även fortsatt behöver finnas i respektive geografiskt område. Flera andra av länets mindre sjukhus med geriatriska vårdplatser är även i behov av upprustning enligt planen. Försäljningarna har dock ännu inte påbörjats, vilket skapat en osäkerhet i planeringen av den samlade geriatriska vården.

HSF använder sedan 2006 äldrepoäng som mått på vårdbehovet i ett område. Invånare över 65 år i de geriatriska klinikernas geografiska ansvarsområden viktas utifrån sin ålder indelade i åldersintervall 65–74 år och 75–84 år samt 85 år eller äldre. På så sätt standardiseras ansvarsområdenas vårdtyngd utifrån medborgarnas ålder och deras konsumtion av vård.[12] Detta sätt att uttolka medborgarnas vårdbehov bygger på antagandet att det finns ett linjärt samband mellan medborgarnas ålder och deras konsumtion av vård. Samstämmiga uppgifter under intervjuer med företrädare för geriatriska kliniker gör gällande att det finns andra aspekter att ta hänsyn till när vårdbehov uppskattas. Modellen med äldrepoäng tar inte hänsyn till hur befolkningens hälsa varierar med socioekonomiska förhållanden.

I granskningen har framkommit att det inom det geriatriska nätverket finns synpunkter på att ålder är ett så utslagsgivande mått när befolkningens vårdbehov ska uttolkas, men tillstår att det saknas statistik som beskriver de faktiska förhållandena. Det framhålls att en oavsedd men möjlig effekt av att äldrepoängen ligger till grund för beräkningen av vårdplatsbehovet, är att ålder snarare än faktiska vårdbehov styr utvecklingen av antalet vårdplatser.

Den metod som används i geriatrikplanen för att beräkna behovet av vårdplatser och bedöma vårdkonsumtionen utgår inte ifrån befintlig epidemiologisk statistik om folkhälsoutvecklingen med fokus på hur incidensen förväntas utvecklas under perioden för exempelvis diabetes typ-2, KOL och övervikt/fetma.

6.4 Andra faktorer som påverkar utvecklingen

Inrättandet av vårdens kunskapsstyrningsnämnd från den 1 januari 2019 kan ses som en del i en allmän utvecklingslinje mot mer av styrning med kunskap och kvalitet. Detta bl.a. som en konsekvens av det nationella kunskapsstyrningsarbetet med *Nationella programområden (NPO).* Det finns 23 NPO och ett nationellt primärvårdsråd – ett av dessa är *Äldres hälsa*. NPO leder kunskapsstyrningen inom respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner. I granskningen har framkommit att NPO-arbetet hittills inte haft en direkt påverkan på HSN:s styrning av den geriatriska vården.

I december 2018 fastställde Landstingsfullmäktige ett nytt reglemente för HSN. Det nya reglemente uttrycker mer av samlad styrning än reglementet för den förra

[12] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, (2018), *Geriatrikplan för Stockholms län 2018-2026,* dnr. HSN 2018-0326, s. 13.

mandatperioden som i allt väsentligt pekade ut beställaransvaret. Nu betonas systemansvaret i större utsträckning.

På vilket sätt utvecklingen av den nationella kunskapsstyrningen och betoningen på systemansvar i HSN:s reglemente kommer bidra till en utveckling mot mer sammanhållen vård utifrån patienternas behov är fortfarande för tidigt att säga.

6.5 Kommentarer och bedömning

Planer och beslut som ligger till grund för styrningen och utvecklingen av den geriatriska vården finns i huvudsak i:

- Framtidsplanen och intentionerna om sammanhållna vårdkedjor samt om en utbyggnad av den geriatriska vården vid flera sjukhus. Det senare har inte förverkligats.
- HSN:s beslut om införande av vårdval geriatrik samt beslut om att initiera upphandling av samlad seniorvård som i beslutsunderlaget beskrivs som ”ytterligare ett steg i en sammanhållen vård för äldre”
- Geriatrikplanen som är den mest sammanhållna planen kopplat till geriatrisk vård

I de två senare besluten/planerna saknas en tydlig utgångspunkt i hur den geriatriska vården fungerar och vilka styrkor och svagheter som är viktiga att beakta vid kommande förändringar. I det senaste beslutsunderlaget avseende upphandling av sammanhållen seniorvård ingår som framgått ingen analys av hur ytterligare en avtalsform ska bidra till förbättringar av den samlade avtalsstyrningen inom geriatrik. Det finns därför behov av att stärka uppföljningen i syfte att skapa en bättre helhetsbild av den geriatriska vården som kan bilda utgångspunkt för kommande förändringar.

Sammanfattningsvis är bedömningen att det finns en plan för geriatriken, Geriatrikplanen. Den är dock inte en plan för hur styrningen av den geriatriska vården ska utvecklas. Avtalsstyrningen som styrform och dess betydelse för att fylla behov i styrningen av geriatriska patienter har inte varit en analyspunkt i Geriatrikplanen. Geriatrikplanen beskriver bara delvis hur vårdformen ska utvecklas, men tar inte sin utgångspunkt i en analys av hur vården fungerar idag eller hur dagens avtalsstyrning bidrar till eller försvårar en önskad utveckling av geriatrisk vård.

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. Verksamhets-revisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på regionrevisorernas webbplats www.sll.se. De kan också beställas från revisionskontoret. 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/rev
Org.nr: 232100-0016