Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Färdigställd mars 2018

Fördjupad uppföljning av akutsjukhusens omställningsavtal

Uppföljningen belyser huvudsakligen perioden år 2013-2017 inklusive de två första åren med omställningsavtal (2016-2017)

Inom ramen för projekt Sjukhusavtal 2020



Sammanfattning

Rapporten *Fördjupad uppföljning av omställningsavtal* har tagits fram som en delleverans i projekt *Sjukhusavtal 2020*. Projektet har uppdraget att ta fram nya avtal för de landstingsägda akutsjukhusen inom Stockholms län landsting (SLL). Rapporten beskriver nuvarande och tidigare avtal samt redovisar effekterna av nuvarande sjukhusavtal (omställningsavtal) åren 2016-2017. Perioden 2013-2015 används som referens. Den fördjupade uppföljningen syftar till att belysa trender utifrån avtalsperspektivet, men berör också många förklaringsfaktorer som ligger utanför avtalets påverkansramar.

Uppföljningen visar att omställningsavtalen har möjliggjort genomförandet av *Framtidsplanen* och gett långsiktiga och flexibla planeringsförutsättningar för akutsjukhusen under en förändringsperiod. Avtalen har också inneburit att hälso- och sjukvårdsnämnden varit relativt låsta i sina beställningar under avtalsperioden. Omställningsavtalen har inte stått i vägen för *Effektiva arbetsprocesser* men effektivisering har varit svårt att mäta.

Gentemot målbilden för framtidens hälso- och sjukvård 2025 har:

- *Tillgängligheten* i huvudsak upprätthållits eller förbättrats, med undantag för väntetider för specifika vårdområden. Vistelsetiderna har ökat på fem av sex av de landstingsägda akutsjukhusens akutmottagningar.
- Ett gap mellan beställd vård och producerad vård har identifierats, vilket för landstinget innebär att vården på akutsjukhus blir dyrare ”per styck” och att *produktiviteten* mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång går ner.
- Vårdstrukturförändringar har i huvudsak skett i linje med Framtidsplanen.
- SLL:s utfall i kvalitetsparametrar är gott jämfört med rikssnitt, men når inte de nationella målnivåerna inom alla områden. Det har skett en utveckling av akutsjukhusens kvalitetsarbete och beställarens sätt att styra och följa upp *kvalitet*.

Förkortningar

ACG	Adjusted clinical groups
CStG	Capio S:t Görans sjukhus
CVR	Centrala väntetidsregistret
DS	Danderyds sjukhus AB
DRG	Diagnosrelaterade grupper
FHS	Framtidens hälso- och sjukvård
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
K	Karolinska Universitetssjukhuset
K/S	Karolinska Universitetssjukhuset Solna
K/H	Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
LSF	Landstingsstyrelsens förvaltning
NSV	Avdelningen för närsjukvård (HSF)
OA	Omställningsavtal
KPP	Kostnad per patient
RCC	Regionalt cancercentrum
SLL	Stockholms läns landsting
SLV	Slutenvård
StE	S:t Eriks Ögonsjukhus AB
SSV	Avdelningen för somatiskt specialistvård (HSF
STS	Södertälje sjukhus AB
SVF	Standardiserade vårdförlopp
SÖS	Södersjukhuset AB
TH/NTS	TioHundra AB Norrtälje sjukhus
TRF	Trafik- och regionplaneförvaltningen
VoS	Verksamhetsstyrning och stöd
VRI	Vårdrelaterade infektioner
VTF	Vårdtillfälle
ÖPV	Öppenvård



Bildkälla: © SLL bildbank

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

Bildkälla framsida: ©SLL bildbank
Bildkälla innehåll: CCO public domain

Bakgrund

Vården som bedrivs av Stockholms akutsjukhus består av både akuta och elektiva uppdrag för att tillgodose befolkningens behov av sjukhusansluten vård. Vården som bedrivs är specialiserad och i vissa fall högspecialiserad. Enskilda akutsjukhus har rikssjukvårdsuppdrag inom ett eller flera områden. På akutsjukhusen omhändertas främst patienter som är i behov av akut och/eller avancerad vård och omhändertagande, exempelvis cancerpatienter, allvarligt akut sjuka samt kroniskt sjuka.

Avtal är beställarens (HSN) främsta medel att styra akutsjukhusens verksamhet och från den 1 januari 2016 regleras de landstingsägda akutsjukhusens vårduppdrag genom så kallade omställningsavtal. Omställningsavtalen gäller i fyra år och den nuvarande avtalsmodellen har som syfte att ge akutsjukhusen stabila förutsättningar för att underlätta genomförandet av *Framtidsplan för hälso- och sjukvården (Framtidsplanen)*.

Ett antal stora förändringar och projekt genomförs eller har genomförts under nuvarande avtalsperiod, till exempel:

- öppnandet av Nya Karolinska Solna
- vårdstrukturförändringar av akut och planerad öppen- och slutenvård mellan akutsjukhusen
- överföring av vård till vårdgivare utanför akutsjukhusen
- omstruktureringar av det akuta omhändertagandet
- förstärkning av husläkarens roll
- ny- och ombyggnationer på ett flertal av de landstingsägda akutsjukhusen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fått i uppdrag att tillsammans med de landstingsägda akutsjukhusen och LSF ta fram ett nytt sjukhusavtal som ska börja gälla år 2020. Rapporten *Fördjupad uppföljning av omställningsavtal* utgör en delleverans i projektet Sjukhusavtal 2020.

Källa: Respektive akutsjukhus omställningsavtal, socialstyrelsen (ex tillgängligt via http://www.socialstyrelsen.se/rikssjukvard), Framtidsplanen SLL

Syfte och frågeställningar

Enligt beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden ska effekter av nuvarande avtalsmodell för de landstingsägda akutsjukhusen i Stockholms län (omställningsavtalen) analyseras för att dra lärdomar inför kommande avtalsutveckling (HSN 2017-0570). Uppdraget har delats upp i tre leveranser:

- Kartläggning av styrmodell (behandlas i separat rapport).
- Omvärldsbevakning (behandlas i separat rapport).
- Fördjupad uppföljning av omställningsavtal.

Syfte med den fördjupade uppföljningen av omställningsavtal

- Att genomföra en kartläggning av nuvarande och tidigare avtalsmodeller samt att följa upp effekter av omställningsavtalen för att dra lärdomar inför kommande avtalsutveckling.

Frågeställningar

- Hur har styrningen av akutsjukhusen utformats över tid?
- Har intentionerna i omställningsavtalet uppfyllts?
- Vilka effekter av nuvarande avtalsmodell kan identifieras?

Metod *(bild 1/3)*

Den övergripande analysansatsen kan förenklat beskrivas enligt illustrationen nedan.

I avsnitt två och tre beskrivs de resurser och förutsättningar som finns dels i regionen, i de planer som finns för sjukvårdssystemet i SLL, samt de förutsättningar som omställningsavtalet ger akutsjukhusen.

I avsnitt fyra utgår analysen från intentionerna i omställningsavtalet och följer de aktiviteter som utförts i form av vårdkontakter, tillgänglighetsstatistik med mera, samt i förhållande till de effekter som är möjliga att mäta för vården, patienten och samhället.

I alla delar av analysen finns viss påverkan av externa faktorer i förhållande till omställningsavtalet, såväl regionala som nationella.



Metod *(bild 2/3)*

Uppföljningen bygger på två huvudsakliga delar. Dels en kvantitativ analys som i grunden baseras på den löpande avtalsuppföljningen av akutsjukhusen, databaser och inrapporterade resultat och dels en kvalitativ kunskapsinhämtning genom semistrukturerade intervjuer och referensgruppsmöten. Analysen kan visa på eventuella tendenser till förändringar, riktning och storleksordningar kopplat till införandet av omställningsavtalen men inga exakta svar kan ges. Jämförelser mellan vårdgivare görs inte. I läsningen av materialet bör beaktas att jämförelser mellan vårdgivare kompliceras av skillnader i förutsättningar och uppdrag och är därför inte alltid är möjliga.

Den fördjupade uppföljningen utgår från avtalsperspektivet, men många förklaringsfaktorer ligger utanför avtalets påverkansramar, exempelvis externa faktorer såsom resurstillgång, förseningar i om- och nybyggnationer samt övriga planerade och oplanerade förändringar i sjukvårdsystemet. I ett komplext vårdsystem med många aktörer föreligger alltid skillnader i registrering i journalsystem, databaser, inrapporterade resultat och på samma sätt föreligger olikheter i tolkningar och agerande utifrån avtalets intentioner.

Intervjuerna har genomförts under perioden juni-augusti 2017 med representanter från vårdgivare, beställare och ägare. Referensgruppsmöten med representanter från respektive avtalspart har genomförts och bidragit till den slutgiltiga analysen med kunskap och tolkning av resultat.

Analysmaterial har i första hand inhämtats för perioden 2013 till och med 2017. Perioden ger möjlighet till jämförelse av de två första åren med omställningsavtal, 2016-2017, och tidigare avtalsperiod med andra avtalsförutsättningar. Vissa datakällor såsom patientenkäter uppdateras mer sällan och källor som Kolada och KPP-databasen uppdateras med 2017 års data under senare delen av 2018, varför 2017 års siffror inte varit möjliga att få med i rapporten.

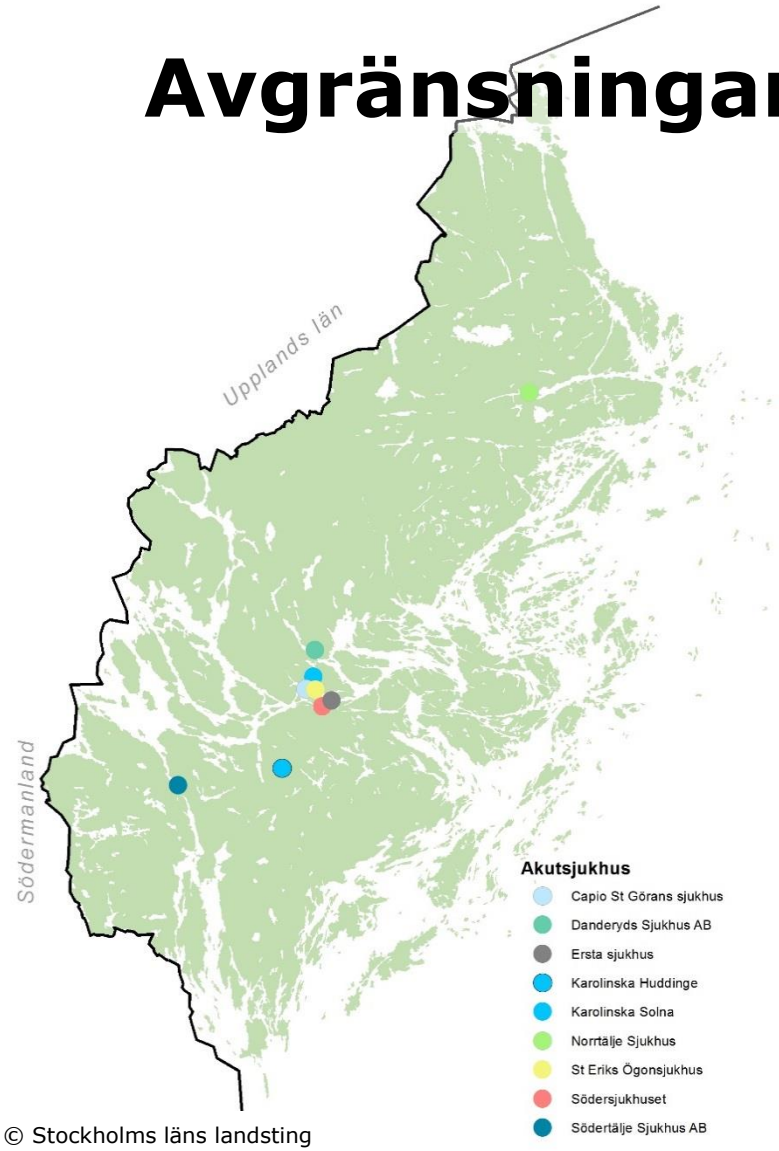
Metod *(bild 3/3)*

Den kvantitativa delen har sammanställts i samverkan mellan Avdelningen för somatisk specialistvård (SSV), Utvecklingsavdelningen (UA) och Verksamhetsstyrning och stöd (VoS) inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, SLL. Gemensamma datakällor är VAL-databasen, patient- och befolkningsenkäter, Hälso- och sjukvårdsbarometern, kvalitetsregister, vården i siffror och löpande inrapportering från akutsjukhusen, till exempel avseende kvalitetsresultat.

För nationella och internationella jämförelser har data från Kolada och SKL (vantetider.se) använts. Under respektive bild anges källa samt urval och det kan föreligga skillnader i urval mellan datakällorna som kan påverka utfallet. I största möjliga mån har analysen utgått från den DRG-satta delen av den utförda vården, vilket är den del av avtalet som är kopplat till målvolymer (DRG-poäng) i avtalet. Det innebär att det finns delar av avtalet som inte belyses i denna rapport, främst uppdrag som i avtalet sorteras in under ”övriga vårduppdrag”.

För CVR och SVF finns mer utförliga förklaringar i analysdelen (avsnitt 4) för att underlätta tolkningen av resultatet.

Avgränsningar



Period: Rapporten behandlar i första hand perioden 2013 till och med 2017. Två olika avtalsmodeller användes under perioden vilket möjliggör jämförelser (se avsnitt 3). För vissa mått finns dock inte hela perioden tillgänglig.

Inkluderade akutsjukhus: Rapporten är ämnad att i första hand belysa hur omställningsavtalet har möjliggjort intentionerna i omställningsavtalet och *Framtidsplanen*. Analysfokus ligger därför på de landstingsägda akutsjukhusen med omställningsavtal:

- Danderyds sjukhus AB
- Karolinska Universitetssjukhuset (som i vissa fall är uppdelat i lokaliseringar till Solna och Huddinge)
- Södersjukhuset AB
- Södertälje sjukhus AB
- S:t Eriks ögonsjukhus AB

För jämförelse inkluderas även Norrtälje sjukhus (avtal som liknar omställningsavtalet) samt Capio S:t Görans sjukhus (upphandlat avtal enligt LOU) i ett antal analyser. Ersta sjukhus (upphandlat avtal) finns med i ett fåtal analyser.

Akutsjukhusens uppdrag: Rapportens kvantitativa del följer i första hand akutsjukhusens uppdrag som regleras i omställningsavtalet samt de vårdkontakter som registrerats i VAL-databasen. Urval framgår under respektive bild. Alla akutsjukhusens uppdrag registreras inte och har därför inte varit möjliga att följa inom ramen för denna uppföljning.

© Stockholms läns landsting

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

2. Befolkning och förutsättningar

Det här avsnittet beskrivs kända faktorer som ger förutsättningar för styrning och utformning av avtal samt utfall och resultat i vården.
Avsnittet behandlar:

- Befolkningsförändringar
- Målbild för framtidens hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting
- Investeringar i om- och nybyggnationer
- Beställarprocessen
- Vårdutbudskarta
- Cancerplanen
- Avtalsstyrning



Bildkälla: © SLL bildbank

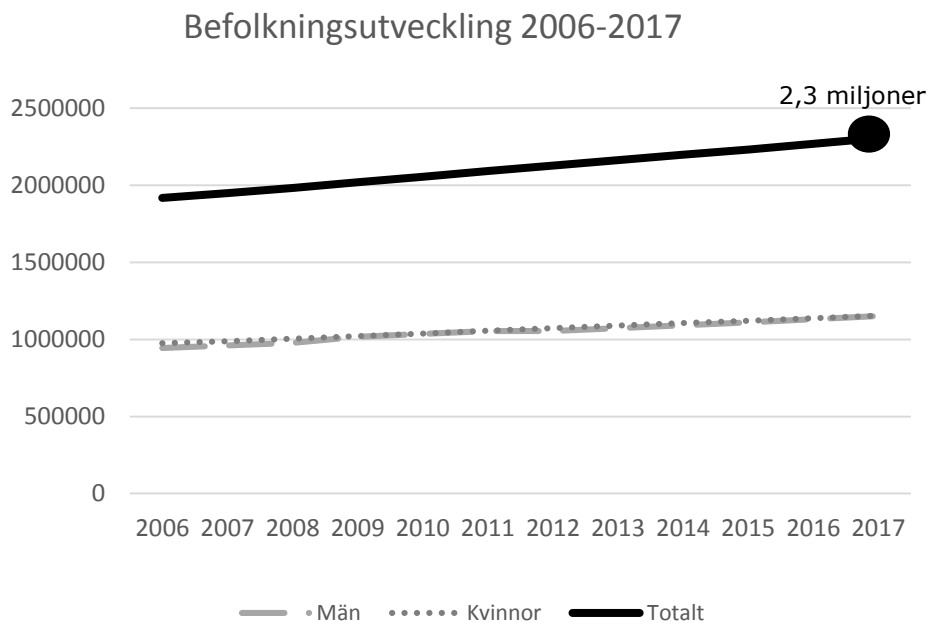
Befolkningsförändringar

Stockholms län har sedan 2006 haft en stadig befolkningsökning på i snitt 35 000 personer per år. Ökningen visar att Stockholm är en attraktiv och växande region men innebär samtidigt utmaningar för hälso- och sjukvården att möta det framtida vårdbehovet.

Även om befolkningsökningen sker i de flesta åldersgrupper är trenden för Stockholm en ökande andel äldre personer. Exempelvis är den största ökningen mellan 2011 och 2016 i åldersgruppen 70–74 år med 43 procent.

Befolkningens ålderssammansättning påverkar det totala vårdbehovet i befolkningen då en äldre befolkning överlag har ett större vårdbehov.

Prognosen från 2020 till 2050 är en något lägre befolkningsökningstakt om cirka 23 500 personer per år.



Källa: Statistiska centralbyrån och prognos från TRF (tillväxt och regionplaneförvaltningen, SLL) tillgänglig via http://www.rufs.se/demografiska-prognoser/demografiska-prognoser/lans-och-kommunprognoser/

Målbild för framtidens hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting

Landstingsfullmäktige beslutade i juni 2011 att inleda ett arbete med att utveckla framtidens hälso- och sjukvård. För att möta framtidens utmaningar och vårdbehov fastställdes *Framtidsplan för hälso- och sjukvården (Framtidsplanen).* Målbilden för framtidens nätverkssjukvård 2025 sammanfattas enligt bilden nedan:



Dessa principer ligger till grund för de, vid rapportens sammanställande, pågående strukturella förändringarna av länets hälso- och sjukvård.

Källa: Stockholms läns landsting, Framtidsplanen (LS 1409-1068)

Investeringar i ny- och ombyggnationer

Ett flertal stora investeringar görs under perioden 2016-2019 för att möta en växande befolkning, utveckla befintliga vårdmiljöer samt förbättra vård och vårdflöden. Investeringarna innebär olika saker för respektive akutsjukhus, till exempel flytt av vårdverksamhet till andra lokaler, ansvar för nya patientgrupper, eller att föra över vård till andra vårdgivare. Överföringar av vård ställer även stora krav på samverkan.

De stora investeringarna som rör de landstingsägda akutsjukhusen är:

- Nya Karolinska Solna ska ersätta stora delar av de tidigare vårdbyggnaderna som tillhör Karolinska i Solna. Inflyttning i det nya sjukhuset sker i etapper från år 2016.
- Södertälje sjukhus får en ny vårdbyggnad 2017-2018 och delar av det gamla sjukhuset rivs.
- S:t Eriks Ögonsjukhus flyttar till en nybyggd vårdbyggnad år 2020.
- Danderyds sjukhus får en ny vårdbyggnad.
- Södersjukhuset renoveras och får nya byggnader.

Några exempel på relaterade investeringar och nybyggnationer:

- En ny vårdbyggnad på Sankt Görans sjukhusområde.
- Upprustning av de mindre specialistsjukhusen.



Modell Nya Karolinska Solna (NKS)
Bildkälla: © SLL bildbank

Källa: Framtidsplanen, samt dokument relaterade till ”Genomförande av FHS” internt på HSF

Beställarprocessen för hälso- och sjukvården

I figuren nedan beskrivs hälso- och sjukvårdsförvaltningens (beställarens) process för att tillgodose befolkningens samlade vårdbehov samt ge akutsjukhusen goda förutsättningar att bedriva ändamålsenlig verksamhet. Beställningen till akutsjukhusen grundar sig på befolkningens vårdbehov och en sammanställning av vårdutbudet (vårdutbudskartan). Prognosen ger i sin tur ingångsvärden till en långsiktig plan samt strategiska prioriteringar för att säkerställa framtida vårdutbud genom investeringar i till exempel infrastruktur, kompetensförsörjning organisationsutveckling.

En fortlöpande uppföljning av förändringar av vårdutbudet sker och ligger till grund för framtida beställningar och behovsbedömningar.



Källa: Budget LS 0217-0452 (p 124)

Vårdutbudskartan

Vårdutbudskartan ligger till grund för beräkning av vårdvolymer under perioden med omställningsavtal.

Vårdutbudskartan sammanställer utbyggnaden av vårdens kapacitet utifrån prognosticerade vårdbehov. Sammanställningen är baserad på antaganden om medelvårdtider samt 2012 och 2013 års kapacitetsutnyttjande.

Den sammanlagda ökningen fram till och med år 2018 innebär en viss planerad överkapacitet jämfört behovsbedömningen. Denna bedöms nödvändig för att klara eventuella förseningar i byggprocesser eller andra oförutsedda störningar.

Tydliggörande av respektive akutsjukhus uppdrag och utveckling har gjorts i så kallade gemensamma avsiktsförklaringar som undertecknats av respektive sjukhus, HSF och LSF.

Vårdutbudskarta enligt Framtidsplanen tredje steget. Årlig förändring av vårdutbudet. Tabellen visar antal vårdtillfällen, inklusive utomlänspatienter och patienter från andra länder.

		Utfall 2012	Utfall 2013	Planering 2014/2015	Planering 2016	Planering 2017	Planering 2018	Totalt 2018
Somatisk vård vid akutsjukhusen								
Karolinska	Solna	58 400	57 300		-15 000	-43 400	0	0
	Solna, ny vårdstruktur				10 000	35 000	0	45 000
	Huddinge	43 900	42 300		1 500	1 500	1 500	48 400
	SÖS och Danderyds sjh	2 500	2 350		0	0	0	2 500
S:t Görans Sjukhus		28 900	30 000		2 050	4 100	4 100	40 700
Danderyds Sjukhus		45 500	46 600		1 500	1 500	4 000	53 400
S:t Eriks Ögonsjukhus		1 700	1 850		0	0	0	1 850
Södersjukhuset		60 500	61 500		1 600	1 200	2 000	67 500
Södertälje sjukhus		11 600	11 400		500	500	2 200	14 500
Norrtälje sjukhus		7 000	7 150		400	400	400	8 500
Totalt årlig förändring		***260 000***	***260 450***	***4 350***	***2 550***	***800***	***14 200***	***282 350***
Totalt ackumulerat antal vårdtillfällen		***260 000***	***260 450***	***264 800***	***267 350***	***268 150***	***282 350***	
Procentuell ökning jämfört med 2013							***8,4 %***	
Övriga vårdområden								
Övrig somatisk specialistvård		12 500	13 450	5 725	3 225	3 225	3 225	28 850
Stödjande vård		0	0	2 000	2 000	0	0	4 000
Geriatrik		29 200	29 650	6 400	1 050	650	750	38 500
Palliativ vård, (inkl ASiH)		2 800	3 050	1 650	100	100	100	5 000
Specialiserad rehabilitering		6 050	6 200	800	150	150	150	7 450
Psykiatri		35 750	35 600	1 100	600	600	600	38 500
Totalt årlig förändring		***86 300***	***87 950***	***17 675***	***7 125***	***4 725***	***4 825***	***122 300***
Totalt ackumulerat antal vårdtillfällen		***86 300***	***87 950***	***105 625***	***112 750***	***117 475***	***122 300***	
Procentuell ökning jämfört med 2013							***39,1%***	
Totalt alla vårdgivare, årlig förändring				**22 025**	**9 675**	**5 525**	**19 025**	**404 650**
Totalt alla vårdgivare, ackumulerad förändring		***346 300***	**348 400**	**370 425**	**380 100**	**385 625**	**404 650**	

Källa: Framtidsplanen tredje steget (LS 1409-1068) tillgänglig via http://www.sll.se/Global/Om%20landstinget/Ekonomi/Finansiella%20rapporter/Framtidsplanen-tredje-steget-LS-1409-1068.pdf samt gemensamma avsiktsförklaringar (GAF, 2014) LS 1403-0280

Cancerplan

En cancerplan, som utgår från ett nationellt uppdrag från regeringen, har tagits fram för SLL för perioden 2016-2019. Planen beskriver riktlinjerna för framtidens cancervård i regionen, en vård som ska utformas utifrån patientens perspektiv och de mål som fastställs i den regionala cancerstrategin. De förändringar som cancerplanen innebär för akutsjukhusens uppdrag innebär i de flesta fall en förtydligad och/eller ökad nivåstrukturering av vården.

Exempel på förändringar under 2013-2017:

- Under perioden 2013-2015 har arbetet med att samla kirurgisk behandling av kolorektal- och prostatacancer till färre enheter utförts eller initierats. Arbetet slutförs under omställningsavtalsperioden och syftar till att möjliggöra en sammanhållen vårdprocess runt patienten.
- Verksamheten för små och komplicerade tumörsjukdomar koncentreras till Karolinska.
- Bröstcancervården samlas på tre bröstcentran
- Utveckling av diagnostiskt centrum på Södertälje sjukhus (2014) och Danderyds sjukhus (2017) . Detta regleras i särskilda avtal utanför omställningsavtalet.

Källa: Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland (RCC), information tillgänglig via https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/cancerplan-2016-2019/

Avtalsstyrning

Styrning av vården vid de landstingsägda akutsjukhusen har historiskt skett genom teckning av direktavtal mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och akutsjukhusen. Principen är att hälso- och sjukvårdsnämnden (beställaren) beslutar om vad som ska göras och akutsjukhusen (utförare) via avtal får ersättning att utföra uppdrag för nämndens räkning. Avtal är beställarens främsta styrmedel för att säkra vårdutbudet till länets invånare. Styrningen av akutsjukhusen genom omställningsavtal påverkas även av att landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) är part i avtalet.

I avtal regleras akutsjukhusens uppdrag, ersättning och uppföljning. Hur akutsjukhusens uppdrag ska beskrivas, på vilket sätt uppdraget ska ersättas och hur producerad vård ska följas är därför viktiga strategiska val inför kommande avtalsmodell.

Med avtalsmodell menas i detta arbete en avvägning av hur avtalets olika delar balanseras sinsemellan. Avtalet består av olika delar där följande beskrivs:

- Krav som gäller alla vårdgivare inom landstinget, till exempel allmänna villkor.
- Krav som gäller specifika vårdavtal, till exempel uppdragsbeskrivningen.
- Hur kravet ska ersättas, till exempel kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel och ersättningsprinciper.
- Hur kravet ska följas upp, till exempel kvalitetsindikatorer, rapportering och avtalsuppföljning.
- Krav på tekniska förutsättningar, till exempel IT-system.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

3. Avtalskonstruktion - tidigare och nuvarande

Avsnittet innehåller en historisk sammanställning av akutsjukhusens tidigare avtalsmodeller samt en genomgång av nuvarande omställningsavtal.

Avsnittet behandlar:

- Akutsjukhusens avtalsmodeller över tid
- Om omställningsavtal
- Vårduppdrag i omställningsavtal
- Ersättningsmodell för omställningsavtal
- Ekonomisk uppräkning under perioden



Bildkälla: © SLL bildbank

Akutsjukhusens avtal över tid *(bild 1/2)*

I och med omställningsavtalen slöts för tredje gången långsiktiga avtal med akutsjukhusen. De två tidigare långsiktiga avtalen, kallade flerårsavtal, gällde under perioderna 2009–2011 och 2012–2016. Före etableringen av flerårsavtal slöts ettårsavtal.

Sedan 90-talet har ersättningsmodellerna för akutsjukhusen primärt varit baserade på en produktionsrelaterad ersättning. Under följande period infördes bonus och viten relaterade till väntetider i vården eftersom låg tillgänglighet var en central utmaning under 90-talet.

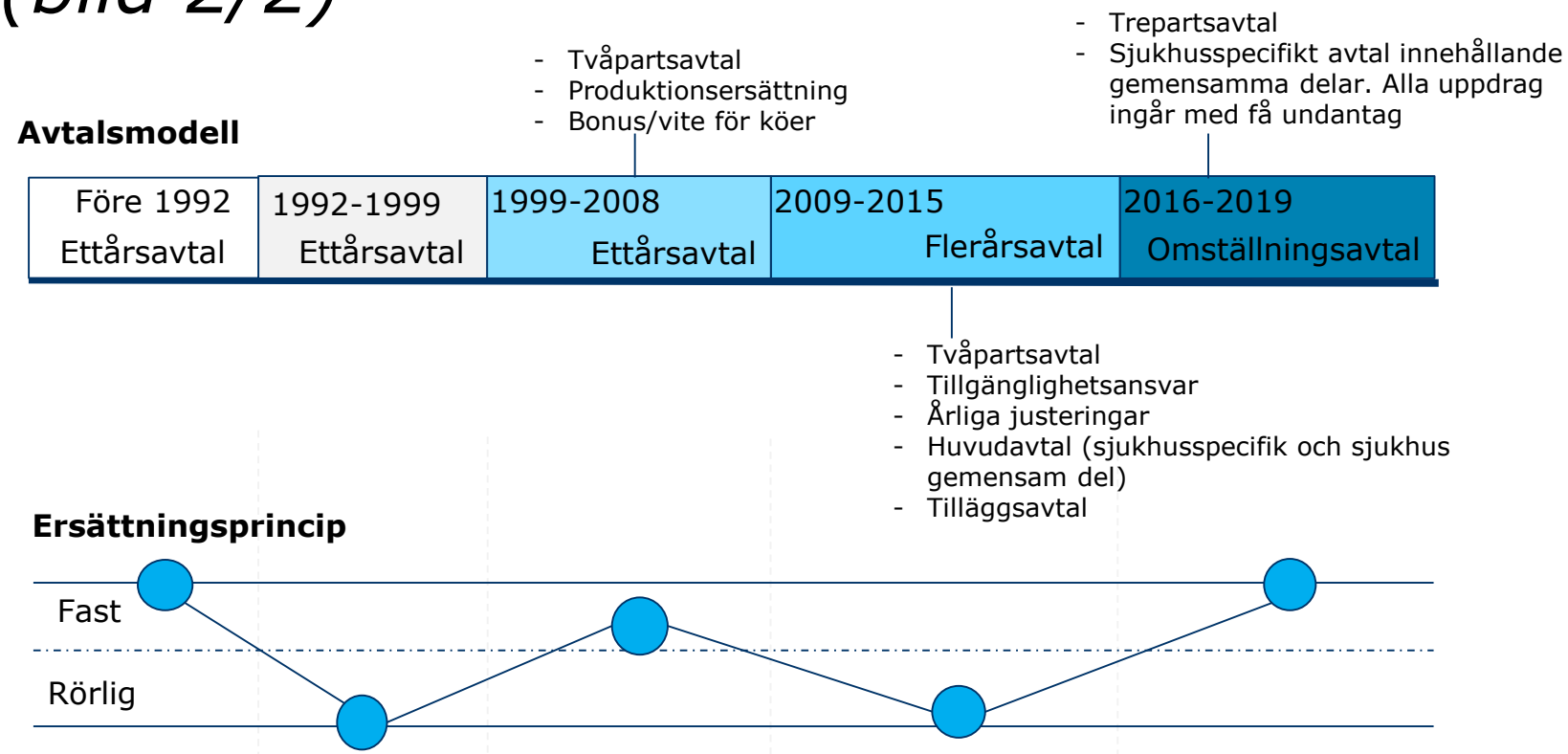
Nästa stora brytpunkt kom 2007 då landstingsfullmäktige beslutade om en ny strategi för styrning av akutsjukhusen. Strategin innebar flerårsavtal för akutsjukhusen med målet att förbättra förutsättningarna för akutsjukhusens långsiktiga planering och att öka akutsjukhusens ansvar för styrning av den egna produktionen. Flerårsavtalen tillämpades under åren 2009-2015. Inför 2016-2019 utvecklades en ny typ av avtalsmodell, så kallade omställningsavtal, med länets landstingsägda akutsjukhus.

Avtalstid för akutsjukhusen

Före 1992 Ettårsavtal	1992-1999 Ettårsavtal	1999-2008 Ettårsavtal	2009-2015 Flerårsavtal	2016-2019 Omställningsavtal

Källa: Akutsjukhus tidigare avtal, ettårsavtal, flerårsavtal och omställningsavtal

Akutsjukhusens avtal över tid
(bild 2/2)



Omställningsavtalet är en återgång till fast ersättning. En del av avtalets ersättning är kopplad till mål i kvalitet, tillgänglighet och produktion, vilket det även varit i tidigare avtalsmodeller. Illustrationen ovan visar på variationen i akutsjukhusens ersättningsmodeller som använts som styrmedel för att möta landstingets utmaningar.

Källa: Akutsjukhus tidigare avtal, ettårsavtal, flerårsavtal och omställningsavtal

Om omställningsavtal *(bild 1/2)*

Avtalets intentioner, parter och innehåll

Syftet med omställningsavtalen är att ge akutsjukhusen långsiktiga och stabila förutsättningar för att bedriva avancerad hälso- och sjukvård och därmed underlätta genomförandet av *Framtidsplanen*. Avtalen ämnar ge akutsjukhusen förutsättningar att bedriva en kvalitativ vård och stimulera utveckling och förändrade arbetssätt.

Avtalen omfattar tre parter (ägare (LSF), beställare (HSF) och vårdgivare) till skillnad från tidigare avtalskonstruktion med enbart två parter (beställare och vårdgivare). Parternas gemensamma ansvar för utförandet och utvecklingen av hälso-och sjukvården i länet har tydliggjorts i omställningsavtalen och samverkan mellan dessa parter är centralt för att uppnå intentionerna i avtalet.

Omställningsavtalen gäller år 2016–2019 och har samlat många, men inte alla, av de uppdrag som ägare och beställare ger akutsjukhusen. Vårduppdraget i omställningsavtalen omfattar:

- högspecialiserad akut och elektiv vård (för vissa akutsjukhus)
- specialiserad akut och elektiv somatisk sjukvård
- geriatrisk vård (för vissa akutsjukhus)
- annan akut och elektiv vård som av olika skäl bör ges av vårdgivaren.

I omställningsavtalen preciseras även de uppdrag som ägaren och beställaren åtagit sig för att underlätta för akutsjukhusen att styra mot målen i *Framtidsplanen*.

Källa: Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus)

Om omställningsavtal *(bild 2/2)*

Avtalets längd

Avtalet löper över en fyraårsperiod med fastställda ekonomiska ramar och vårdvolymer (antal sluten och öppenvårdskontakter). Målvolymer i DRG-poäng förhandlas årligen mellan parterna.

Den valda avtalslängden baserades på de tre avtalsparternas behov av en stabil ekonomisk ram under en period med stora förändringar av hälso- och sjukvårdsstrukturen inom SLL som följd av genomförandet av *Framtidsplanen*. Vid utvecklingen av omställningsavtalen förväntades en stor del av *Framtidsplanen* vara realiserad innan utgången av nuvarande avtalsperiod.

Sammanfattningsvis: vad är nytt med omställningsavtalen?

Den övergripande förändringen är att det är tre avtalsparter för respektive akutsjukhus (vårdgivare, ägare och beställare).

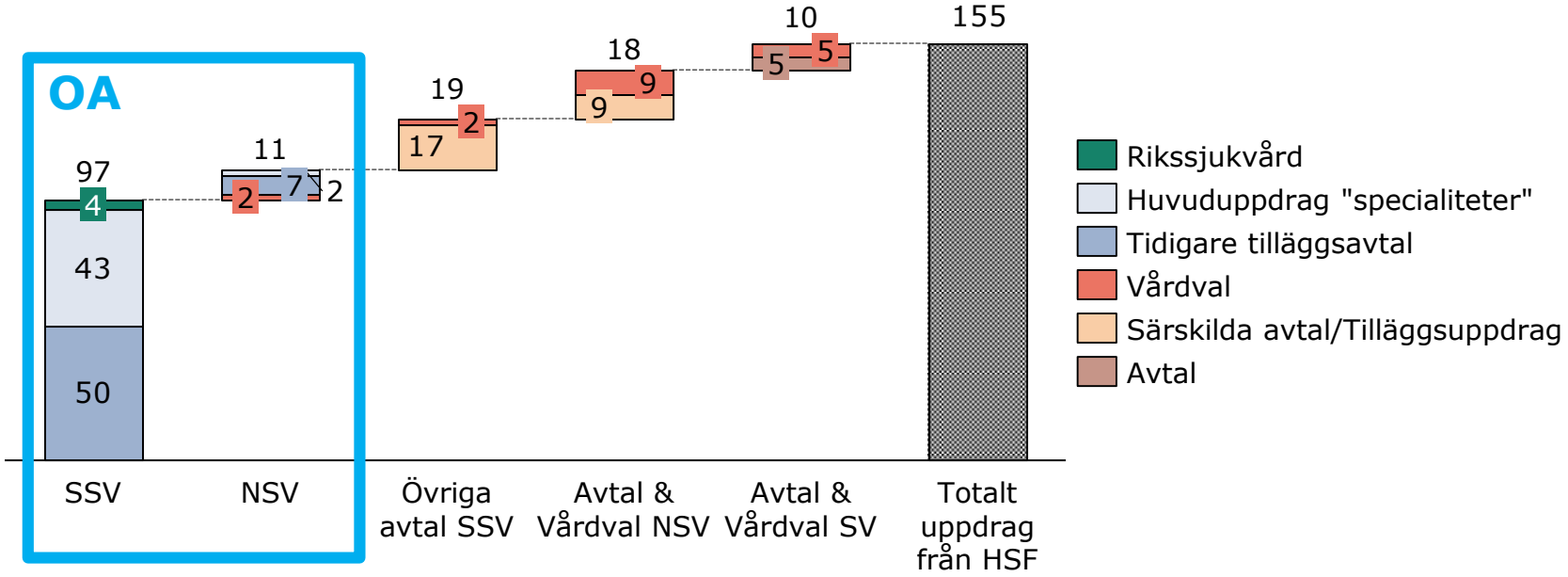
- **Uppdrag**
  - Beskriver alla parters uppdrag (men huvuddelen av avtalet rör vårdgivarens vårduppdrag).
  - Inkluderar majoriteten av akutsjukhusens uppdrag vilket i vissa fall även inkluderar vård som tidigare beställts genom andra avtalsformer.
- **Ersättning**
  - Fast ekonomisk ram för varje år under hela avtalsperioden, varav 3% av totalersättningen är målrelaterad ersättning.
- **Uppföljning**
  - Definierad process för uppföljning (uttalat fokus på tillgänglighet och kvalitet).
  - Sjukhusgemensam uppföljning (två gånger om året).
  - Definierad process för hantering av förändringar och/eller avvikelser från uppdrag.
  - Sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika kvalitetsindikatorer.

Källa: Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus)

Vårduppdrag i omställningsavtal

Omställningsavtalet reglerar en stor del av varje akutsjukhus vårduppdrag från HSF. Diagrammet nedan illustrerar antal vårduppdrag sorterat på beställaravdelning och tidigare/nuvarande avtalsform. Inom den blå markeringen ryms samtliga av de vårduppdrag som HSF gett akutsjukhusen med omställningsavtal. Totalt är cirka 70 procent av vårduppdragen till akutsjukhusen från HSF.

Vårduppdragen har en stor spridning i omfattning både ekonomiskt och sett till antal vårdkontakter. Totalt innehåller omställningsavtalets vårduppdrag minst 3 miljoner öppenvårdskontakter, 200 000 slutenvårdskontakter och cirka 20 miljarder kronor i ersättning per år.



Källa: Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus) samt övriga och tidigare avtal HSF haft med akutsjukhusen

Ersättningsmodell i omställningsavtal *(bild 1/2)*

Ersättning för vårduppdraget förändrades drastiskt för akutsjukhusen när omställningsavtalen infördes. Från att under en lång tidsperiod haft en i huvudsak produktionsbaserad ersättning infördes med omställningsavtalen återigen anslagsfinansiering. Anslaget ska under avtalsperioden ge akutsjukhusen möjlighet att utföra sitt vårduppdrag och samtidigt ge utrymme för verksamhetsförändringar.

Utöver anslagsfinansieringen finns en rörlig målrelaterad ersättning, motsvarande tre procent av den totala ersättningen, bestående av fyra delar:

- **Kvalitet (1,5 procent).** Hälften av den målrelaterade ersättningen baseras på kvalitetsindikatorer som i sin tur går att dela in i sjukhusspecifika och sjukhusgemensamma indikatorer. Underlag tas fram i kvalitetnätverket i samverkan med akutsjukhusen.
- **Målvolym (0,5 procent).** Målvolymen baseras på den sammanlagda DRG-volymen som produceras under avtalsåret och ska uppgå till minst 95 procent av målvärdet.
- **Tillgänglighet (0,5 procent).** Tillgängligheten är kopplad till SLL:s mål för vårdgaranti, överbeläggning/utlokalisering och ledtider.
- **Miljö (0,5 procent).** Baseras på SLL:s miljöindikatorer och fastställs årligen i samverkan med akutsjukhusen.

Se schematisk bild på nästa sida för en översikt över vårdgivarens totala ersättning samt ersättningen inom omställningsavtalet.

Källa: Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus)

Ersättningsmodell i omställningsavtal *(bild 2/2)*

Bilden beskriver akutsjukhusens totala ersättning, varav den inom den röda ramen ersätts och regleras inom omställningsavtalen

Akutsjukhusens totala ersättning

Omställningsavtal (ekonomisk ram)

Ersättning för vårduppdraget

- 97 % uppdagsrelaterad
- 3 % målrelaterad

Ersättning för övriga uppdrag

- Strategiska investeringar
- Kostnadsansvar för receptförskrivna öppenvårdsläkemedel (KÖL)

Ersättning utanför omställningsavtal

- FoUU inkl ST-läkare
- Utomlänspatienter (ULP)
- Omställningskostnader
- Uppdrag som regleras i avtal utanför omställningsavtal
  - Vårdval (ej ASIH, SPSV på STS)
  - BUMM
  - Katastrofmedicinsk beredskap
  - Mfl
- Patientavgifter
- Etc.

Källa: Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus)

Uppföljning av omställningsavtal

Uppföljning genomförs gemensamt av ägaren, beställaren och vårdgivaren för att säkerställa parternas följsamhet till uppdragen i omställningsavtalet. För att skapa en sammanhållen uppföljningsprocess sker all formell uppföljning i samlad form i forum där samtliga avtalsparter deltar. I samband med implementeringen av omställningsavtalet togs gemensamma riktlinjer för uppföljning av omställningsavtalen med representanter för alla sjukhus med omställningsavtal, HSF och LSF.

I den löpande uppföljningen finns tre olika mötesformer:

- kvartalsmöten (plan 4 ggr/år)
- Terminsmöten (plan 2 ggr/år)
- Sjukhusgemensamma möten (plan 2 ggr/år)

År 2016 och 2017 har det genomförts två terminsmöten samt tre kvartalsmötet med respektive akutsjukhus. På dessa kvartalsmöten följdes respektive avtalsparts uppdrag upp och aktuella frågor diskuterades.

Terminsmöten är en möjlighet till fördjupning inom områden som kvalitet eller mer djupgående frågeställningar. Utöver detta har två sjukhusgemensamma möten med deltagare från alla akutsjukhus arrangerats för att ge en möjlighet till övergripande uppföljning med diskussion, informations- och kunskapsutbyte.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

Uppföljning utifrån målbild 2025 och målbilden i omställningsavtalen

Uppdraget har varit att särskilt belysa effekter utifrån tillgänglighet, kvalitet, produktivitet och systemeffektivitet samt hur avtalen bidragit till genomförandet av *Framtidsplanen*. Målbilden för 2025 samt målbilden för omställningsavtalet sammanfattar intentionerna för dels hela sjukvårdssystemet och för de landstingsägda akutsjukhusen. Målbilden är beslutad i landstingsfullmäktige.

Beslutad målbild 2025



Se avsnitt 2 för mer djupgående förklaring

Målbild i omställningsavtal

- Stödja genomförandet av Framtidsplanen
  - Vårdstrukturförändringar och överföringar av vård
  - Renodla akutsjukhusens uppdrag
  - Anpassning till och implementering av investeringar
- Ge långsiktiga och flexibla planeringsförutsättningar för sjukhusen (och centrala förvaltningar) under en förändringsperiod
  - Tydlig ekonomiska ram för hela avtalstiden (2016-2019)
  - Utveckling och effektivisering av arbetssätt ska stimuleras samtidigt som vården ska utföras med god kvalitet och hög tillgänglighet

Se avsnitt 3 för mer djupgående förklaring

Analysområden

Som utgångspunkt analyseras perioden år 2013-2017. Jämförelser görs huvudsakligen på en övergripande nivå och/eller sjukhusnivå men ibland finns även en djupare analys. Notera att skalorna kan variera mellan diagrammen. Flera faktorer påverkar utfallet i analysen och det är inte alltid möjligt att utröna vad som kan härledas till nuvarande avtalsutformning eller vad som till del eller helt har andra förklaringar. Läs mer om metod i avsnitt 1.

1. Utförd vård jämfört med befolkningens behov
2. Produktion jämfört med beställd vård
3. Produktivitet - produktion i förhållande till resurser
4. Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar
5. Effektivitet - rätt vårdprocesser och arbetssätt
6. Effektivitet - vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård

Övergripande slutsatser för analysen *(bild 1/2)*

- I både riket och i SLL ser vi en flerårig trend med minskad slutenvårdskonsumtion, mätt per invånare, samtidigt som befolkningen totalt har ökat och antal slutenvårdstillfällen minskat.
- Tillgängligheten till somatisk specialistvård är relativt sett god avseende väntande till nybesök till mottagning och behandling. Totalt för akutsjukhusen med omställningsavtal ser antal och andel väntande inte ut att ha ökat under avtalsperioden, trots minskad produktion per invånare. Tillgänglighetsproblematik finns framförallt inom specifika vårdområden samt på akutmottagningarna där vistelsetiderna har ökat på fem av sex av de landstingsägda akutsjukhusens akutmottagningar.
- Befolkningen anser år 2016 att tillgången till sjukhusvård är oförändrad eller något förbättrad, jämfört med tiden innan omställningsavtal
- Det finns ett gap mellan beställd och producerad vård. På systemnivå behöver det inte betyda att det finns en faktisk underproduktion i förhållande till vårdbehovet. Gapet kan också bero på att beställningen var för hög i förhållande till befolkningens behov eller att vården effektiviserats genom till exempel önskad polikliniserings.
    - Gapet mellan beställd vård och producerad vård innebär för landstinget att vården på sjukhus blir dyrare ”per styck” och att produktiviteten mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång går ned.

Övergripande slutsatser för analysen *(bild 2/2)*

- Vårdstrukturförändringar har i huvudsak skett i linje med Framtidsplanen, men behöver analyseras vidare.
- Avtalet har en fast ekonomisk ram som har hållits sett till utfall. Den fasta ekonomiska ramen gör att strukturförändringar utöver de som angetts i omställningsavtalen har försvårats då de ekonomiska resurserna ligger fast i respektive omställningsavtal. Vid större oplanerade uppdragsförändringar har den ekonomiska ramen justerats.
- Det har skett en utveckling av akutsjukhusens kvalitetsarbete och beställarens sätt att styra och följa upp vårdens kvalitet. Utvecklingen kan vara en kombination av både mognadsgrad och förändrad avtalsmodellmodell. SLL:s utfall i kvalitetsparametrar ligger bra till jämfört med rikssnitt men når inte de nationella målnivåerna inom alla områden. Sjukhusen får en stor andel av den möjliga målrelaterade ersättningen för kvalitet i avtal. Till stor del beror det på att kvalitetsersättningen till del baseras på nya indikatorer som är under utveckling och där enda kravet är att redovisa resultat innan införandet av målnivåer.
- Befolkningens självupplevda hälsa har sjunkit något, men förtroendet för sjukvården och sjukhusen förblir relativt oförändrat under perioden. Den självupplevda hälsan är lägre hos de med lägre utbildning och högre hos de med högre utbildning. Sett till vårdkonsumtion har inga större förändringar skett under perioden för de med lägst utbildning och inkomst (mosaicgrupp 3) eller de med högre utbildning och inkomst (mosaicgrupp 1).
- Befolkningen i länets centrala delar söker mindre elektiv vård på akutsjukhus men mer akut vård på akutsjukhus än befolkningen i mer perifera delar, vilket kan komma att förändras under resterande avtalsperiod då fler närakuter öppnas.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

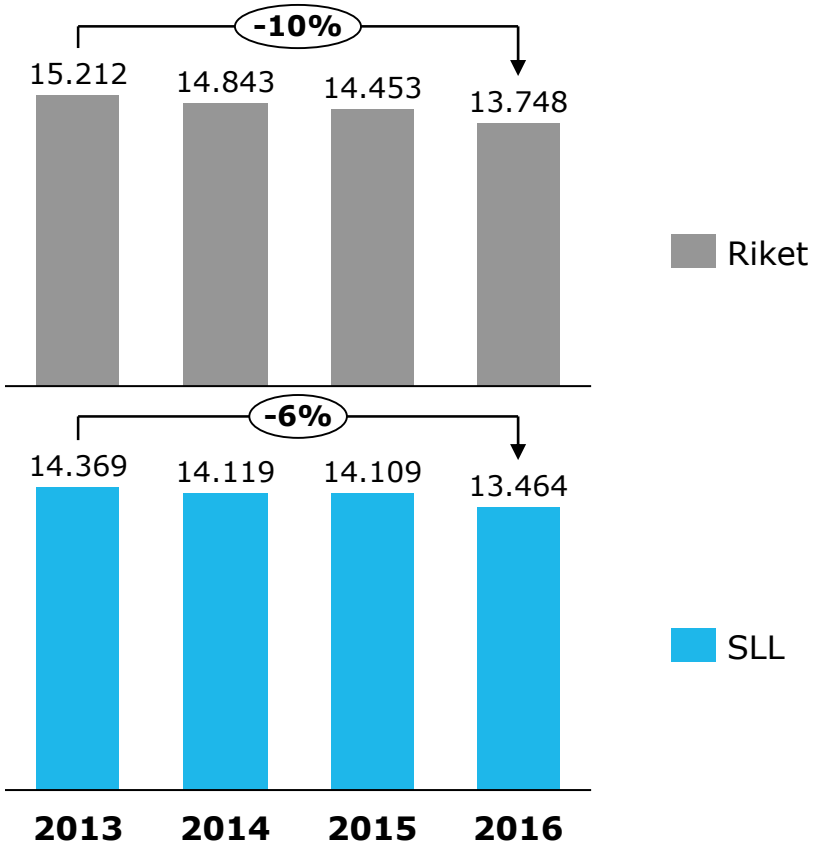
(Slutsatser, område 1)

4.1 Utförd vård jämfört med befolkningens behov

- I både riket och i SLL ser vi en flerårig trend med minskad slutenvårdskonsumtion mätt per invånare. Samtidigt har antalet slutenvårdstillfällen minskat och befolkningen ökat.
- Tillgängligheten till somatisk specialistvård är högre i SLL än i riket avseende vårdgarantin. Totalt för alla akutsjukhus ser antal och andel väntande inte ut att ha ökat under avtalsperioden, trots minskad produktion per invånare.
    - Tillgänglighetsproblematik finns framförallt inom specifika vårdområden.
- Befolkningen anser år 2016 att tillgången till vård på sjukhus är oförändrad eller något förbättrad jämfört med tiden innan omställningsavtal.

Vårdtillfällen för somatisk specialistvård i förhållande till befolkning minskar

Antal vårdtillfällen per 100 000 inv.



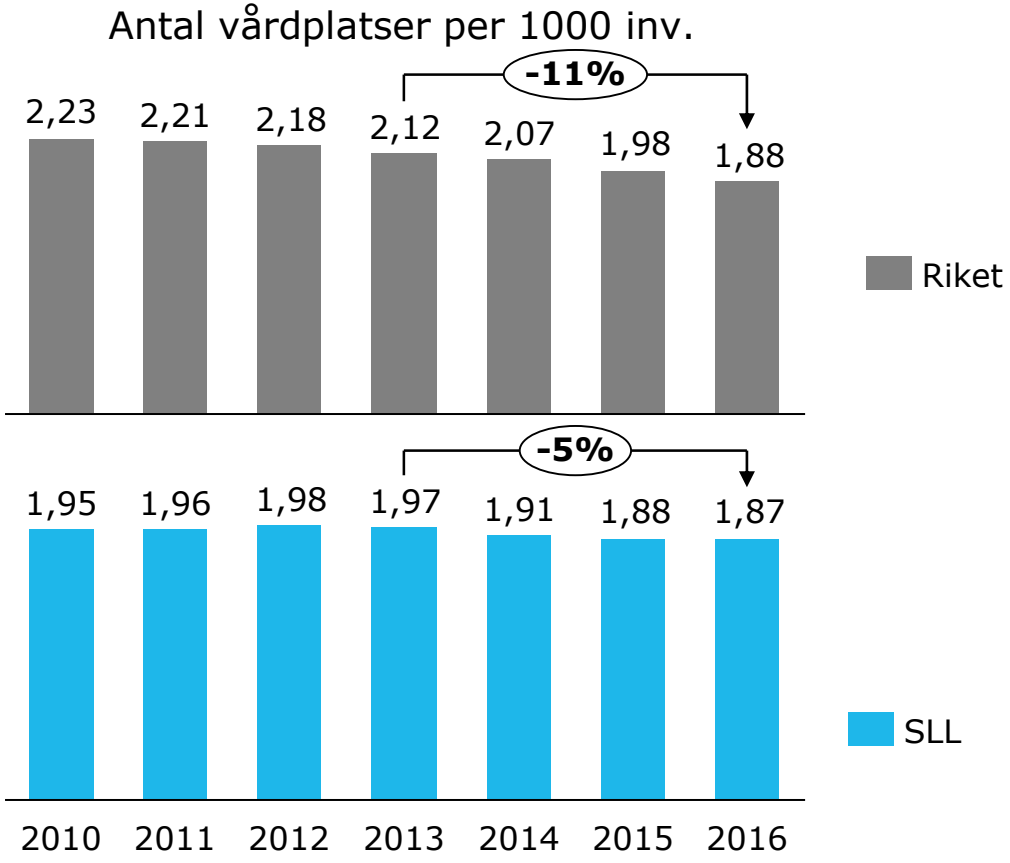
Antalet vårdtillfällen för somatisk specialistvård i förhållande till befolkningen har minskat, både inom SLL och i riket.

SLL har något färre vårdtillfällen i förhållande till befolkningen än riket, vilket är en trend som håller i sig över tid.

Slutenvården har minskat med 5% både i riket och i SLL mellan åren 2015 och 2016. Det kan, liksom för vårdplatser, ha flera förklaringar, exempelvis vårdstrukturförändringar, nya arbetssätt såväl som resursbrist.

Källa: Kolada (www.kolada.se) (grunddata från Socialstyrelsen och SCB)
Urval: Antal vårdtillfällen i specialiserad somatisk sluten vård efter patientens hemlän dividerat med antal invånare i landstinget/regionen den 31/12. Antalet invånare divideras med 100 000 för redovisning per 100 000 invånare. Egen produktion och produktion utförd av annan vårdgivare (privata, stiftelser etc).

Vårdplatser för somatisk specialistvård i förhållande till befolkning fortsätter att minska



SLL har över en längre tid haft ett lägre antal disponibla vårdplatser för somatisk specialistvård i förhållande till befolkningen än riket.

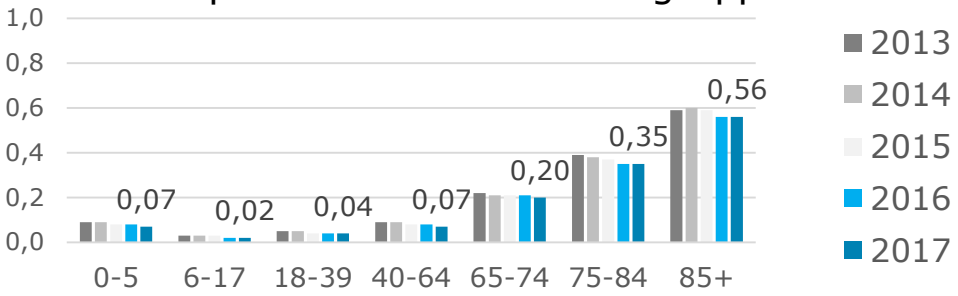
Mellan år 2013-2016 minskade disponibla vårdplatser i SLL med 5 procent och i riket med 11 procent.

Sammantaget innebär detta att SLL nu ligger ungefär på rikssnittet.

Källa: Kolada (www.kolada.se)
Urval: alla disponibla vårdplatser för specialiserad somatisk vård belägna i länet, oavsett vem som driver enheten eller hur de finansieras, dividerats med 1000-tal invånare 31/12 respektive år. Uppgiften avser genomsnittligt antal disponibla vårdplatser, d.v.s. det antal disponibla vårdplatser som genomsnittligt under året varit tillgängliga med hänsyn tagen till neddragningar, semesterstängningar, 5-dygnsvård m.m

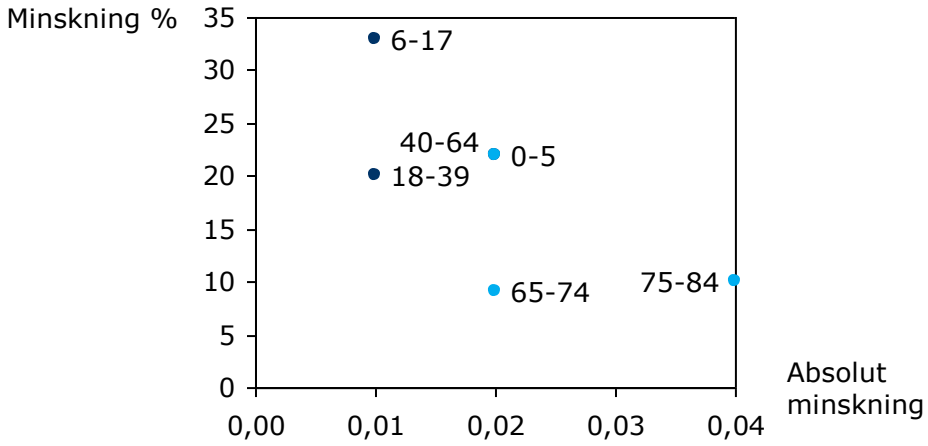
Den relativa minskningen av vårdtillfällen på akutsjukhus per invånare är störst i yngre åldersgrupper

Antal slutenvårdstillfällen på akutsjukhus per invånare och åldersgrupp



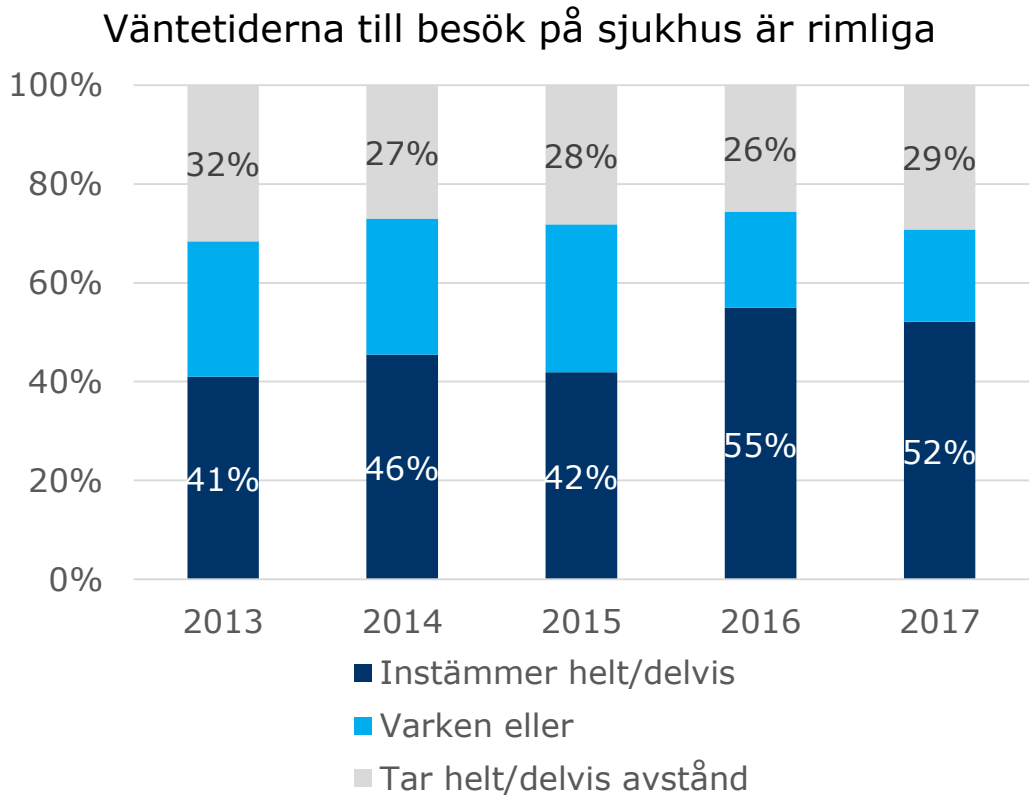
Jämförelse av minskningen i procent respektive i absoluta tal för olika åldersgrupper, visar att de yngre utgör en större procentuellt minskning medan de största minskningarna i absoluta tal sker i de äldre åldersgrupperna.

Minskning av slutenvårdstillfällen på akutsjukhus per åldersgrupp 2017, i andelar och absoluta tal



Källa: VAL.

Fler patienter anser att väntetider till besök i vården är rimliga inom SLL



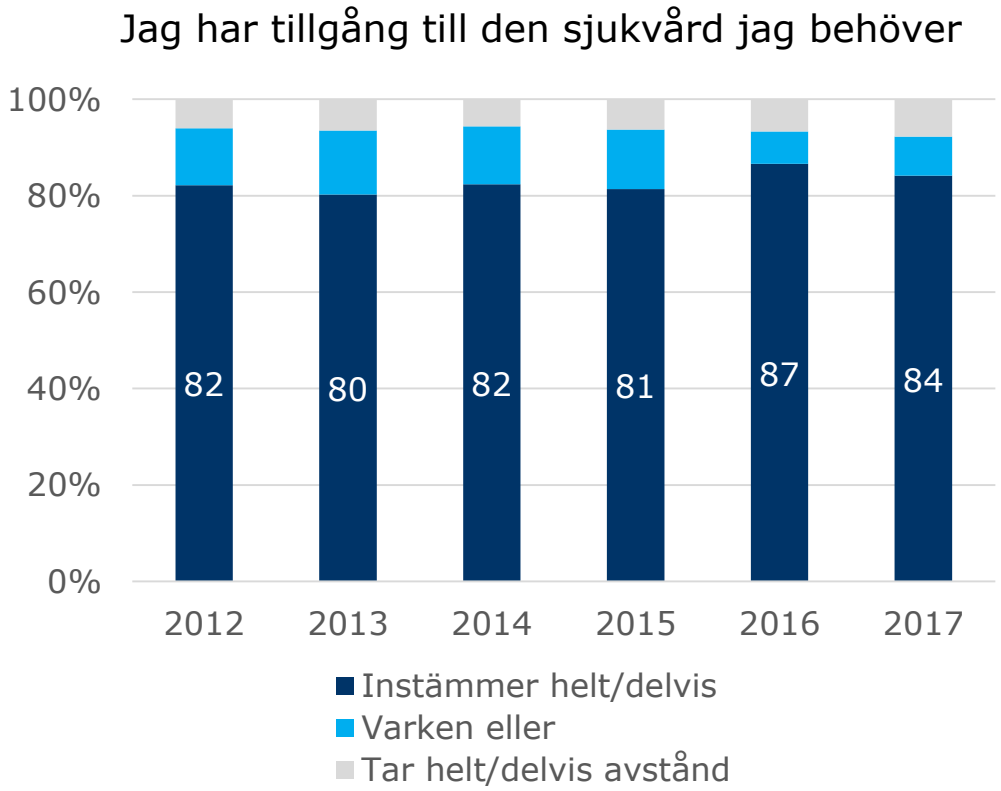
Andelen patienter som svarar att väntetiderna till besök är rimliga (mörkblå) har ökat under perioden.

Riket följer samma utveckling under tidsperioden (42% 2013 till 50% 2017).

Andelen som tar helt/delvis avstånd från påståendet har minskat något under perioden.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013-2017, Stockholms län (tillgänglig via https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html)

Även andel patienter som upplever sig ha tillgång till den vård de behöver ökar något inom SLL



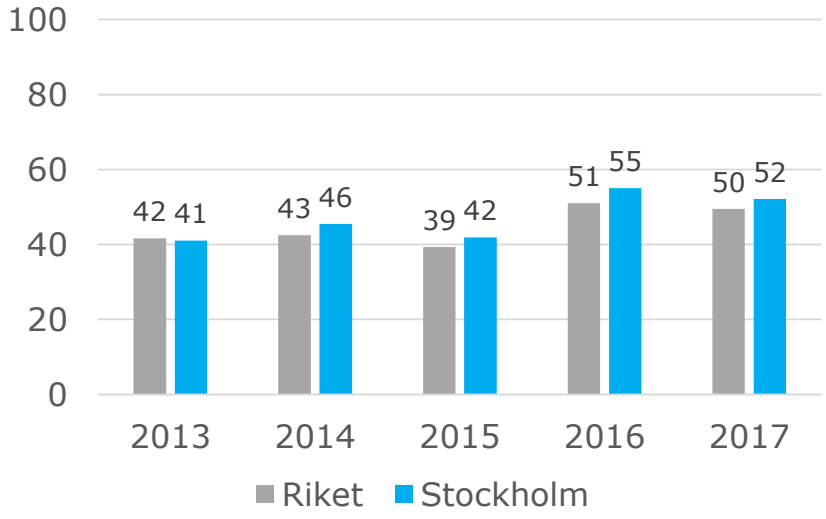
Andelen patienter som svarar att de har tillgång till den vård de behöver har ökat något under perioden.

Gruppen som tidigare inte haft någon åsikt har minskat, vilket leder till att även andelen som inte anser sig ha tillgång till den vård de behöver har också ökat något.

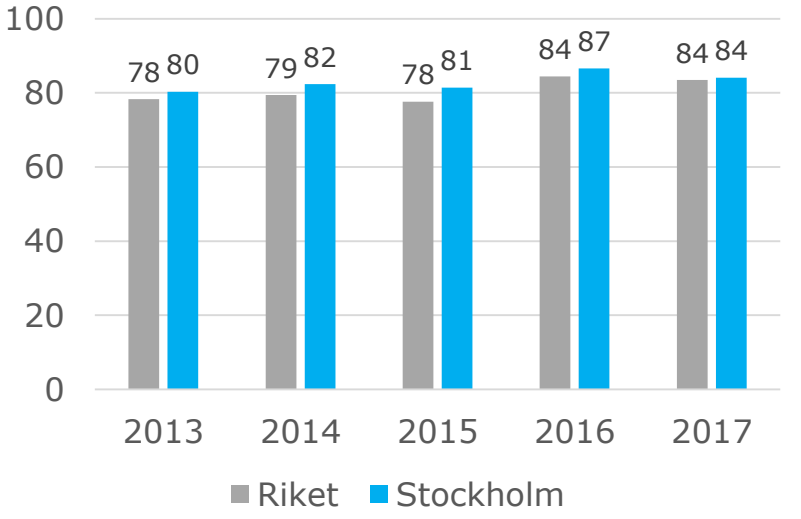
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013-2017, Stockholms län (tillgänglig via https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html)

Patientens upplevelse av tillgänglighet - SLL jämfört med riket

Andel som instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetid till sjukhus är rimlig



Andel som instämmer helt eller delvis i påståendet att ”jag har tillgång till den sjukvård jag behöver”



Riket följer samma utveckling som SLL under perioden. SLL ligger något högre än riket.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013-2017, Stockholms län (tillgänglig via https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html)

Bakgrund till CVR-analyser inför följande bilder

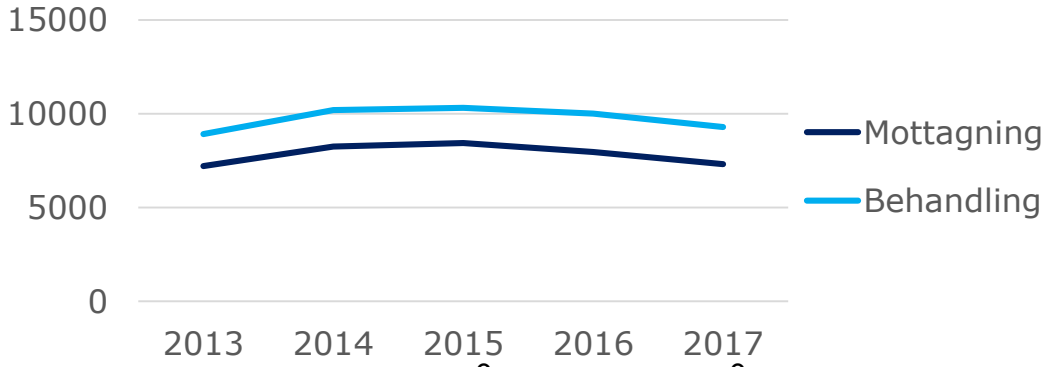
- I det centrala väntetidsregistret (CVR) registreras väntande till mottagning och behandling enligt SKL:s inklusionskriterier.

- Ursprungligen rapporterades väntetider på olika koder för besök och behandlingar som omfattades av den så kallade kömiljarden. Väntetidsmätningarna har utökats över tid men fortfarande mäts inte alla vårdområden**. I CVR saknas exempelvis mycket av barnsjukvården och all cancervård**. I CVR framgår inte heller patienternas ålder varför väntetider för barn inte kan särredovisas generellt. Sjukhusens egen rapportering av det totala antalet väntande omfattar alla patienter som väntar på vård hos det sjukhuset. Alltså är den kö som sjukhusen själva rapporterar i flera fall längre än vad som framgår av CVR.

- I diagrammen som följer exkluderas patienter som kodats som väntande på grund av medicinskt orsakad väntan (MOV). Patienter som kodats med patientvald väntan (PVV) inkluderas.

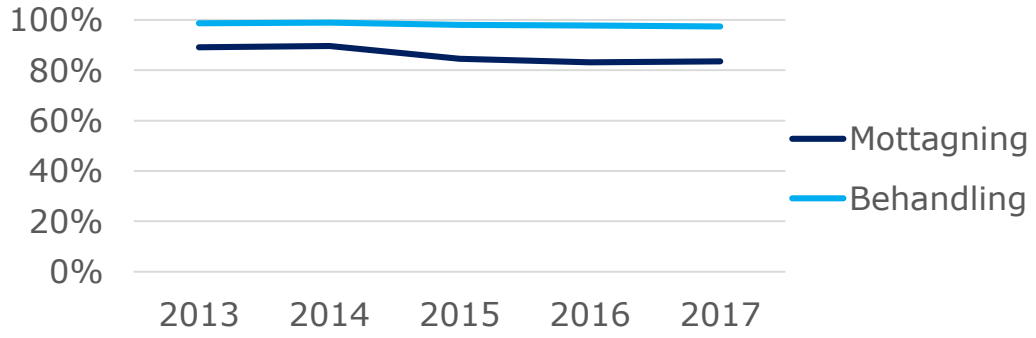
Sammantaget alla sjukhus ser antal och andel väntande ut att vara relativt stabilt (2013-2017)

Totalt antal väntande på sjukhus med OA, en genomsnittlig månad



Det totala antalet väntande till vård, för alla sjukhus i OA gick upp något mellan 2013-2015, men minskade sedan igen.

Andel väntande inom vårdgarantin på sjukhus med OA, en genomsnittlig månad



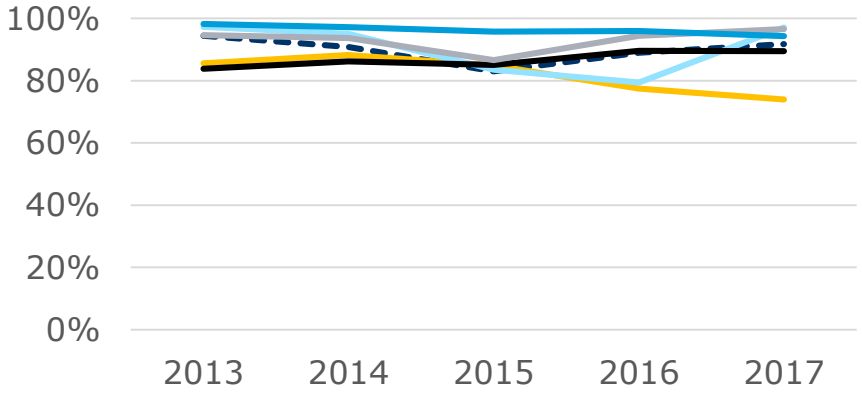
Andelen väntande på behandling inom vårdgarantin ser ut att ligga ganska stabilt mellan 2015-2016.

Mellan 2013-2017 ses en svag trend mot ökade väntetider till mottagning, men den stabiliseras till 2016-2017.

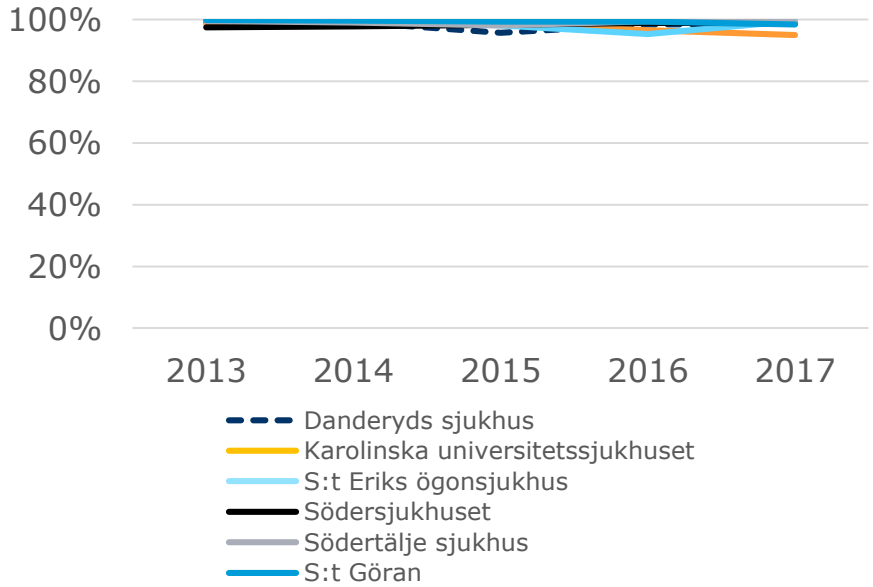
Källa: CVR,
Urval: alla väntande exklusive medicinsk orsakad väntan, Patientvald väntan inkluderad. BUMM exkluderade pga ej i OA

Andel väntande patienter som får vård inom vårdgarantin ökar för sjukhusen inom avtalsperioden, förutom för Karolinska

Andel väntande på **mottagningsbesök** inom vårdgarantin, dvs < 31 dagar exkl. BUMM



Andel väntande på **behandling** inom vårdgarantin, dvs < 91 dagar exkl. BUMM

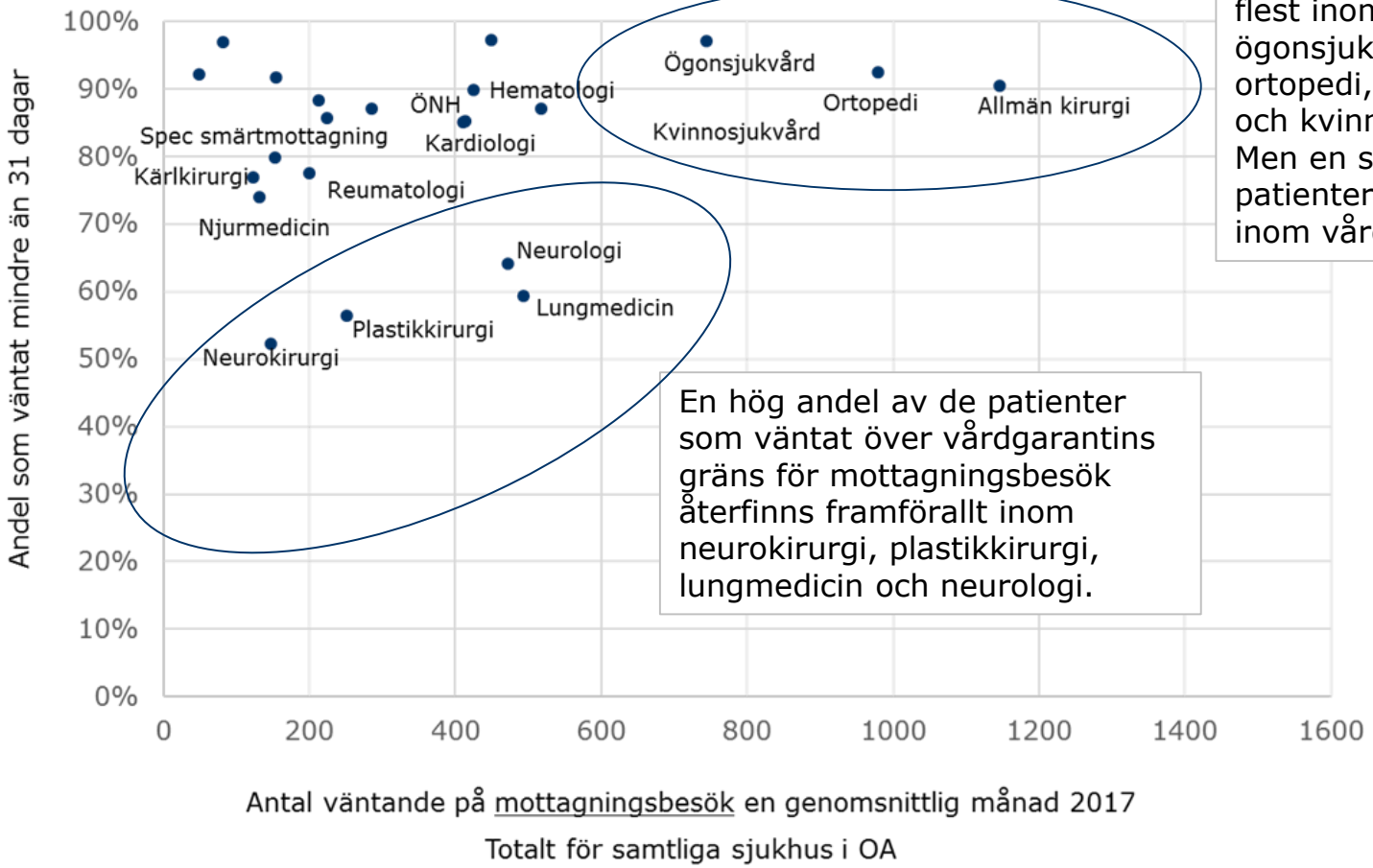


Andel väntande på mottagningsbesök inom vårdgarantin ökar för sjukhusen inom avtalsperioden men har minskat för Karolinska mellan åren 2014-2017, dvs att minskningen fanns redan innan införande av omställningsavtalen.

Andel väntande på behandling inom vårdgarantin ligger stabilt men har minskat något för Karolinska mellan åren 2015-2017.

Källa: CVR,
Urval: Alla väntande exklusive medicinsk orsakad väntan, patientvald väntan inkluderad. BUMM exkluderade pga. utanför OA

2017: Väntande på mottagningsbesök finns inom specifika områden

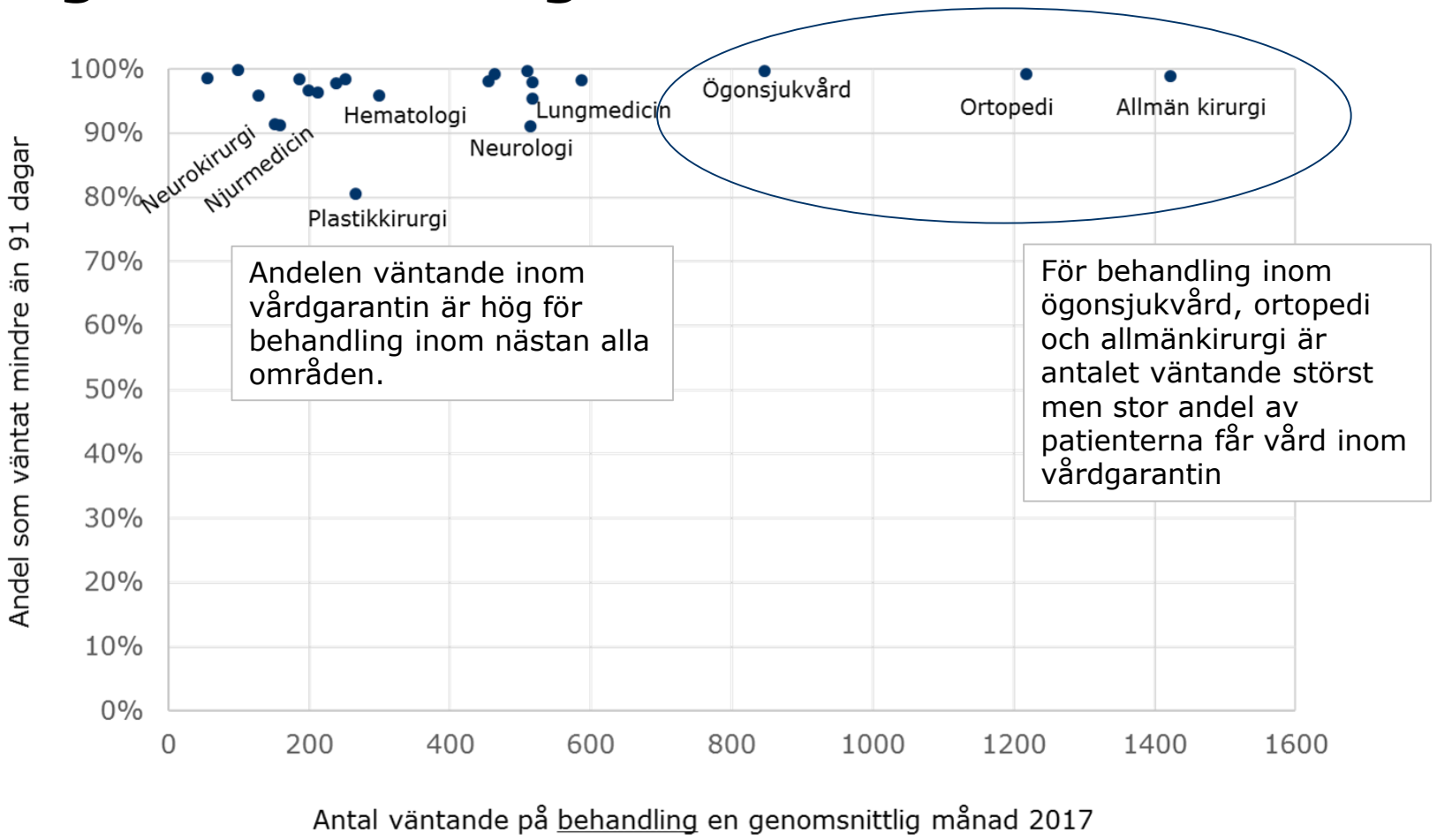


Antalet väntande är flest inom ögonsjukvård, ortopedi, allmänkirurgi och kvinnosjukvård. Men en stor andel av patienterna får vård inom vårdgarantin

En hög andel av de patienter som väntat över vårdgarantins gräns för mottagningsbesök återfinns framförallt inom neurokirurgi, plastikkirurgi, lungmedicin och neurologi.

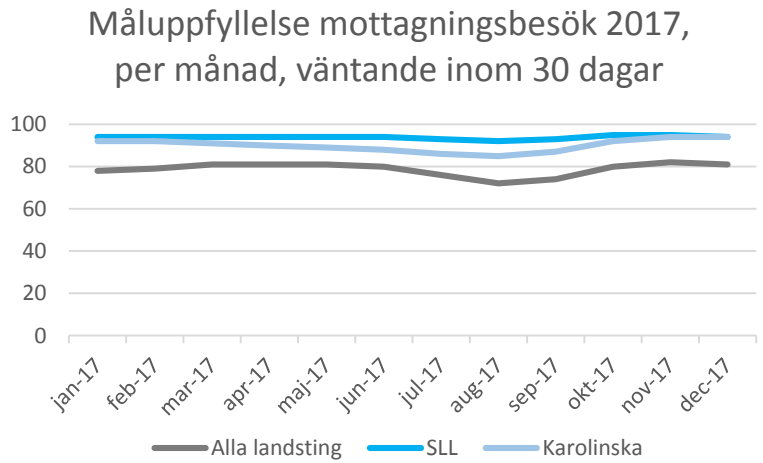
Källa: CVR,
Urval: alla väntande exklusive medicinsk orsakad väntan, Patientvald väntan inkluderad. BUMM exkluderade pga ej i OA

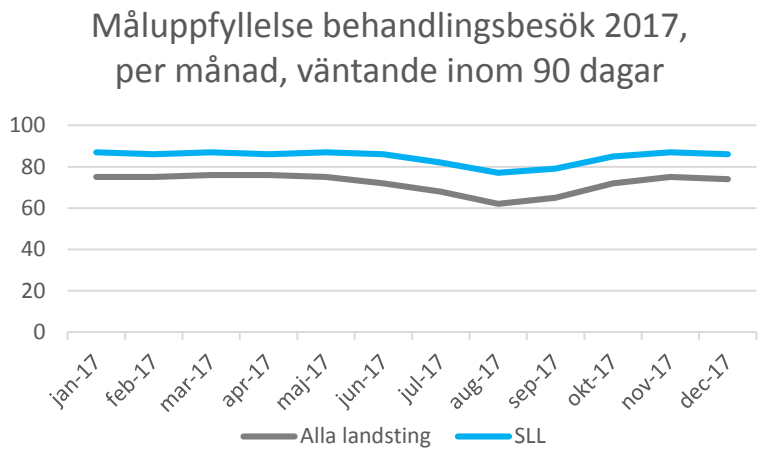
2017: Andelen väntande inom vårdgarantin är hög för behandling inom nästan alla områden.



Källa: CVR,
Urval: alla väntande exklusive medicinsk orsakad väntan, Patientvald väntan inkluderad. BUMM exkluderade pga ej i OA

2017: Jämfört med riket har SLL hög tillgänglighet inom somatisk vård





- Jämfört med riket har SLL en högre tillgänglighet till både mottagningsbesök och behandlingsbesök under 2017. Mottagningsbesök inom vårdgarantins gränser ligger på cirka 80 procent i riket medan motsvarande andel för SLL är cirka 90 procent. Behandlingsbesök inom vårdgarantins gräns får under 80 procent i riket. Motsvarande i SLL är cirka 85 procent i snitt år 2017.
- Karolinska är med som referenspunkt från akutsjukhusen.
- Vårdanalys rapport ”Löftesfri garanti?” som är en utvärdering av vårdgarantin visar att SLL även över tid haft bättre tillgänglighet än riket. SLL:s vårdgivare inom somatisk specialistvård utmärker sig dock även med fyra gånger högre andel patientvaldväntan (PVV) än riket.

Källa: Väntetider i vården, SKL via www.vantetider.se, jämförelsen innehåller alla vårdgivare inom den somatiska specialistvården inom SLL respektive riket.

Bakgrund till SVF inför följande bilder

- Det är noga angivet vilka särskilda besvär eller provsvar som krävs för att ett visst standardiserat vårdförlopp, SVF, ska kunna starta. Det kallas välgrundad misstanke. Det kan till exempel vara en läkare på vårdcentralen, en specialistmottagning eller akuten som misstänker cancer efter ett provsvar. Vårdförloppet avslutas när behandlingen börjar eller misstanke om cancer avskrivs. Ett SVF kan alltså sträcka sig över vårdhändelser hos ett flertal vårdgivare
- Olika cancergrupper har olika beskrivningar av tidsåtgång
- Vårdgivare i hela förloppet påverkar om patienten får vård inom mål för respektive vårdförlopp
- Antalet registrerade SVF ökar över tid och området är under utveckling. År 2017 har 12 249 standardiserade vårdförlopp registrerats, vilket är mer än en tredubbling av registreringar sen år 2016.
- Målet för 2020 är att 80% av patienterna ska få vård inom tiden för SVF

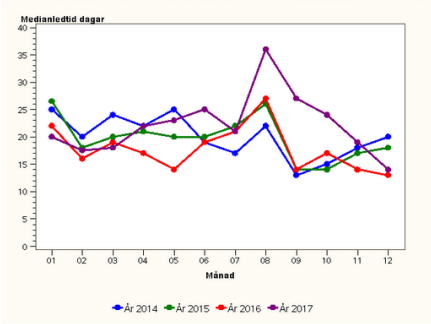


Källa: RCC via https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/resultat-och-statistik/

Standardiserade vårdförlopp och ledtider i cancervården - alla akutsjukhus SLL

Bröstcancer

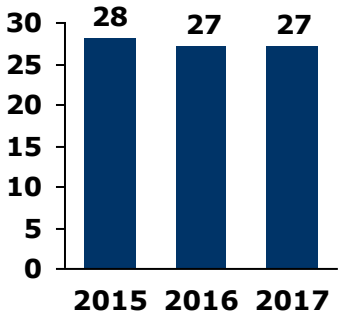
Medianledtid från diagnos till operation



- Ledtiderna har inte försämrats under perioden 2014-2017
- Resultat för patienter som behandlats på KS, SÖS, och CStG
- Ingen skillnad mellan ”mosaic-grupper”

Tjock- och ändtarmscancer

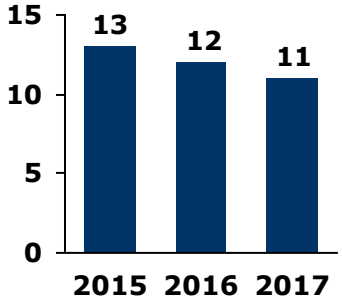
Ledtid från diagnos till start av behandling med operation, strålbehandling eller cellgifter



- Väntetiderna kortas successivt
- Resultat för patienter som behandlats på DS, KS, SÖS, CStG och Ersta
- Ingen skillnad mellan ”mosaic-grupper”

Urinblåsecancer

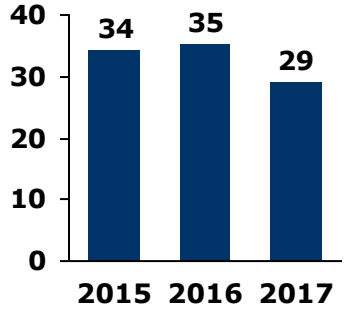
Mediantid (dagar) från diagnos till operation



- Förbättras över tid med mål på 9-12 dagar
- Resultat för patienter som behandlats på DS, KS, SÖS och StG
- Ingen skillnad mellan ”mosaic-grupper”

Livmoderkroppscancer

Mediantid (dagar) från diagnos till operation

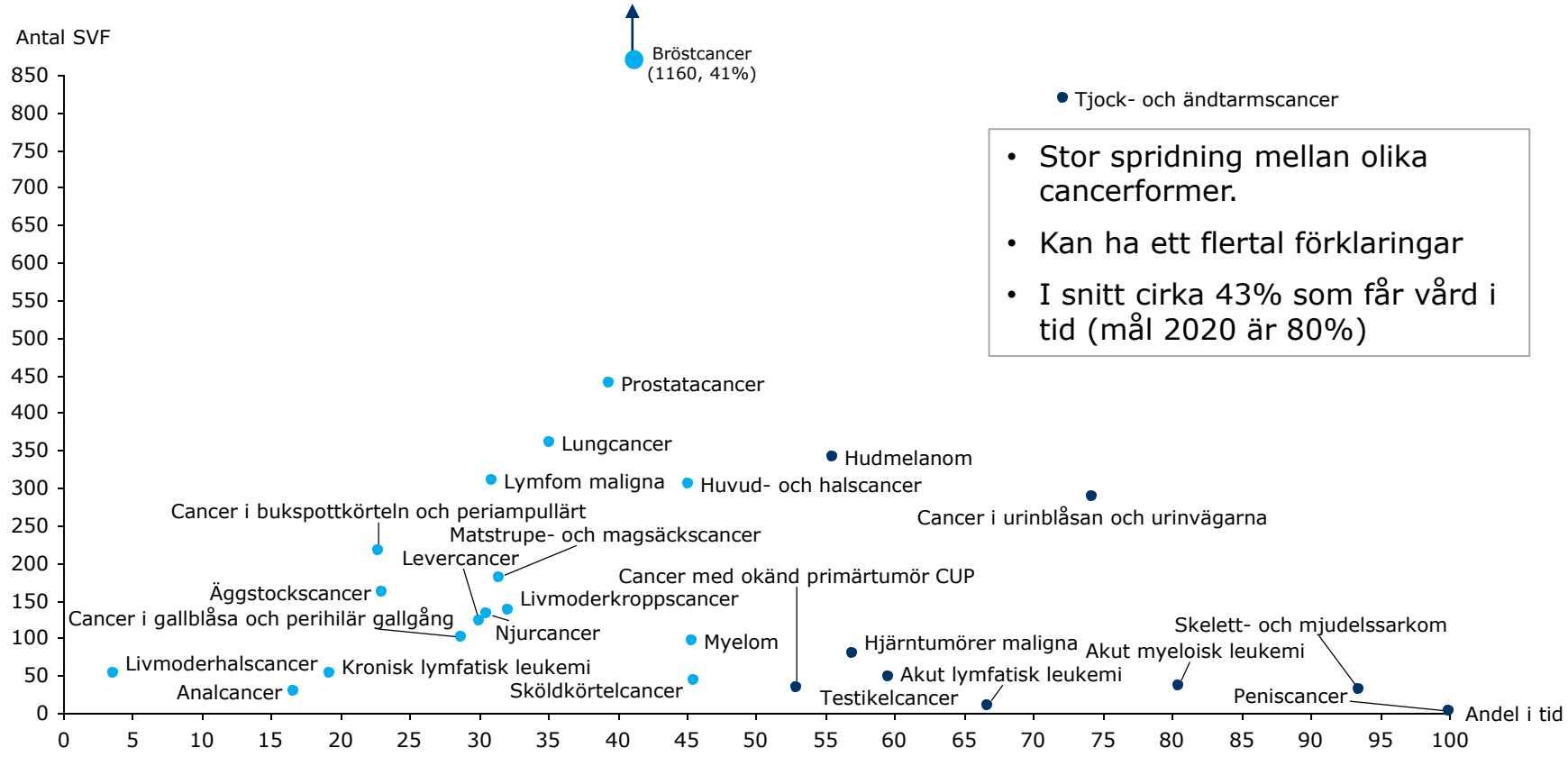


- Förbättras över tid
- Operationer utförs enbart på K
- Ledtider minskar i alla ”mosaic-grupper”

Källa: RCC, ledtider i realtid (tillgängligt via cancercentrum.se). Avser alla patienter som behandlats på något av SLL:s behandlade sjukhus

Förhållande mellan antal patienter i SVF och andel som fått vård i rätt tid

Patienter som slutbehandlats på akutsjukhus (K, DS, SÖS, CStG, STS, Ersta och NTS)



- Stor spridning mellan olika cancerformer.
- Kan ha ett flertal förklaringar
- I snitt cirka 43% som får vård i tid (mål 2020 är 80%)

Källa: RCC, SKL

*Resultat baserar sig på Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Capio S:t Görans sjukhus, Södertälje sjukhus, Ersta sjukhus, Norrtälje sjukhus

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

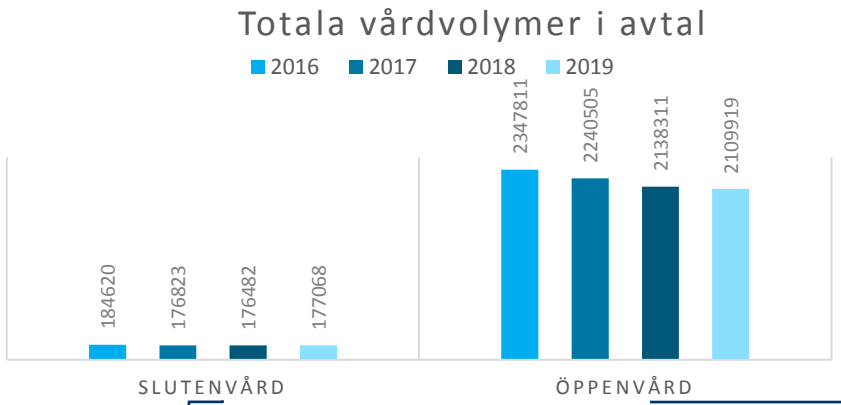
5 Referenser 107-109

(Slutsatser, område 2)

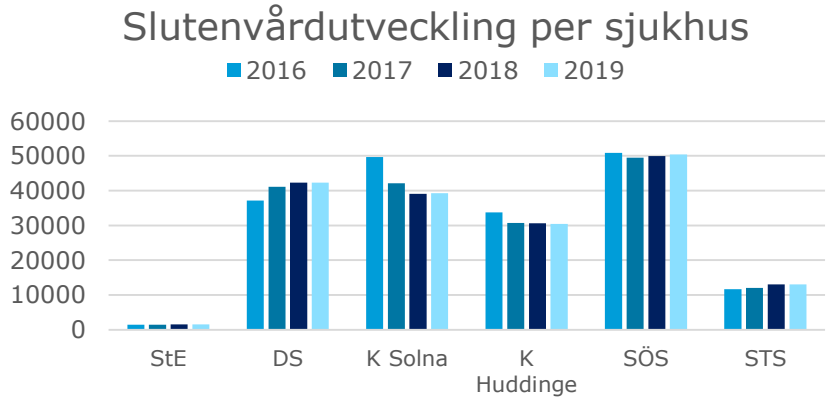
4.2 Producerad jämfört med beställd vård

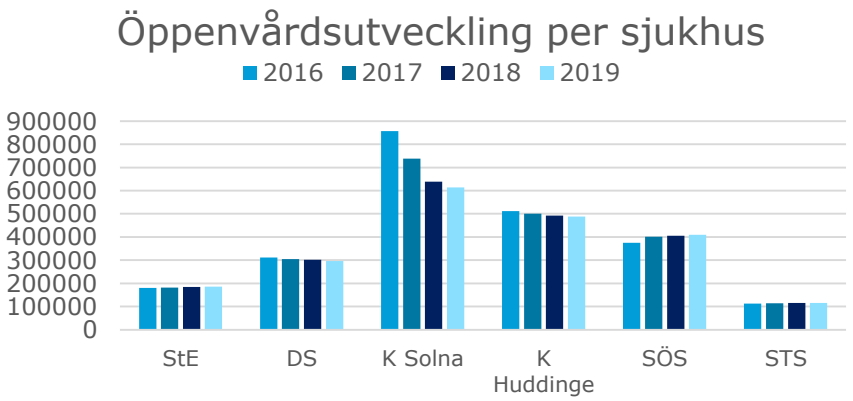
- Det finns ett gap mellan beställd och producerad vård. På systemnivå behöver det inte betyda att det finns en faktisk underproduktion i förhållande till vårdbehovet. Gapet kan också bero på att beställningen var för hög i förhållande till befolkningens behov eller att vården effektiviserats genom till exempel önskad poliklinisering.
    - Gapet mellan beställd vård och producerad vård innebär för landstinget att vården på sjukhus blir dyrare ”per styck” och att produktiviteten mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång går ned.

Beställd vård enligt omställningsavtalen



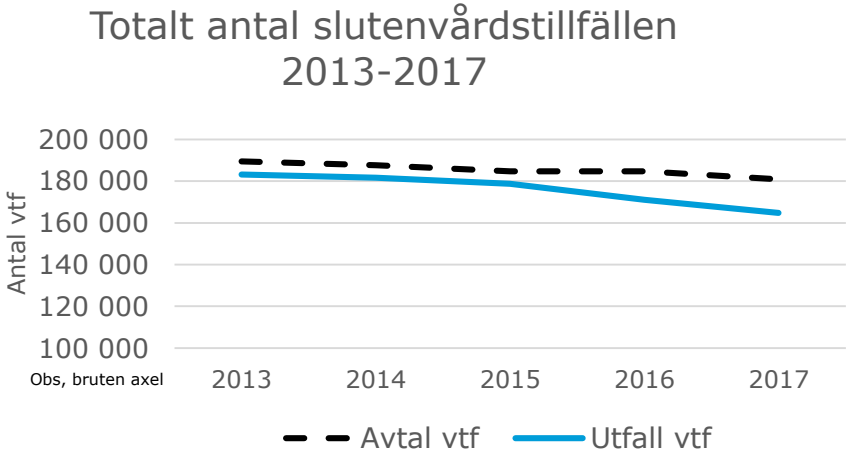
Beställningen av vård i avtalen följer volymerna i utbudskartan. Detta innebär att Karolinska under perioden ska minska sin produktion medan övriga sjukhus ska bibehålla eller öka sin produktion.





Källa: Vårdvolymer i omställningsavtal, målvolymsprotokoll för respektive år. Anger endast volymer för de uppdrag där volymer finns specificerade i OA. KH och KS är särredovisade. Uppdaterat enligt justeringar som gjorts i OA för respektive akutsjukhus.

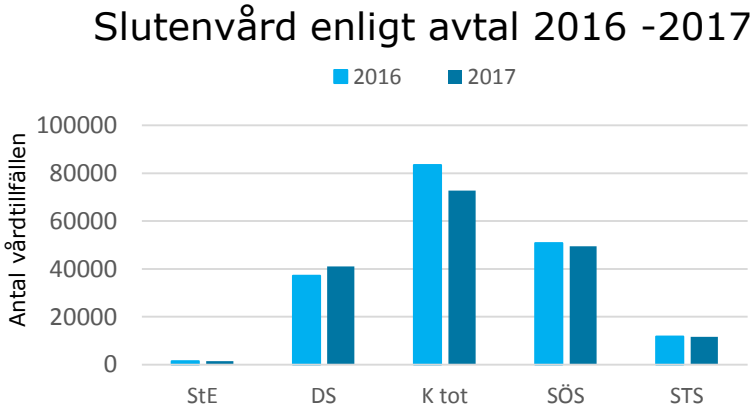
Jämförelse av beställd och producerad slutenvård

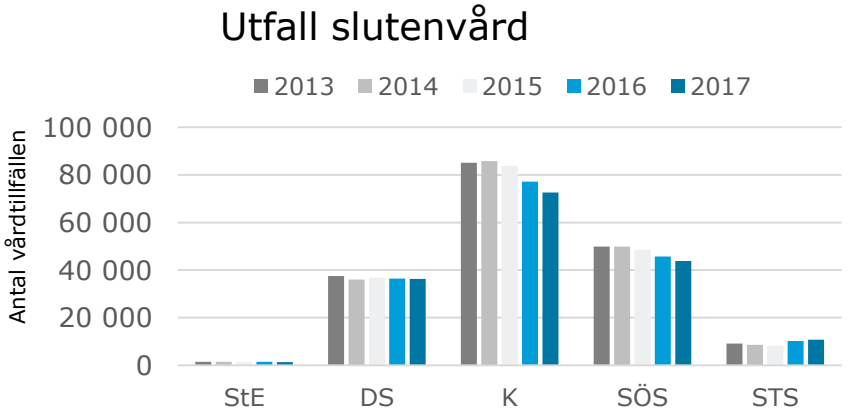


Vårdproduktionen av slutenvård ligger under avtalad nivå för de landstingsägda akutsjukhusen med omställningsavtal.

Icke planerad poliklinisering, förändrade arbetssätt, registreringsförändringar, samt vårdplats- och personalbrist kan vara en del av förklaringen till differensen mellan beställd och producerad vård under 2015 till och med 2017.

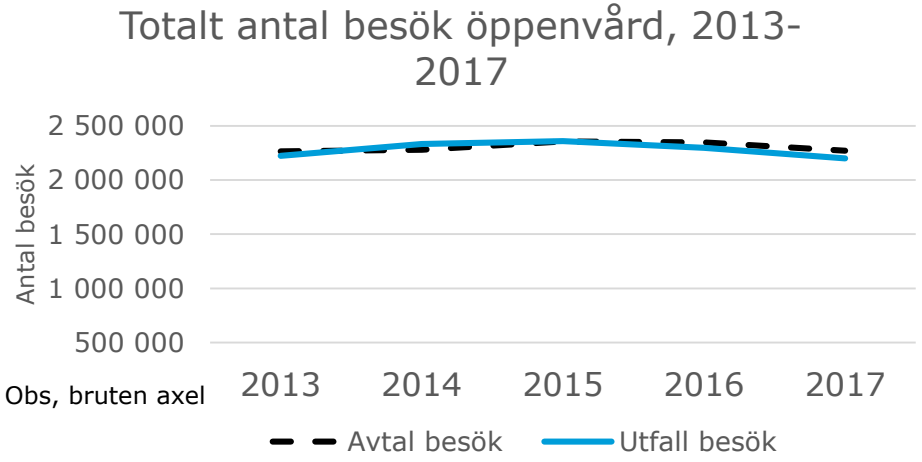
Beräkningen utgår från den vård som målvolymsberäkningen utgår ifrån, exklusive geriatrik. Det vill säga den DRG-satta vård som tidigare ingick i huvudavtalet.



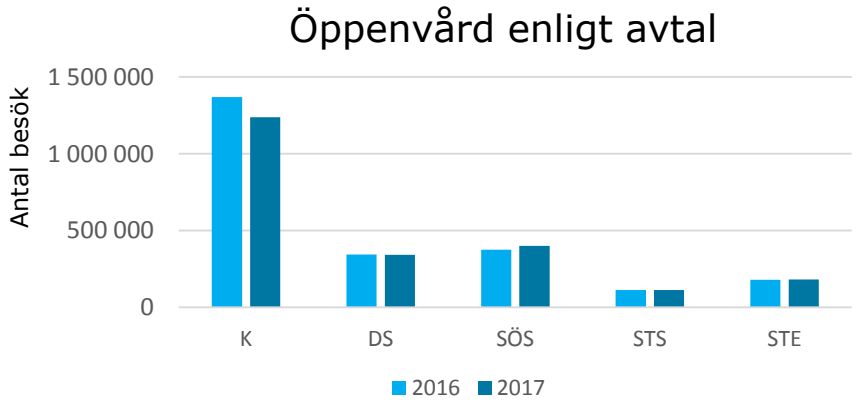


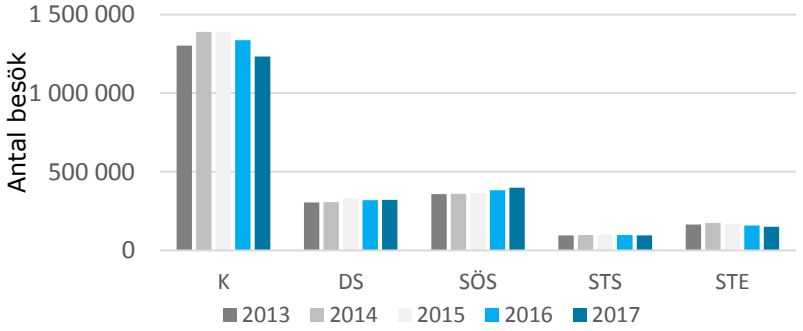
Källa: Vårdvolymer i omställningsavtal,
Endast DRG-satta vårdvolymer för landstingsägda akutsjukhus med omställningsavtal.

Jämförelse av beställd och producerad öppenvård



Den totala vårdproduktionen av öppenvård ligger i stort sett på avtalad nivå för de landstingsägda akutsjukhusen med omställningsavtal.

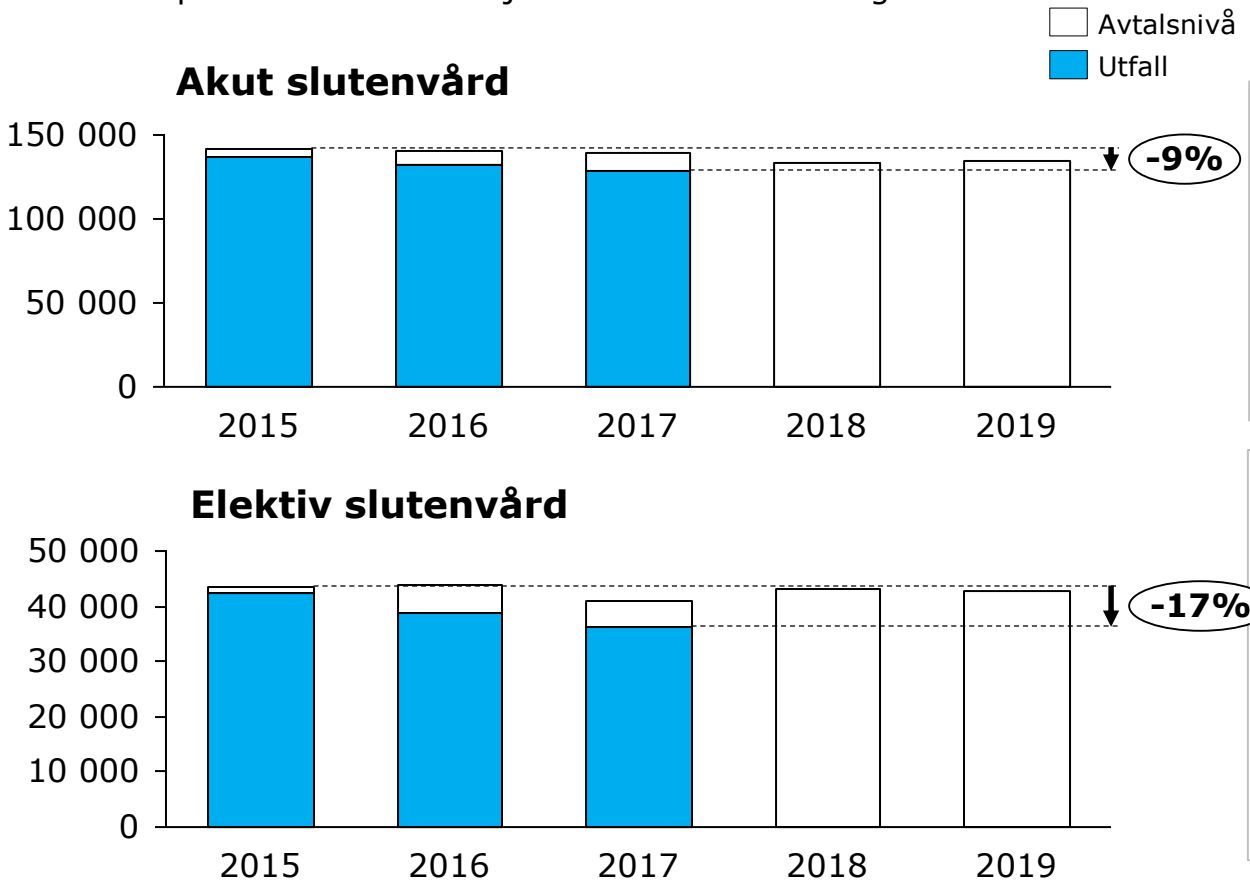




Källa: Vårdvolymer i omställningsavtal,
Endast DRG-satta vårdvolymer

Utförd slutenvård ligger under avtalad volym

Avtal och produktion för akutsjukhus med omställningsavtal



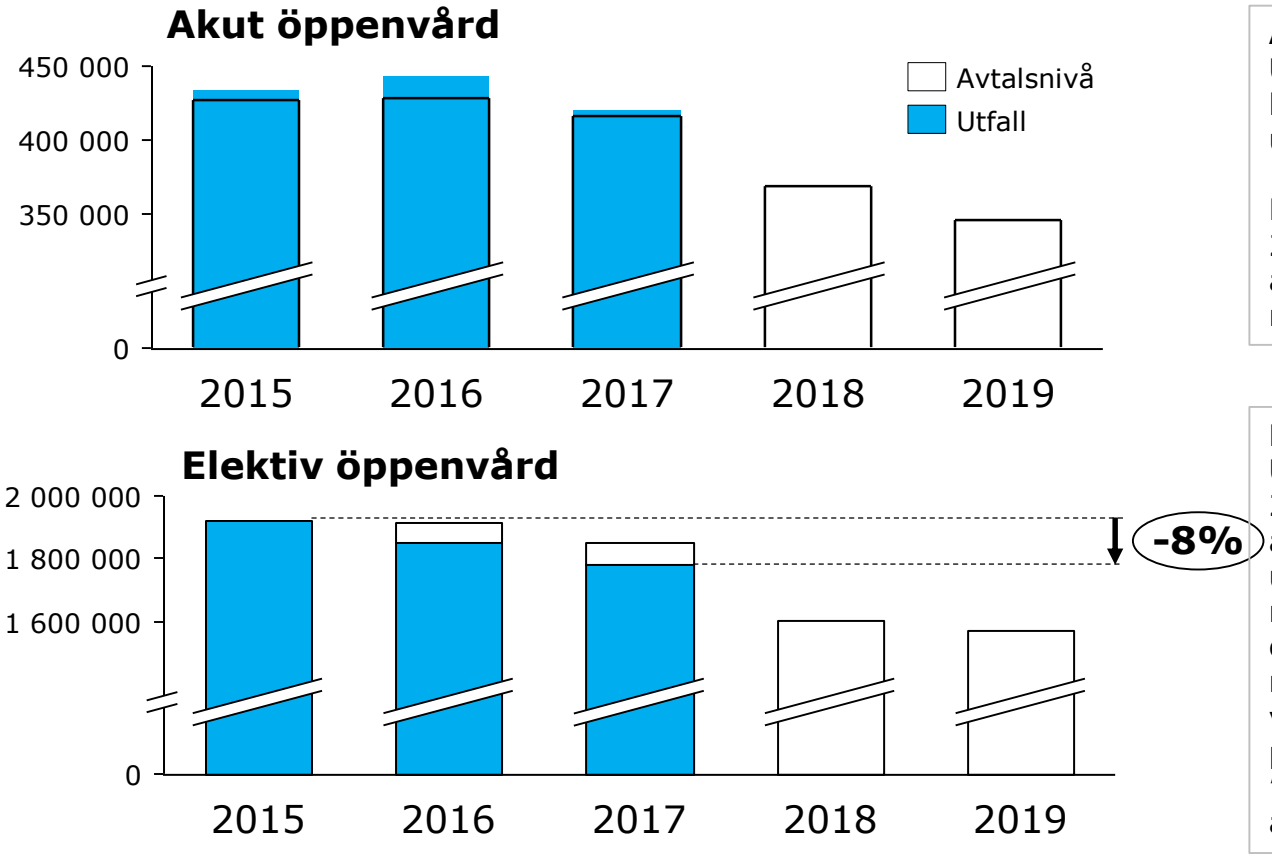
Akut slutenvård
Mellan 2015-2017 har den akuta slutenvården minskat. En stor del av minskningen har skett på Karolinska.
Akut slutenvård år 2017 ligger 8% under avtalad nivå.

Elektiv slutenvård
För elektiv slutenvård ligger utfall 2017 cirka 17% lägre än avtal 2015.
Förklaringar till det lägre utfallet är till exempel ökad poliklinisering utöver den som ingick i avtalsberäkningarna, nya arbetssätt, samt personal- och/eller vårdplatsbrist.

Källa: VAL-databasen för årligt utfall akutsomatik (uppdragstyp 182, samt uppdrag akutsjukvård motsvarande ”gamla huvudavtalet”). Avtal enligt de vårdvolymer som ligger till grund för målvolymsberäkningar respektive år. Avtalade volymer är justerade för genomförda och planerade förändringar.

Utförd akut öppenvård ligger över och elektiv öppenvård under avtalad nivå

Avtal och produktion för akutsjukhus med omställningsavtal
OBS! Brutna staplar



Akut öppenvård
Utfallet för akut öppenvård ligger över avtalad nivå under 2015-2017.

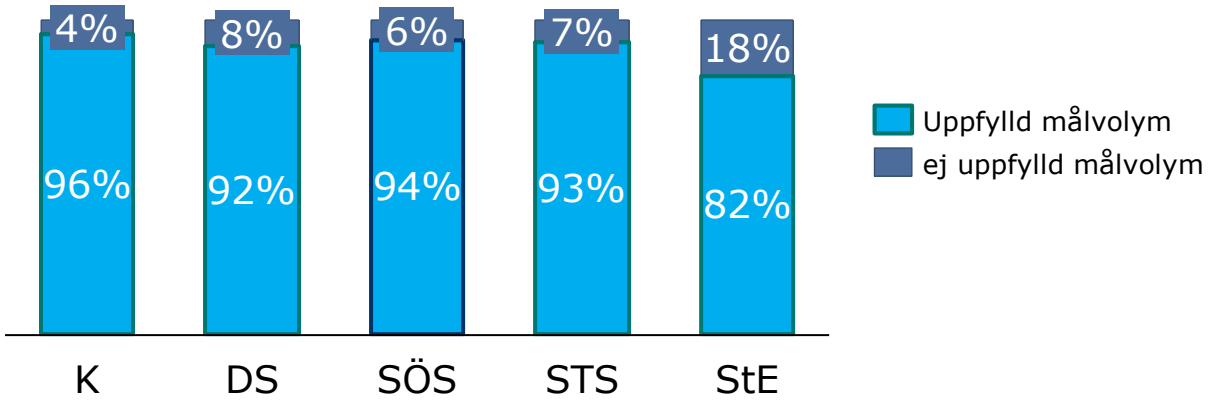
Minskningen i avtalad nivå år 2018-2019 beror bland annat på öppnandet av flera nya närakuter.

Elektiv öppenvård
Utfallet för elektiv öppenvård 2017 är cirka 4% under avtalad nivå och cirka 8% under 2015 års avtalade nivå. Ökat akut omhändertagande hos närakuter och andra vårdstrukturförändringar kan på längre sikt leda till att en ”elektiv svans” flyttar ut från akutsjukhusen

Källa: VAL-databasen för årligt utfall akutsomatik (uppdragstyp 182, samt uppdrag akutsjukvård motsvarande ”gamla huvudavtalet”). Avtal enligt de vårdvolymer som ligger till grund för målvolymsberäkningar respektive år. Avtalade volymer är justerade för genomförda och planerade förändringar.

Akutsjukhusen producerade mellan 82-96 procent av avtalad målvolym 2017

Målvolymen är beställda och utförda besök och vårdtillfällen omräknat till DRG-poäng enligt den nationella viktlistan. Antalet DRG-poäng blir högre om sjukhuset har mer resurskrävande åtgärder och patientgrupper. Antalet DRG-poäng i målvolymen är inte lika med beställda vårdvolymer.

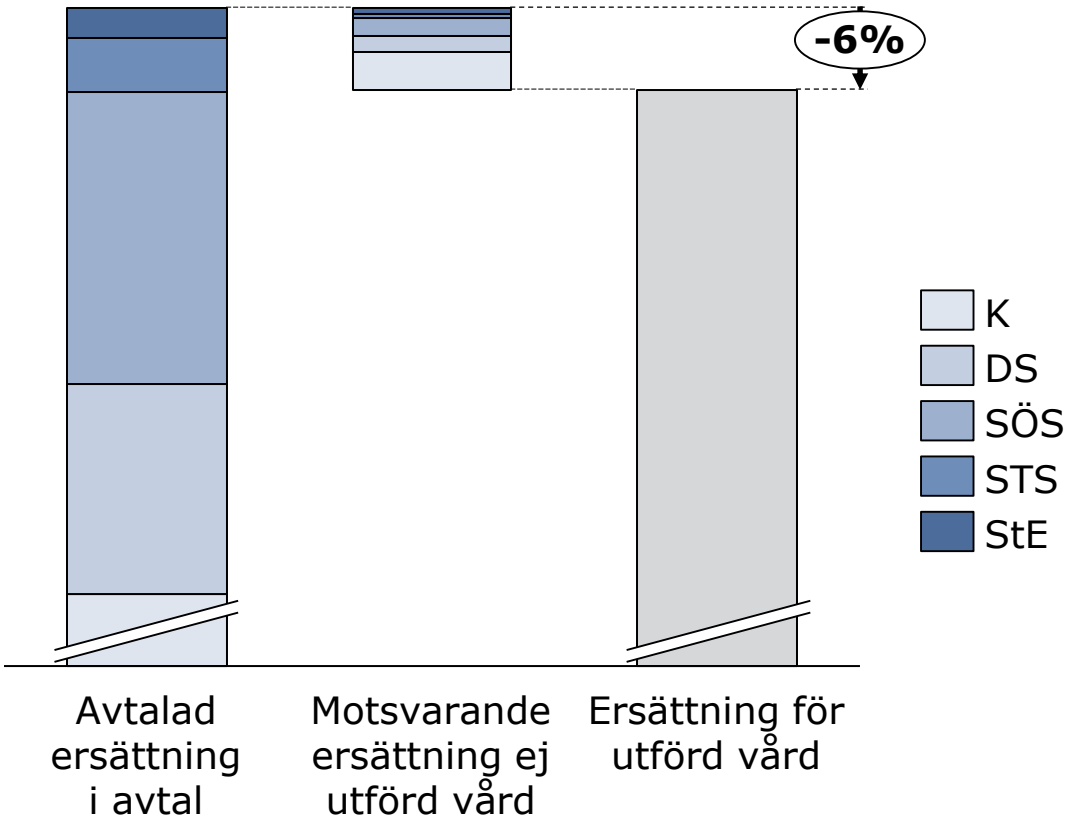


- Den faktiska produktionen under 2017 understiger den beställda vården mätt i DRG-poäng.
- Sjukhusen producerar mellan 82-96% av avtalad målvolym (räknat i DRG-poäng). För att uppnå den målrelaterade ersättningen i avtal ska sjukhuset nå 95% av avtalad målvolym.

Gapet mellan beställd vård och utförd vård mätt i DRG-poäng kan delvis bero på att beställningen var för hög i förhållande till befolkningens behov, vården effektiviseras genom t ex polikliniserings, eller att det finns en faktisk underproduktion i förhållande till vårdbehoven.
Vård som polikliniseras innevarande år kan ge färre DRG-poäng än för motsvarande behandling i slutenvård.

Källa:VAL-databasen
Urval: Beräknat på den målvolymsrgundande delen av DRG-satt vård (f.d. Huvudavtal & geriatrik, exklusive kvalitet, miljö, KÖL, strategiska investeringar

Värdet av vårdbeställningen som ej utförts 2017, mätt i DRG-poäng, motsvarar 6 % av ersättningen



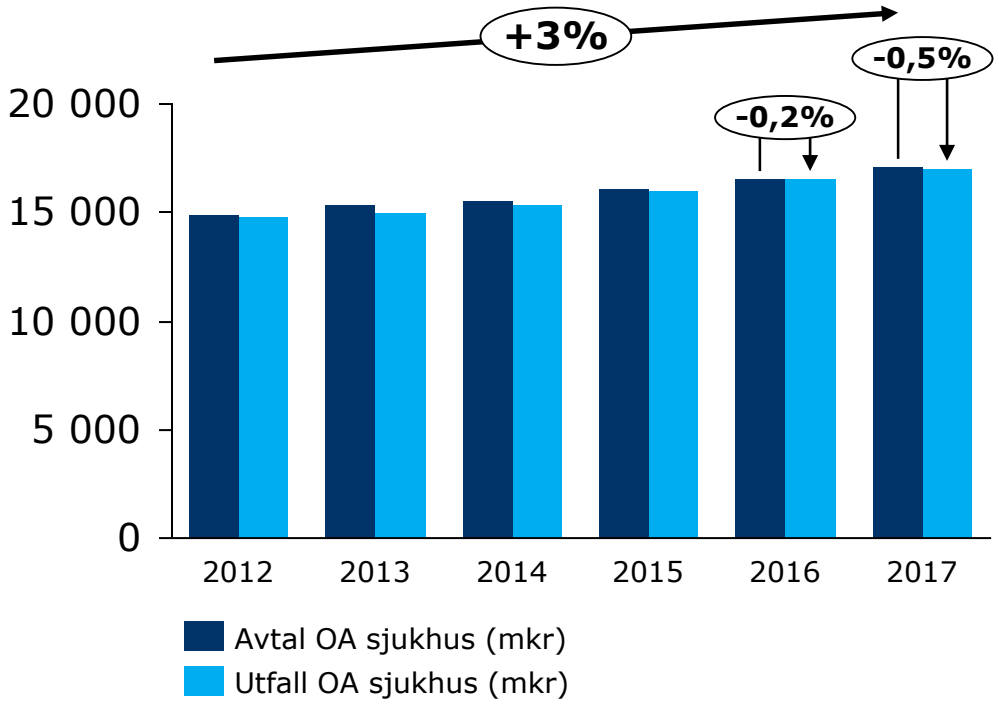
Värdet av den vård som beställts (Målvolym) men som inte utförts under 2017, mätt i DRG-poäng, motsvarar 6 procent av den beställda vården. Respektive akutsjukhus del av de 6 procenten påverkas av utfall i förhållande till målvolym samt respektive akutsjukhus totalersättning i avtal.

Gapet mellan beställd vård och utförd vård mätt i DRG-poäng kan delvis bero på att

- beställningen var för hög i förhållande till befolkningens behov
- vården har effektiviserats men beskrivningssystemet har brister som gör att det inte slår igenom i DRG-systemet
- det finns en faktisk underproduktion i förhållande till vårdbehoven.

Källa: VAL-databasen
Avgränsning: Huvudavtal, exklusive kvalitet, miljö, KÖL, strategiska investeringar

Jämförelse mellan avtalad och utbetalad ersättning till samtliga sjukhus med OA



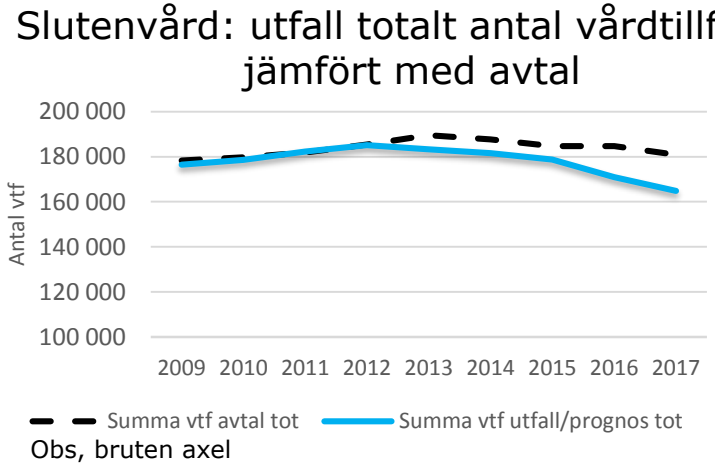
Avtalet har en fast ekonomisk ram som har hållits sett till utfall. Den fasta ekonomiska ramen gör att strukturförändringar utöver de som angetts i omställningsavtalen har försvårats då de ekonomiska resurserna ligger fast i respektive omställningsavtal. Vid större oplanerade uppdragsförändringar har den ekonomiska ramen justerats. Det innebär att beställningen varit relativt låst under avtalsperioden.

Anledningen till att ersättningen under 2016-2017 är något lägre än avtalad ekonomisk ram är att den målrelaterade ersättningen inte har uppnåtts i alla delar för alla akutsjukhus.

Principer för den ersättningsnivåer och uppräkning beskrivs i avsnitt 3.

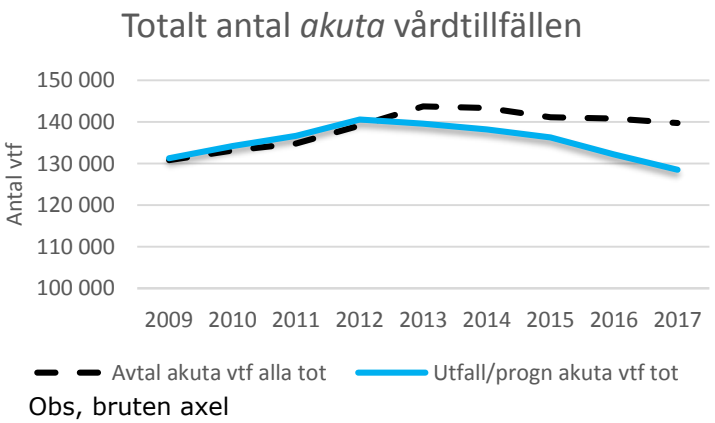
Källa: VAL-databasen (fil Volymförändringar 2009-2016). Avgränsning: Ekonomisk ram för vårduppdrag (exkl. övriga vårduppdrag bilaga 1 OA), beräknad utifrån avtalad ersättning 2015. I kostandsutfallet ligger även ev ägarbidrag.

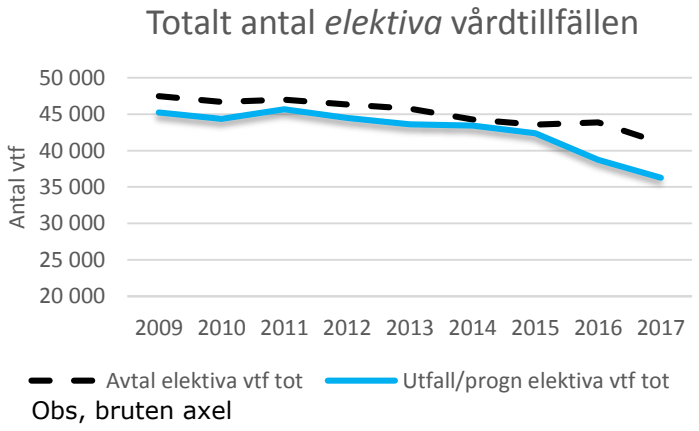
Slutenvårdsproduktionen ligger under avtalsnivå för hela uppföljningsperioden



Från 2012 och framåt ses en trend där producerade volymer är lägre än beställda volymer inom SLV.

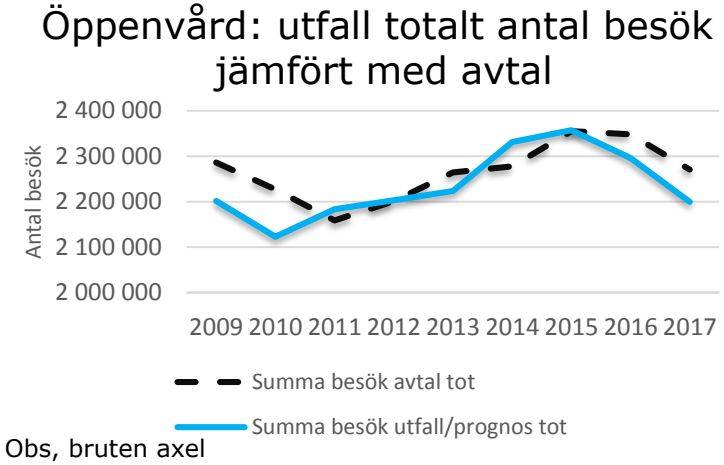
Från 2015 och framåt blir gapet större än tidigare.





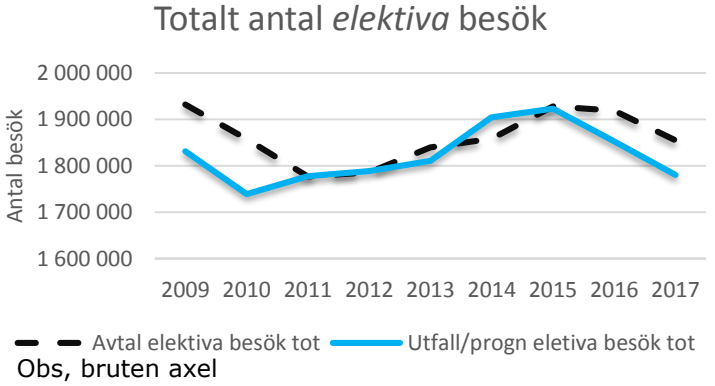
Källa: VAL-databasen (fil Volymförändringar 2009-2016). Endast huvudavtalsuppdrag, endast akutsjukhus med omställningsavtal (dvs. exkl. CStG och NTS)

Öppenvårdsproduktionen följer i stort avtalad nivå sedan 2011 - med en liten underproduktion 2015-2017 inom elektiva besök



För öppenvården följer producerad vård beställningarna mellan åren 2011 – 2015. Från 2015 minskar producerad vård i förhållande till beställd vård något för elektiv öppenvård.





Källa: VAL-databasen (fil Volymförändringar 2009-2016). Endast huvudavtalsuppdrag, endast akutsjukhus med omställningsavtal (dvs. exkl. CStG och NTS)

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

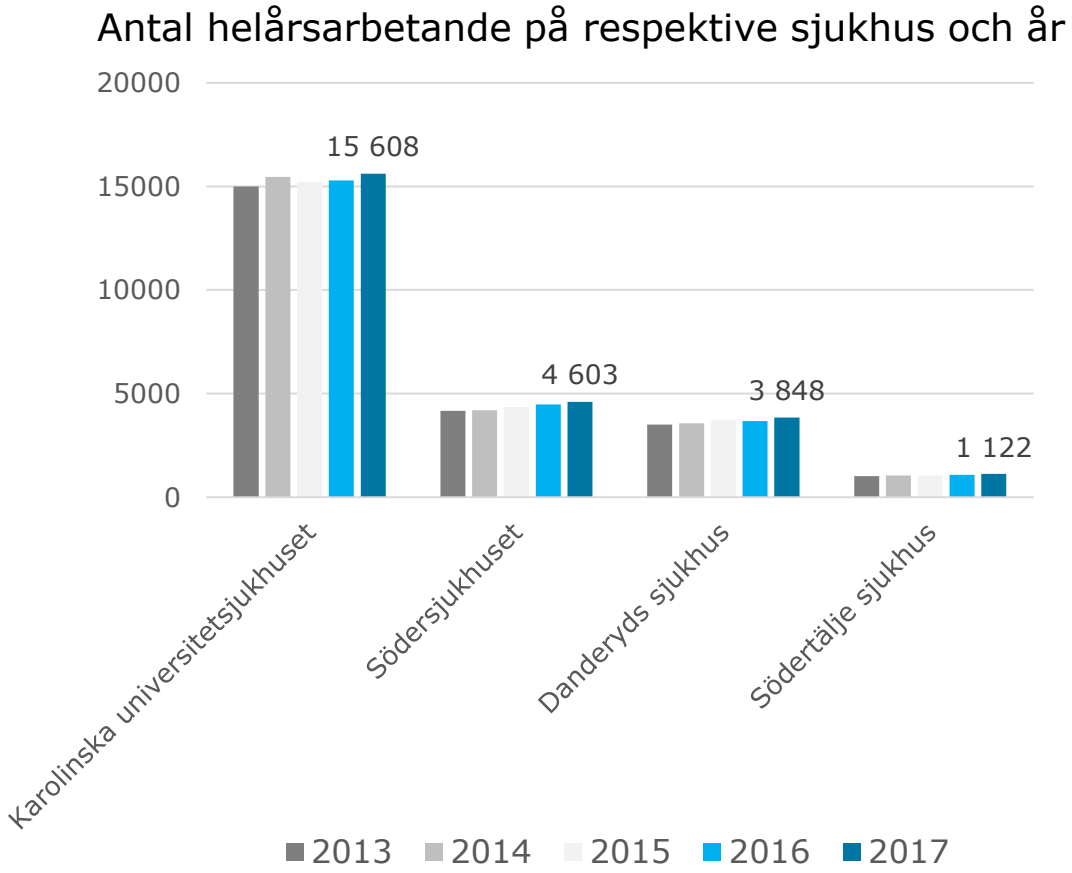
5 Referenser 107-109

(Slutsatser, område 3)

4.3 Produktivitet - produktion i förhållande till resurser

- Gapet mellan beställd vård och producerad vård innebär för landstinget att vården på sjukhus blir dyrare ”per styck” och att produktiviteten mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång går ned.

Helårsarbetare ökar på sjukhusen



Antalet helårsarbetare har snarare ökat än minskat för akutsjukhusen under avtalsperioden.

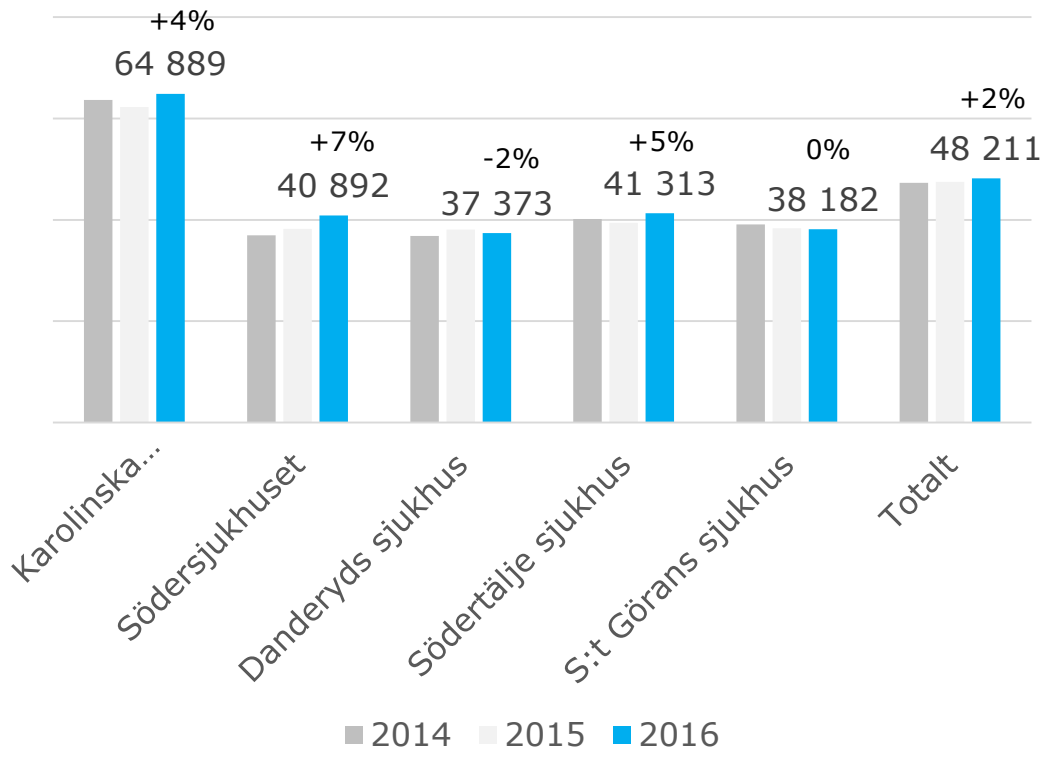
Totalt innebär det att då vårdproduktionen samtidigt gått ned innebär detta en minskad produktion per helårsarbetare.

På grund av förändringar i vårduppdrag på de olika akutsjukhusen kan en ökning av helårsarbetare i vissa fall vara enligt plan.

Källa: LSF personal, exkl. data för helårsarbetare på StE

Kostnaden per slutenvårdstillfälle har ökat för akutsjukhusen förutom för DS och CStG 2014-2016

Kostnad per vårdtillfälle exklusive kostnadsytterfall i kronor

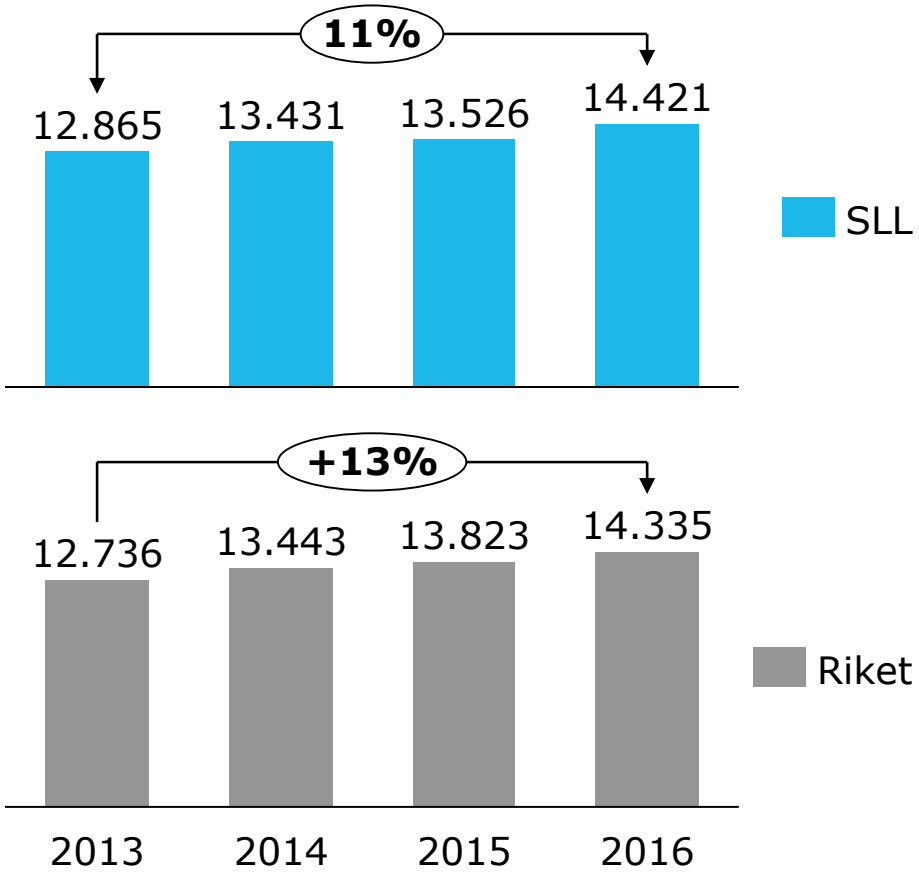


Grafen visar sjukhusens kostnad per vårdtillfälle (exklusive kostnadsytterfall) samt procentuell förändring åren 2015 till 2016.

Kostnaden per slutenvårdstillfälle har ökat något för alla sjukhus med OA mellan 2014-2016 utom för DS.

Källa: SKL's KPP-databas med viktlista och priser för respektive år.
Urval: Endast slutenvård sorterat på företag (FTG) dvs all slutenvård inom den företagsbeteckningen inkluderas (vårdval förlossning, geriatrik med mera)

Kostnad för specialiserad somatisk vård per invånare har ökat både för SLL och riket



Kostnad för specialiserad somatisk vård, kr/inv ökar både inom SLL och riket mellan 2013-2016.
SLL har något dyrare somatisk vård per invånare än riket.
Data inkluderar all somatisk vård på och utanför akutsjukhus.

Källa: Kolada (från SCB hämtat via www.kolada.se). Den specialiserade somatiska vården omfattar all somatisk vård, alltifrån den som ges vid mottagningar hos organspecialister på eller utanför sjukhus till den mest högspecialiserade regionsjukvården.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

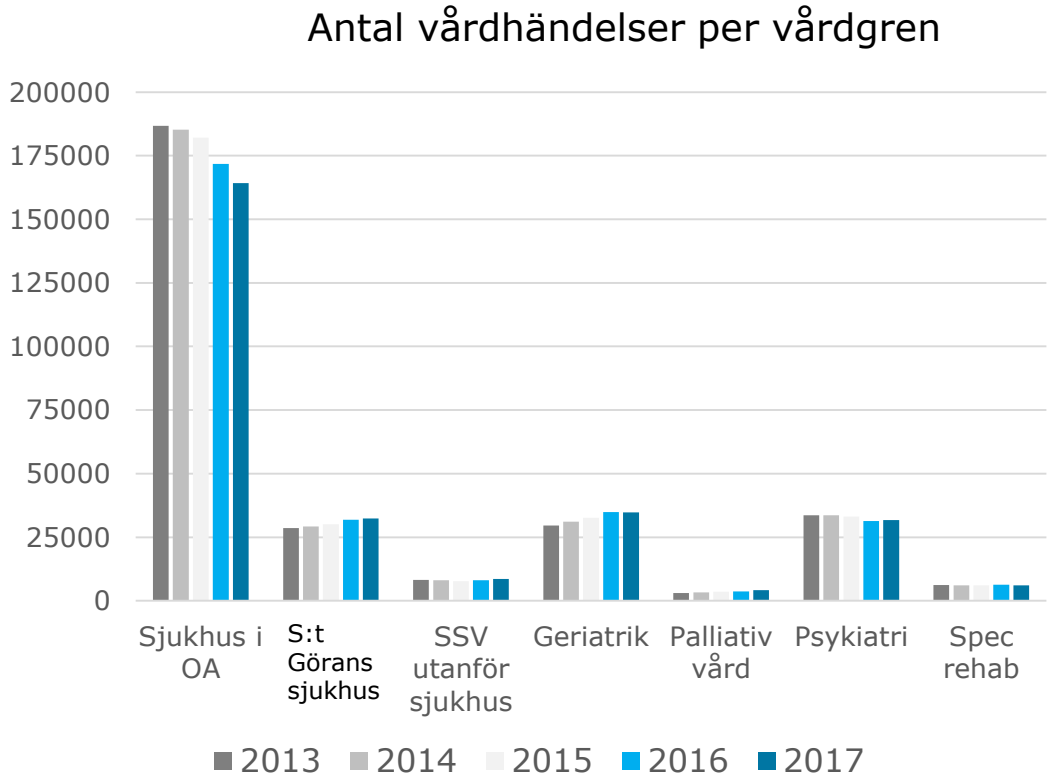
5 Referenser 107-109

(Slutsatser, område 4)

4.4 Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar

- Vårdstrukturförändringar har i huvudsak skett i linje med Framtidsplanen, men behöver analyseras vidare.

Slutenvård verkar ha flyttat från sjukhus med OA till vårdgivare utanför sjukhus



Antalet slutenvårdstillfällen inom somatisk specialistvård på sjukhus minskar mellan 2015-2017.

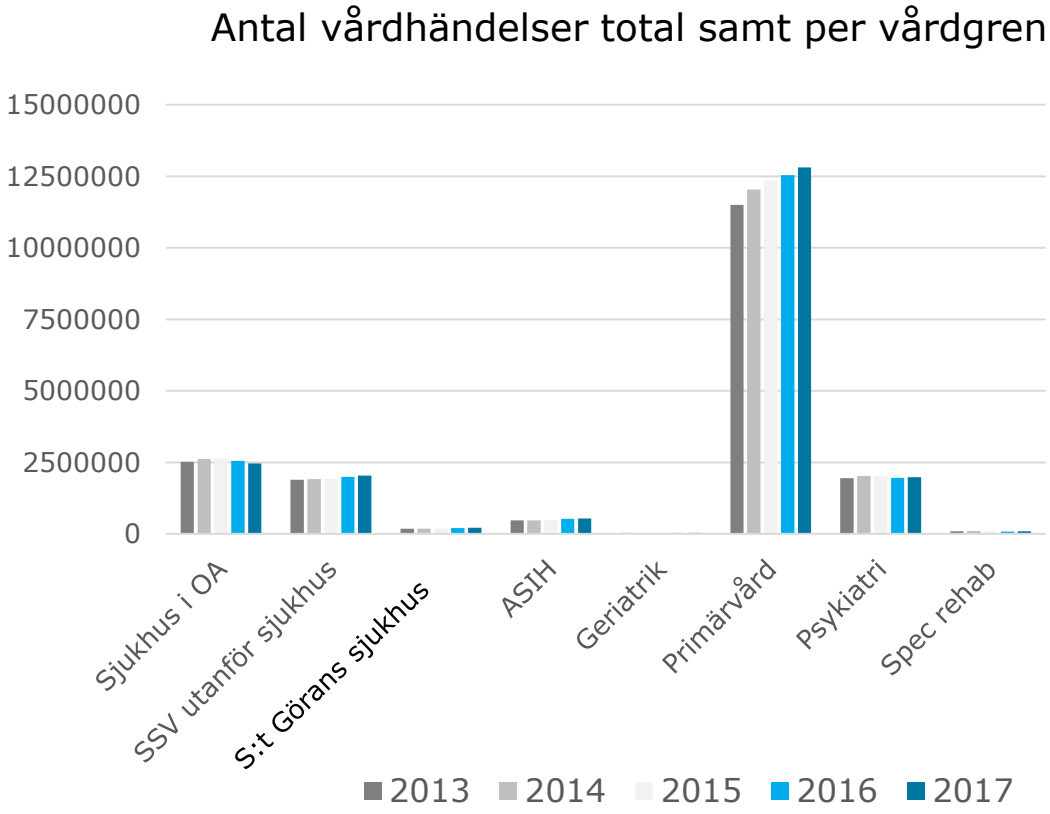
CStG ökar sin SLV och geriatriken utanför sjukhusen ökar också under samma period, liksom palliativ vård.

Ökningen av inom dessa vårdområden är dock mindre än minskningarna inom somatisk specialistvård på akutsjukhusen med OA.

Det vill säga, totalt minskar antalet slutenvårdstillfällen med cirka 13 000 vtf.

Källa: VAL-databasen (VA-rapport VUK test 13, flik Volymförändringar alla vårdområden år)
Antal slutenvårdstillfällen per vårdgren och år exkl. förlossning

Öppenvårdsbesök verkar ha flyttat ut till vårdgivare utanför sjukhusen



Det totala antalet öppenvårdskontakter ökade med 2% mellan 2015 och 2017 från cirka 19,8 till cirka 20,2 miljoner.

Antalet besök på sjukhus med OA minskade med cirka 180 000.

Samtidigt ökade besöken på S:t Göran och inom vårdval och upphandlade avtal (”SSV utanför sjukhus”) med ca 130 000 besök.

Mest ökade primärvården med 450 000 besök

Källa: VAL-databasen (VA-rapport VUK test 13, flik Volymförändringar alla vårdområden år)
Antal slutenvårdstillfällen per vårdgren och år exkl. förlossning

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

(Slutsatser, område 5)

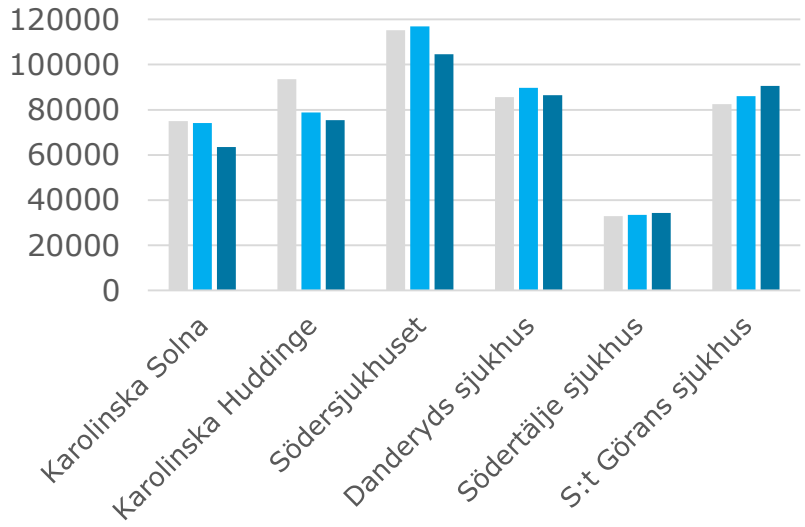
4.5 Effektivitet = rätt vårdprocesser och arbetssätt

Effektiva arbetssätt:

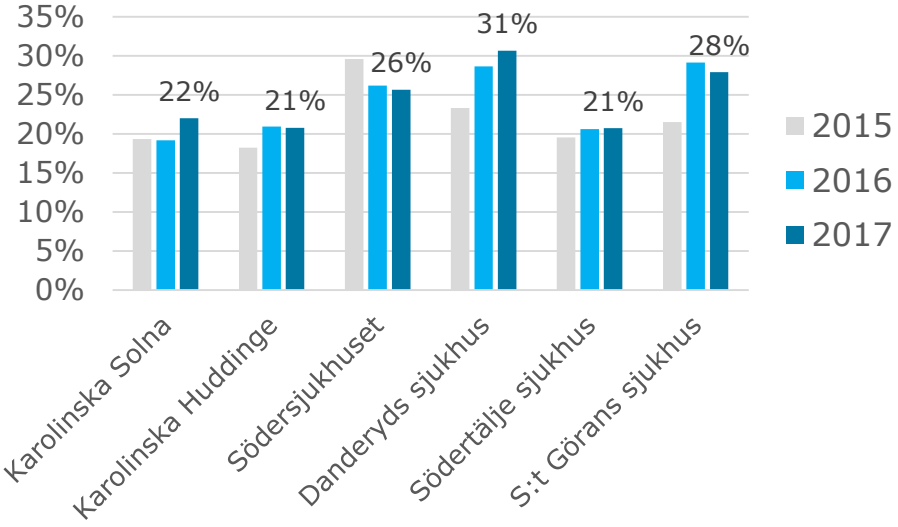
- Väntetiderna ökar på fem av sex akutmottagningar år 2013-2017.
- Både andelen och antalet oplanerade återinskrivningar minskar under perioden, vilket kan återspegla ett arbetssätt att ”göra rätt” i slutenvården

Andelen inlagda ser ut att öka på de flesta akutsjukhusen

Antal besök på akutmottagningen på respektive sjukhus och år



Andel (%) inlagda patienter



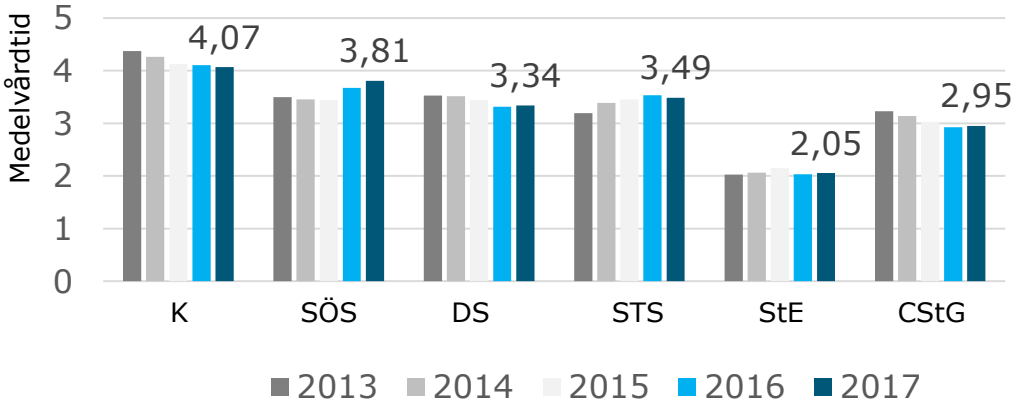
Antalet besök på akutmottagningarna minskar på Karolinska, Södersjukhuset och på Danderyds sjukhus. På Södertälje sjukhus är antalet besök oförändrat medan antalet besök på Capio S:t Görans sjukhus ökar.

Andelen inlagda patienter ökar något på Karolinska, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus, men minskar på Södersjukhuset.

Källa: VAL. (VA-rapport FHS Akutomhändertagande HSF Inlagda patienter räknas i VA-rapporten från 2015)

Medelvårdtid ökar på vissa sjukhus och minskar på andra

Medelvårdtid inkl. 0-vårddagar per sjukhus och år

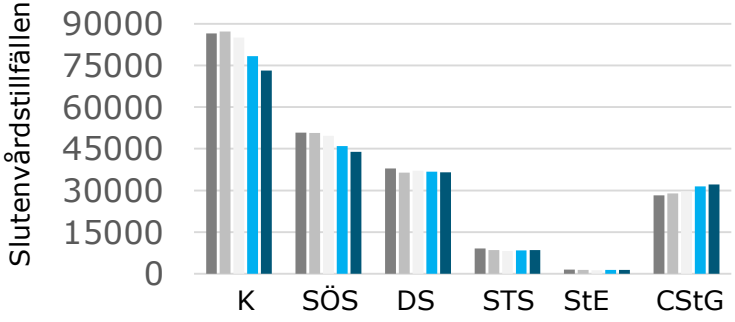


Medelvårdtiden ser ut att minska för Karolinska, Danderyd och CStG mellan 2015-2017.

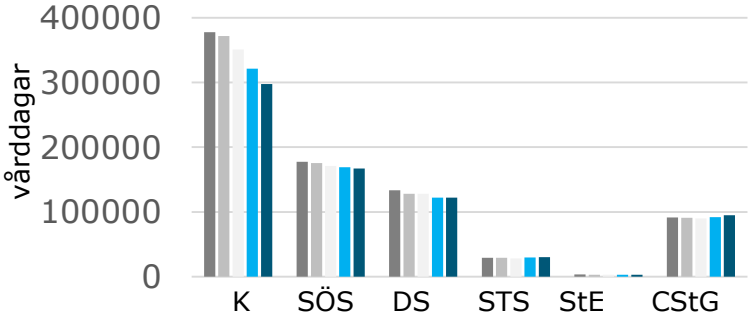
Medelvårdtiden ser ut att öka för Södersjukhuset och för Södertälje mellan 2015-2017.

Ökad *medelvårdtid* kan vara en indikation på att mindre vårdkrävande patienter inte skrivs in i slutenvården utan tas om hand i öppenvården. Förändringar i antal vårdtillfällen och vårdtid kan också bero på förändringar i uppdrag för respektive akutsjukhus

Producerade *slutenvårdstillfällen*

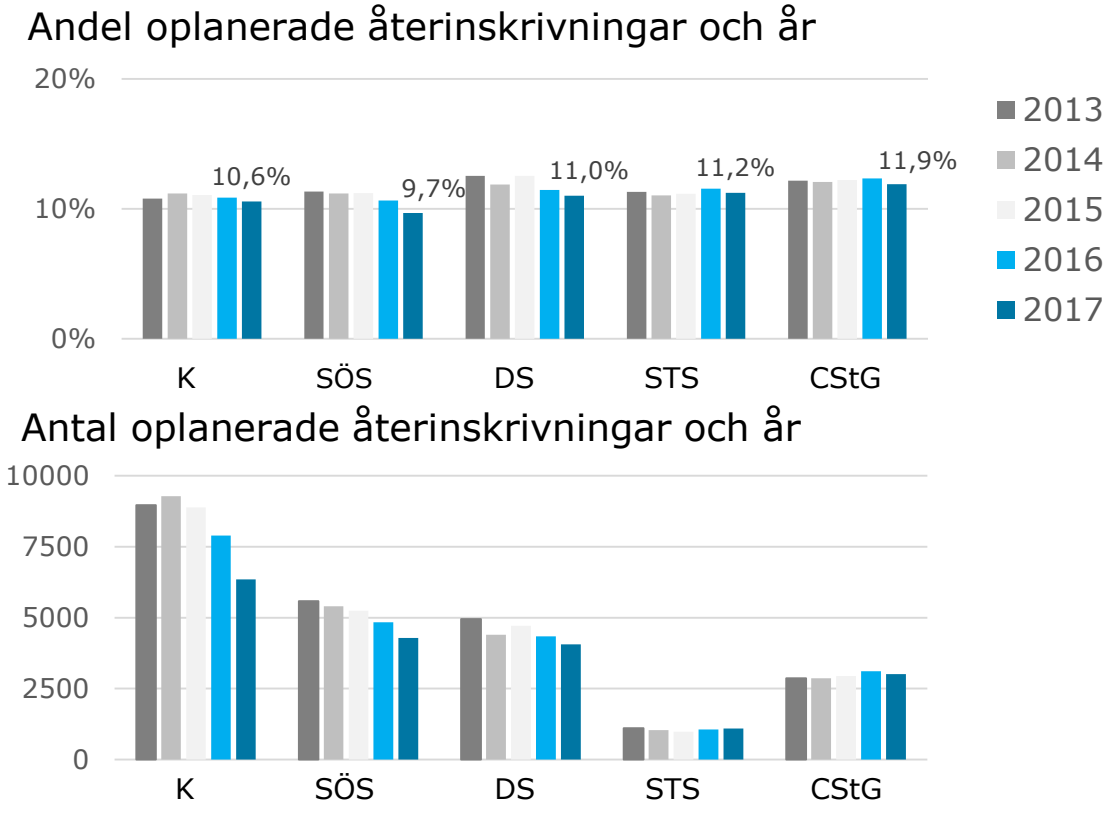


Producerade *vårddagar*



Källa: VAL (VUK test 14 uppdragstyp 182, endast SLL-patienter)

Både andelen och antalet oplanerade återinskrivningar minskar för K, SöS och DS



Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar minskar under avtalsperioden på Karolinska, Södersjukhuset och Danderyd

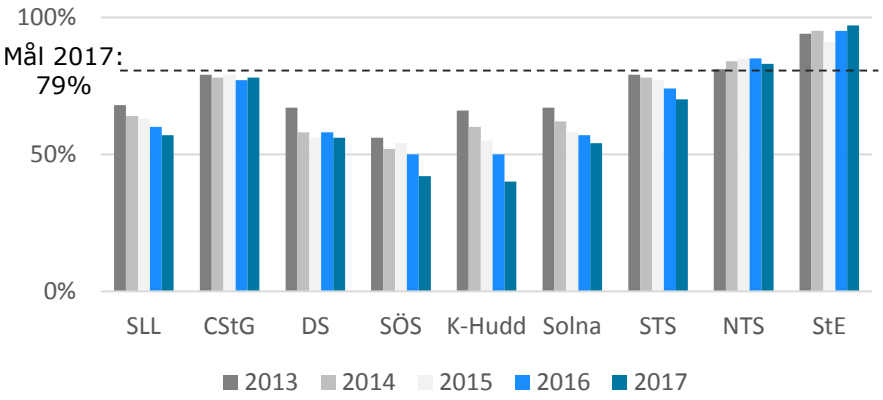
Antal återinskrivningar inom 30 dagar har minskat under avtalsperioden på Karolinska, Södersjukhuset och Danderyd

Frånvaro av återinskrivningar kan delvis tolkas som att ”rätt vård” görs inneliggande.

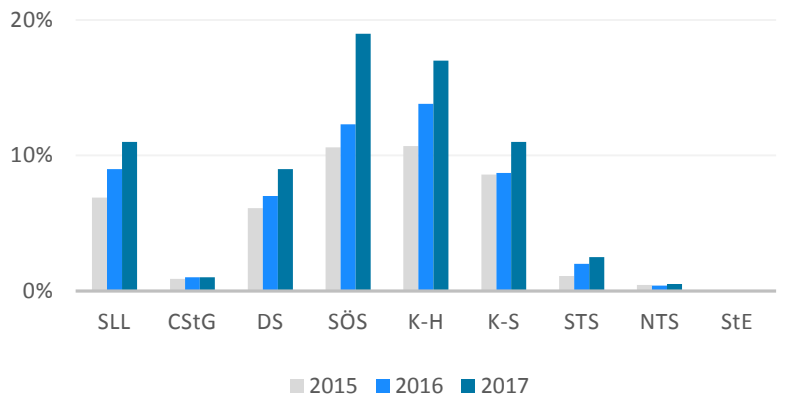
Källa: VAL (VA-rapport Återinskrivningar publik)

Vistelsetid på akuten ser ut att öka under avtalsperioden

Andel patienter med vistelsetid under 4 timmar på akuten. (Önskat värde: högt ⇧)



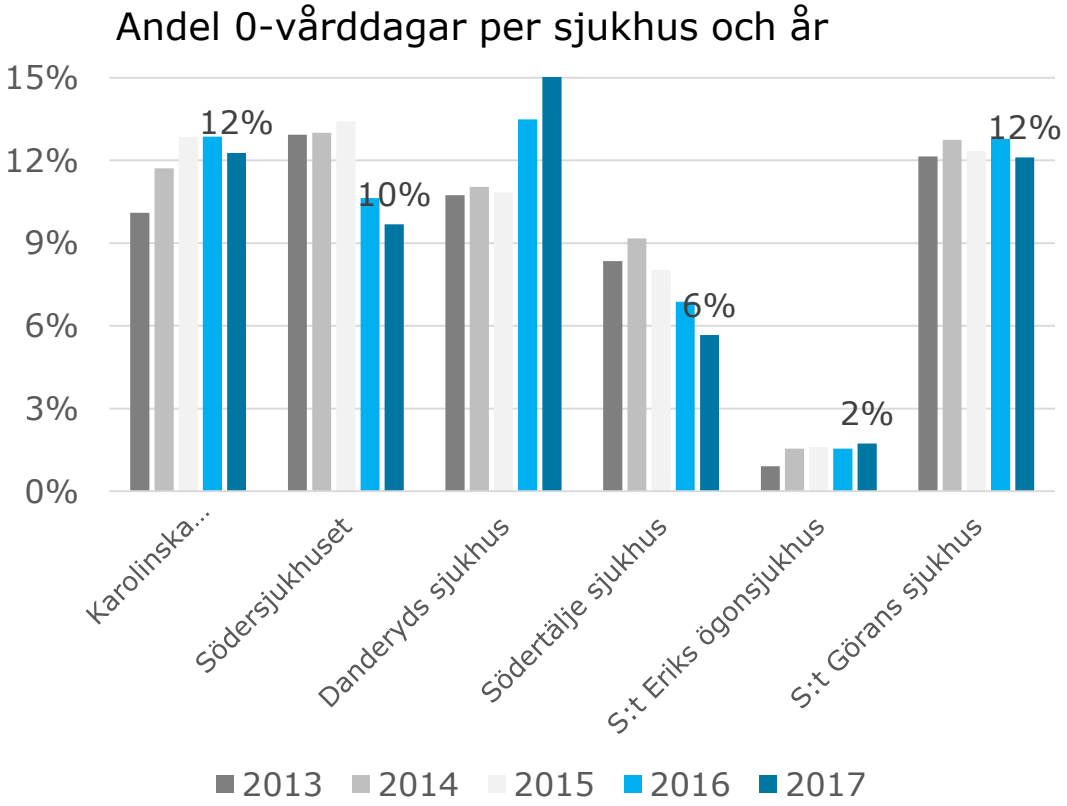
Andel patienter med vistelsetid över 8 timmar på akuten. (Önskat värde: lågt ⇩)



- Andelen patienter med vistelsetid under fyra timmar på akuten minskar mellan 2015-2017 för alla sjukhus utom för StE och CStG, dvs vistelsetiderna ser ut att bli längre totalt för alla sjukhus.
- Trenden har varit nedåtgående sedan år 2010 då mätningarna inleddes. 2010 fick totalt 73 procent av patienterna i SLL som har en vistelsetid på högst 4 timmar. År 2017 är motsvarande andel 57 procent.
- Även andelen patienter som längst vistelsetid, över åtta timmar ser ut att öka på sjukhusen och totalt inom SLL.

Källa: Årligen inrapporterad data från respektive akutsjukhus, förutom StE som är hämtat från VAL (VA-rapport Väntetider sjukhusens akutmottagningar v2.). Beräknas som antalet patienter som får vård inom/efter respektive tidsgräns delat på totalt antal patienter på akutmottagningen. Endast vuxna patienter.

0-vårddagar

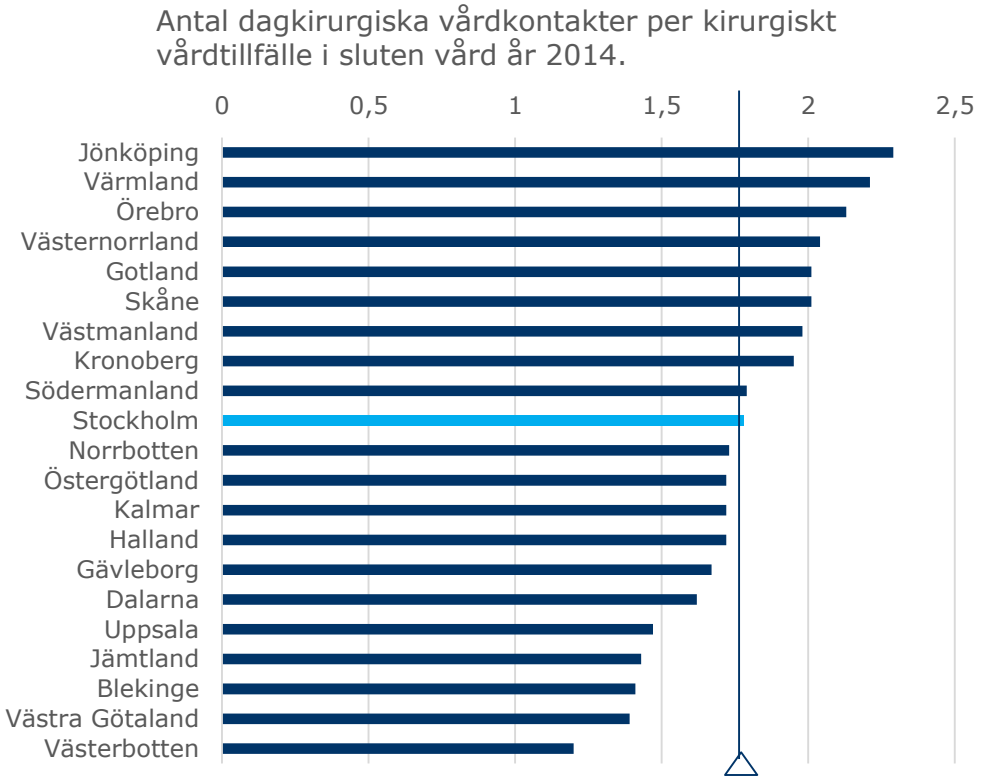


Utvecklingen av andelen 0-vårddagar går åt olika håll på de olika sjukhusen. Att andelen 0-vårddagar är ett sätt att mäta förändringar i arbetssätt och omhändertagande i dagvård. Olikheterna kan bero på olika arbetssätt och vilket utgångsläge respektive sjukhus har.

Både Danderyds sjukhus och Södersjukhuset har en tydlig ökning respektive minskning under omställningsavtalsåren 2016-2017. Vilket kan visa på att avtalet möjliggör just utveckling av nya arbetssätt.

Källa: VAL (SLV 13, 1415, 1617)
Urval: Uppdragstyp 182, patienter bosatta i SLL, VTIDH

SLL låg strax under rikssnittet i polikliniseringsgrad år 2014



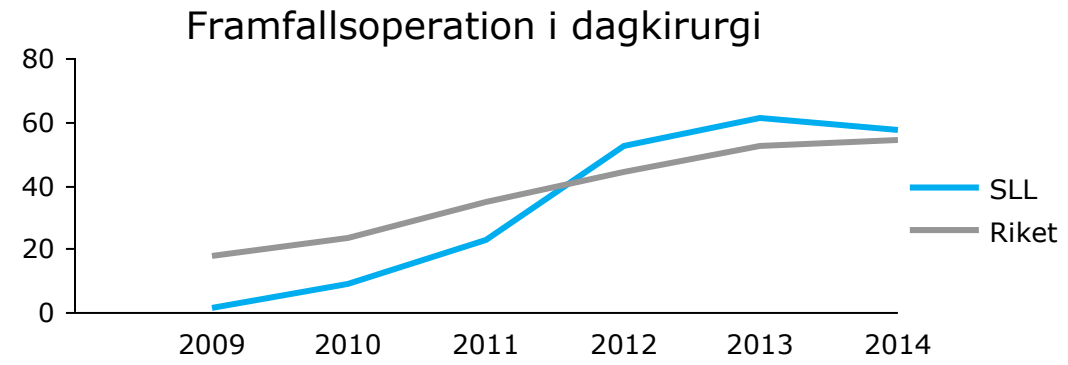
SLL låg nära rikssnittet i polikliniseringsgrad i kirurgi 2014. Här mätt som antal dagkirurgiska vårdkontakter per kirurgiskt vårdtillfälle i sluten vård.

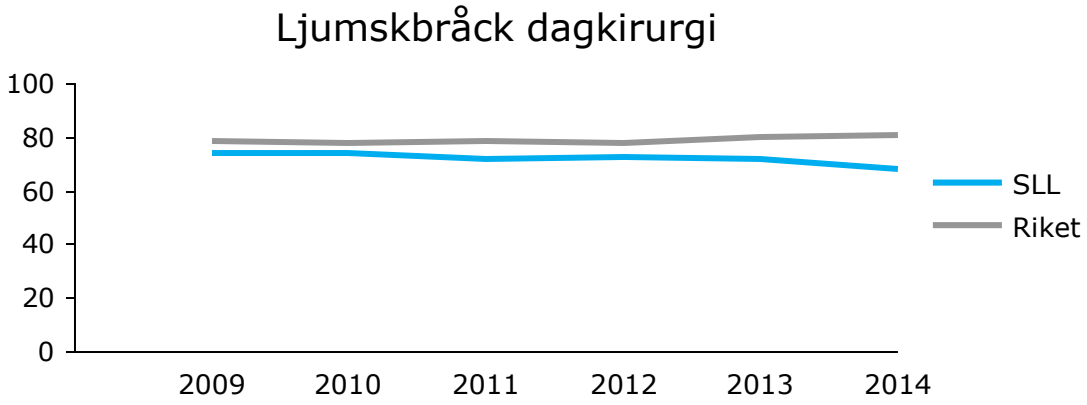
Jönköping, Värmland och Örebro hade då högst andel dagkirurgi.

Poliklinisering är ofta en önskad förändring där patientgrupper som tidigare behandlats eller omhändertagits inom slutenvården tas om hand i dagvård.

Källa: DRG-statistik 2015, Socialstyrelsen

SLL i jämförelse med riket - två exempel på polikliniserering 2009-2014



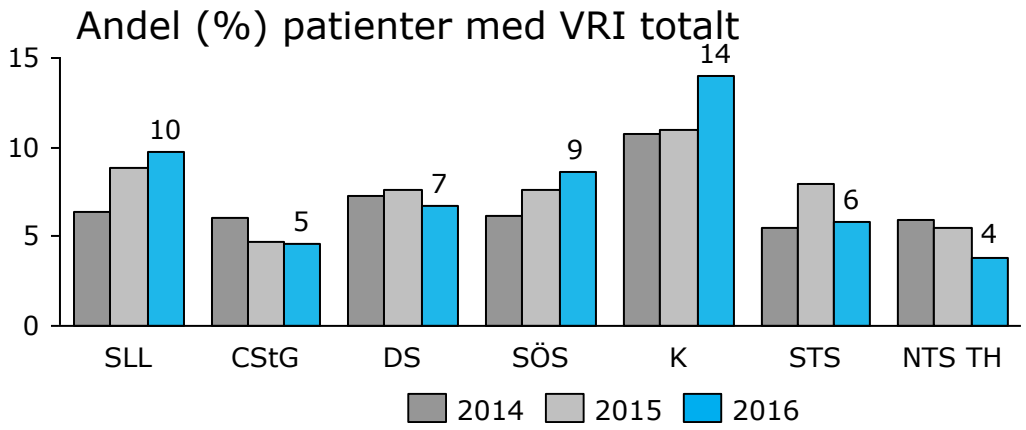


För framfallsoperationer låg SLL över rikssnittet mellan 2012-2013 i andel dagkirurgi för framfallsoperationer. Andelen dagkirurgi ser därefter ut att minska i SLL från 2013-2014.

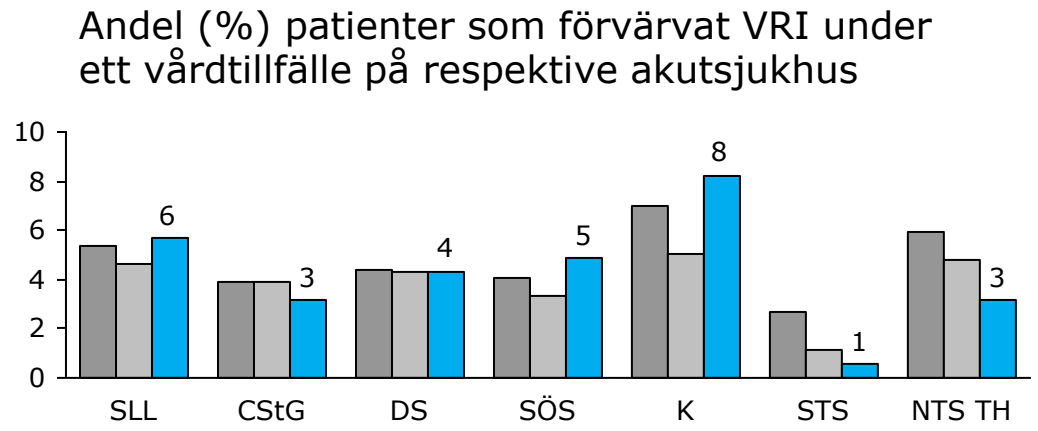
För ljumskbråck ligger SLL under rikssnittet i andel av dagkirurgi. Även här ser det ut att vara en minskning mellan 2013-2014.

Källa: Vården i siffror. Indikatorerna visar hur stor andel av respektive operation som utfördes som dagkirurgi

Andelen patienter med VRI ökar på Södersjukhuset och Karolinska 2014-2016



Under perioden ökar andelen patienter med VRI totalt på akutsjukhusen (SLL).



Andelen patienter som förvärvat VRI under ett vårdtillfälle ökar totalt (SLL) år 2014 till 2016.

Indikatorn är under utveckling och det kan förekomma olikheter i rapportering mellan akutsjukhusen och åren.

Källa: Inrapporterade kvalitetsindikatorer för respektive år och akutsjukhus

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

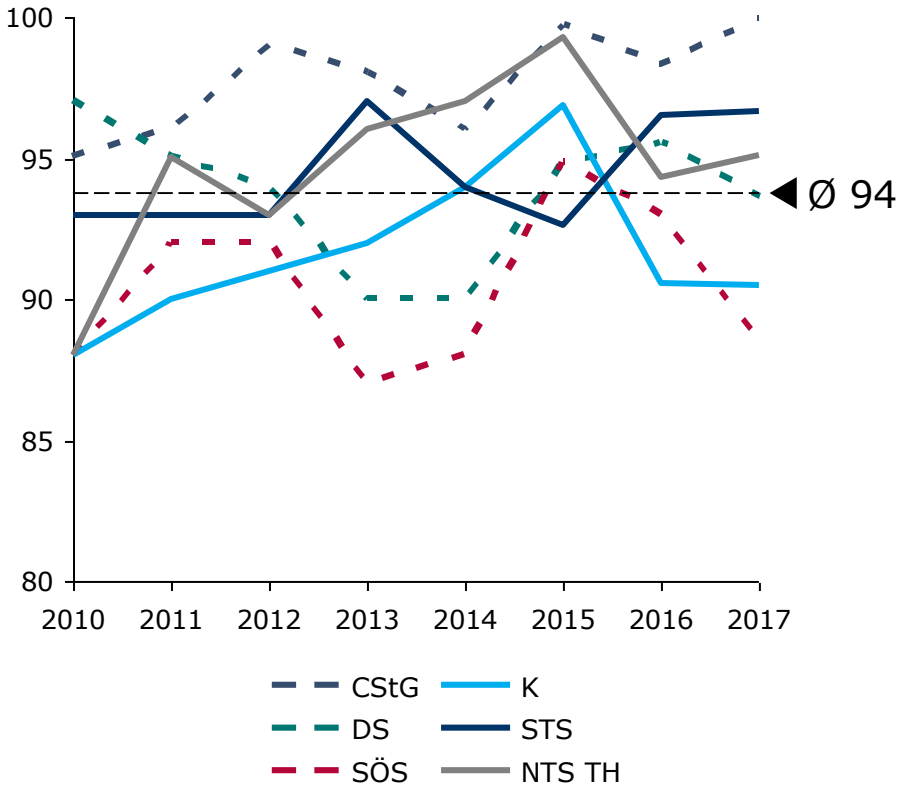
5 Referenser 107-109

(Slutsatser, område 6)

4.6 Effektivitet = resultat

- SLL:s utfall i kvalitetsparametrar ligger bra till jämfört med rikssnitt inom många områden men når inte de nationella målnivåerna inom alla områden. Sjukhusen får en stor andel av den möjliga målrelaterade ersättningen för kvalitet i avtal. Till stor del beror det på att kvalitetsersättningen till del baseras på nya indikatorer som är under utveckling och där kravet är att enbart redovisa resultat innan införandet av målnivåer. För andelen av den målrelaterade ersättningen som är kopplad till målnivåer varierar måluppfyllelsen för sjukhusen mellan 43-99,9% och i perspektivet jämlik vård finns det förbättringsutrymme.
- Befolkningens självupplevda hälsa minskar något under perioden, men förtroendet för sjukvården och sjukhusen förblir relativt oförändrat. Den självupplevda hälsan är lägre hos de med lägre utbildning och högre hos de med högre utbildning. Sett till vårdkonsumtion har inga större förändringar skett under perioden för de med lägst utbildning och inkomst (mosaicgrupp 3) eller de med högre utbildning och inkomst (mosaicgrupp 1).
- Befolkningen i länets centrala delar söker mindre elektiv vård på akutsjukhus men mer akut vård på akutsjukhus än befolkningen i mer perifera delar, vilket kan komma att förändras under resterande avtalsperiod då fler närakuter öppnas.

Andelen erhållen kvalitetsersättning - totaluppfyllnad av kvalitetsparametrar i avtal



Kvalitetsersättningen i avtalen bygger på två typer av kvalitetsparametrar, antingen med satta mål där ersättning ges om sjukhusen når nivåerna, eller parametrar där ersättning ges om resultatet registreras.

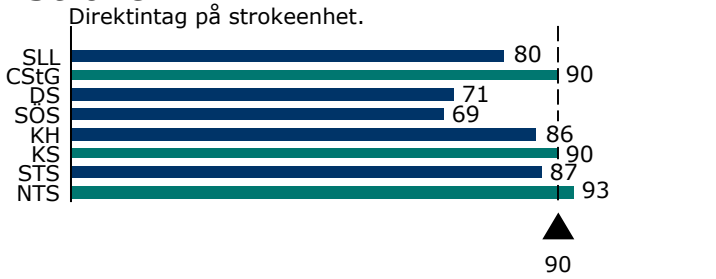
Andelen erhållen kvalitetsersättning för de sjukhusgemensamma kvalitetsindikatorerna ligger stabilt över åren. CStG finns med som jämförelse. I medeltal har sjukhusen fått 94% av kvalitetsersättningen. För andelen av den målrelaterade ersättningen som är kopplad till målnivåer varierar måluppfyllelsen för sjukhusen mellan 43-99,9% och i perspektivet jämlik vård finns det förbättringsutrymme. Kvalitetsersättningen kan uppgå till maximalt 1,5% av sjukhusets totalersättning.

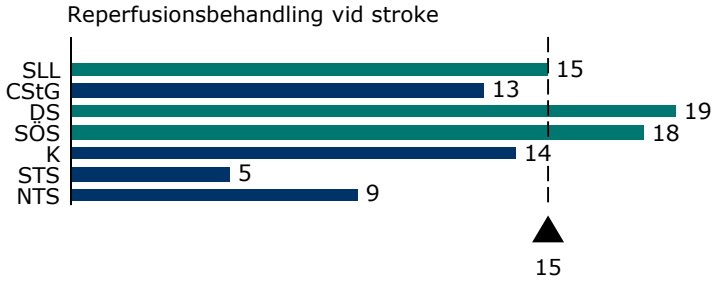
I samband med införandet av OA har sjukhusspecifika medicinska kvalitetsindikatorer också tillkommit men resultaten och graden av måluppfyllelse för dessa är inte sammanställd vid tiden för denna rapports slutförande.

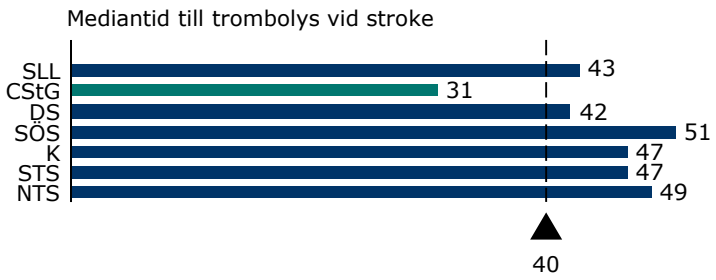
Källa: Resultat av respektive akutsjukhus kvalitetsredovisning enligt avtal per år

Kvalitetsutfall 2016 - HSF:s indikatorer (bild 1/2)

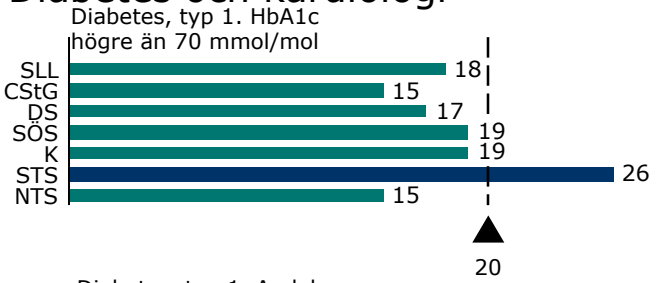
Stroke

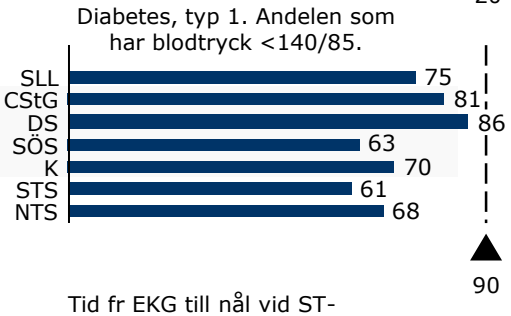


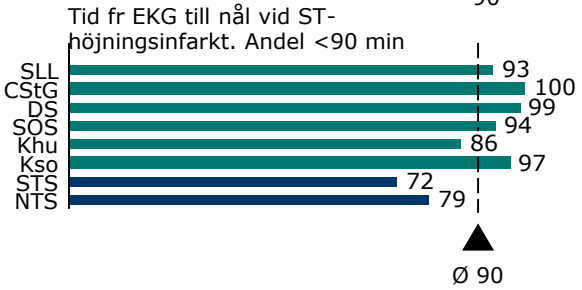




Diabetes och kardiologi







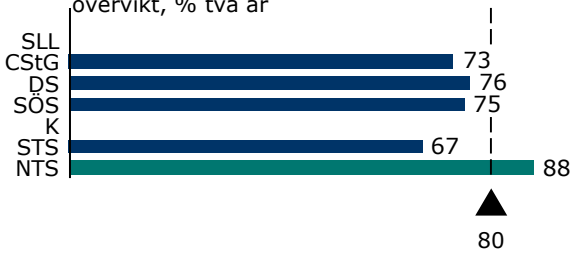
Gröna staplar betyder att sjukhusen når de mål som satts tillsammans med HSF eller som finns nationellt.

Källa: Resultat av ett urval av respektive akutsjukhus kvalitetsredovisning enligt avtal per år

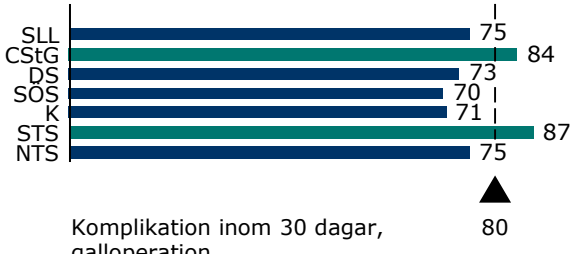
Kvalitetsutfall 2016 - HSF:s indikatorer (bild 1/2)

Opererande verksamheter

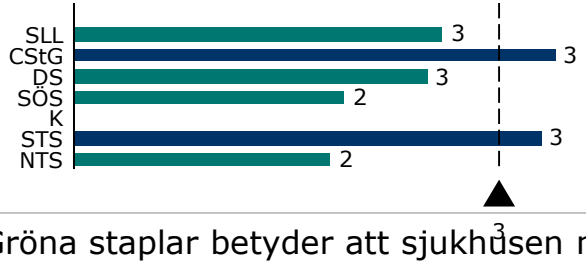
Övervikt. Minskning av övervikt, % två år



Höftfraktur. Andelen pat med höftfraktur som opererats inom 24 tim efter ankomst

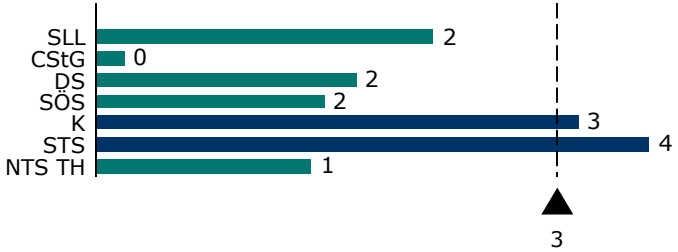


Komplikation inom 30 dagar, galloperation



IVA

IVA. Andel vårdtillfällen då patienten oplanerat återinskrivits inom 72 timmar



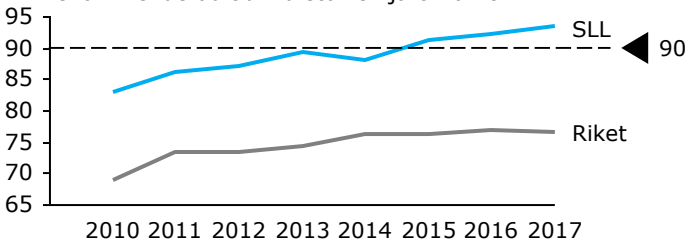
Gröna staplar betyder att sjukhusen når de mål som satts tillsammans med HSF eller som finns nationellt.

Källa: Resultat av ett urval av respektive akutsjukhus kvalitetsredovisning enligt avtal per år

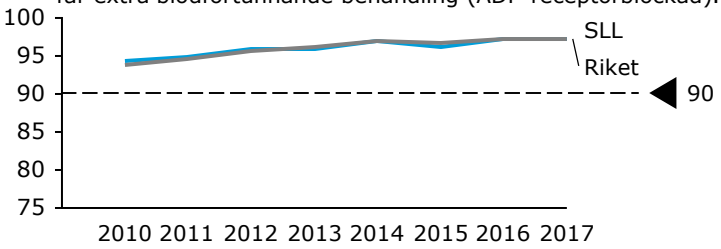
SLL jämfört med riket - öppna jämförelser över tid

Hjärtinfarkt

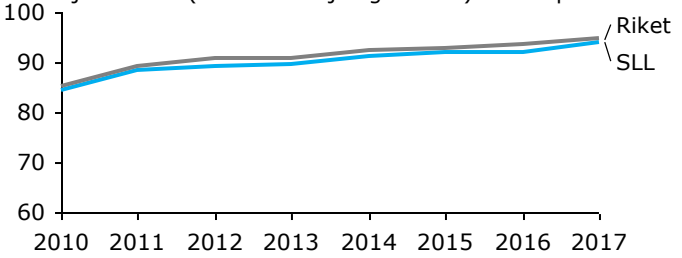
Akut öppnande av kranskärl inom rekommenderad tid vid större hjärtinfarkt



Andel patienter (under 80 år) som vid utskrivning efter hjärtinfarkt får extra blodförtunnande behandling (ADP-receptorblockad).

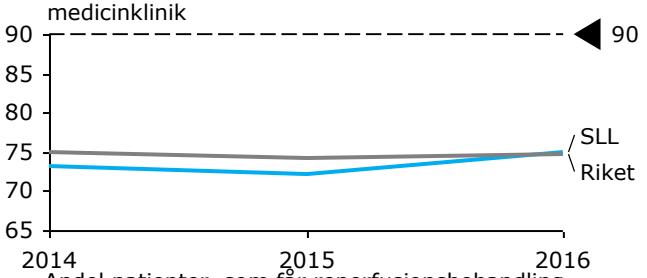


Andel patienter som genomgått kranskärlsröntgen vid mindre hjärtinfarkt (icke - ST-höjningsinfarkt). Avser patienter under 80 år.

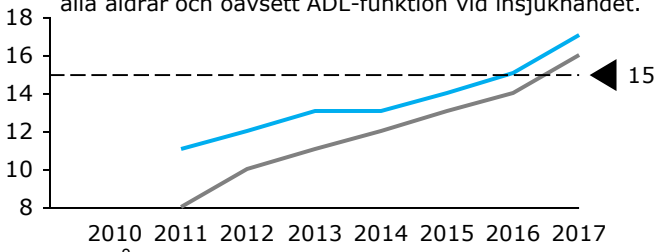


Diabetes och stroke

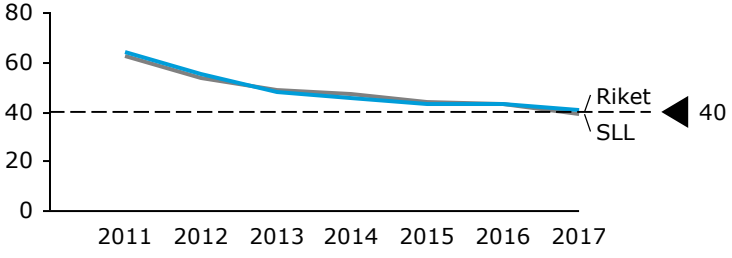
Blodtryck < 140/85 mmHg vid diabetes typ 1 – medicinklinik



Andel patienter som får reperfusionsbehandling (trombolys/trombektomi) vid stroke. Avser hjärninfarkt, patienter i alla åldrar och oavsett ADL-funktion vid insjuknandet.



Tid från ankomst till sjukhus med stroke till start av trombolys. Mediantid i minuter.

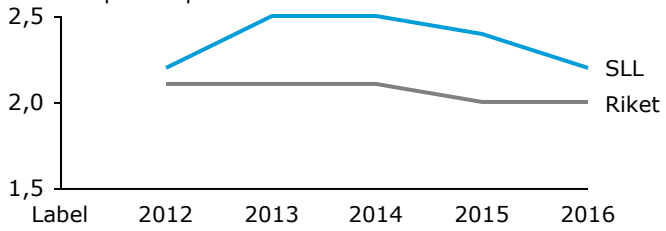


Källa: SKL:s öppna jämförelser samt vården i siffror (www.vardenisiffror.se)

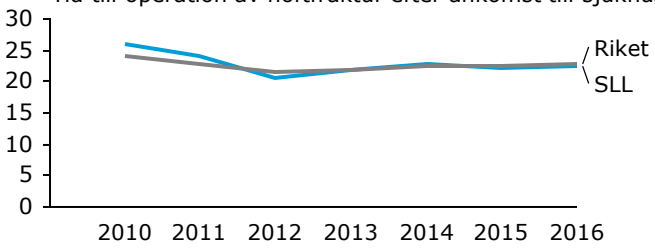
SLL jämfört med riket - öppna jämförelser över tid

Höftoperationer och ljumskbråck

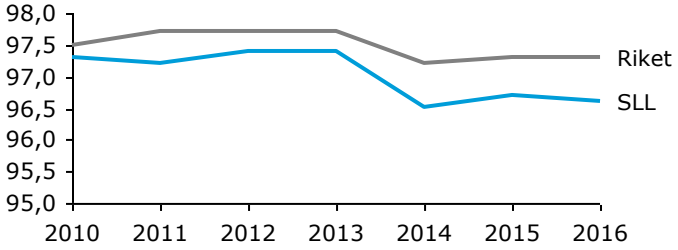
Andel omoperationer inom 2 år efter total höftprotesoperation.



Tid till operation av höftfraktur efter ankomst till sjukhus.

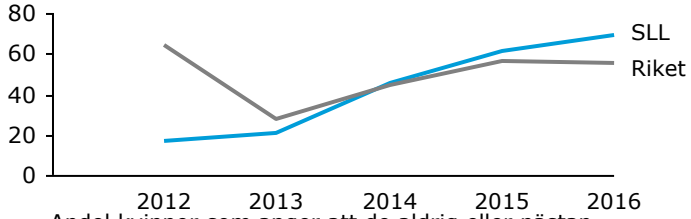


Andel ljumskbråcksopererade som inte omopereras inom 5 år.

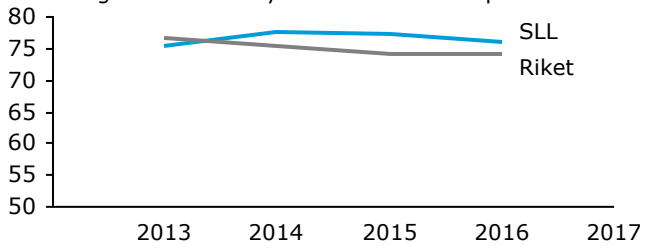


Gynekologiska operationer

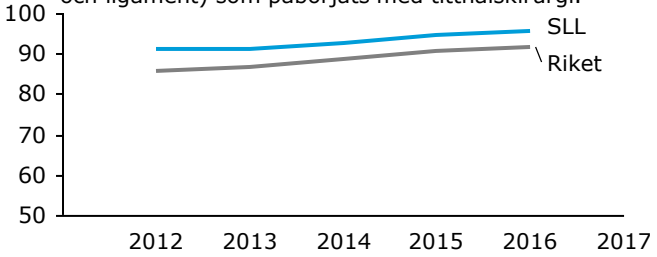
Borttagande av livmoder med minimalinvasiv teknik



Andel kvinnor som anger att de aldrig eller nästan aldrig har framfallssymtom ett år efter operationen



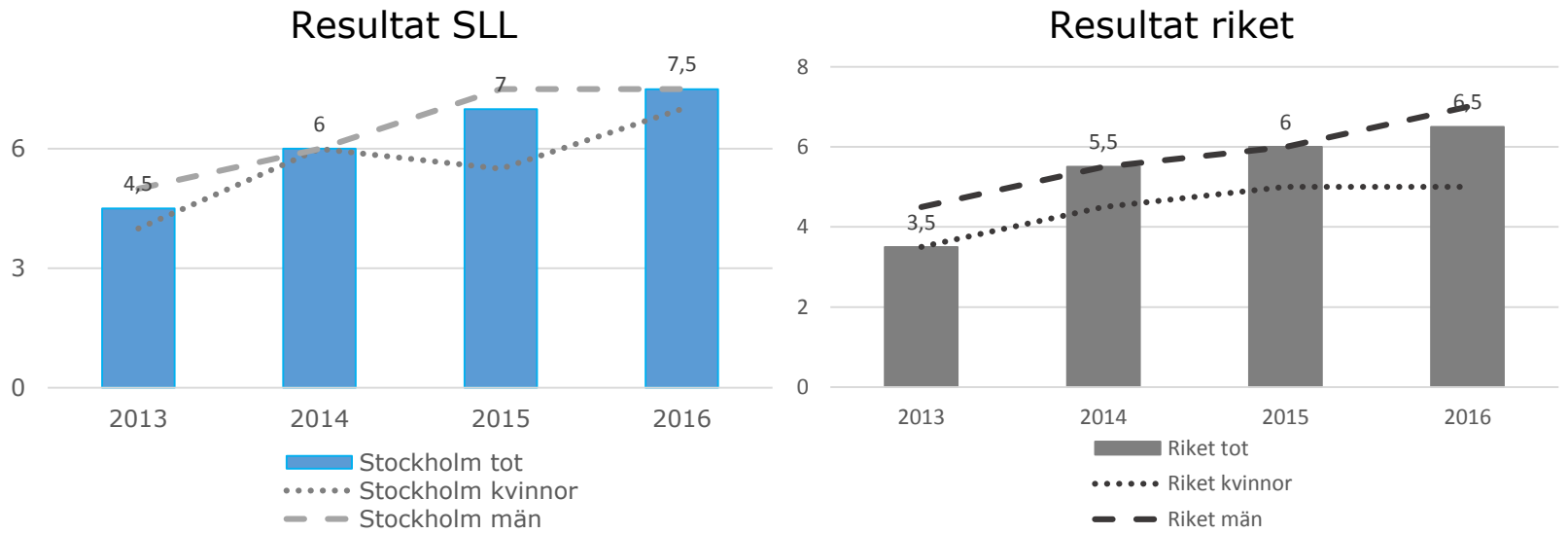
Andel adnexoperationer (operation av äggledare, äggstockar och ligament) som påbörjats med titthålskirurgi.



Källa: SKL:s öppna jämförelser samt vården i siffror (www.vardenisiffror.se)

SLL ligger högre än riket i Swedehearts kvalitetsindex för hjärtsjukvård 2013-2016

Swedehearts kvalitetsindex för hjärtinfarktvård.
Avser 9 av 11 indikatorer med 9 som maximal poängsumma.

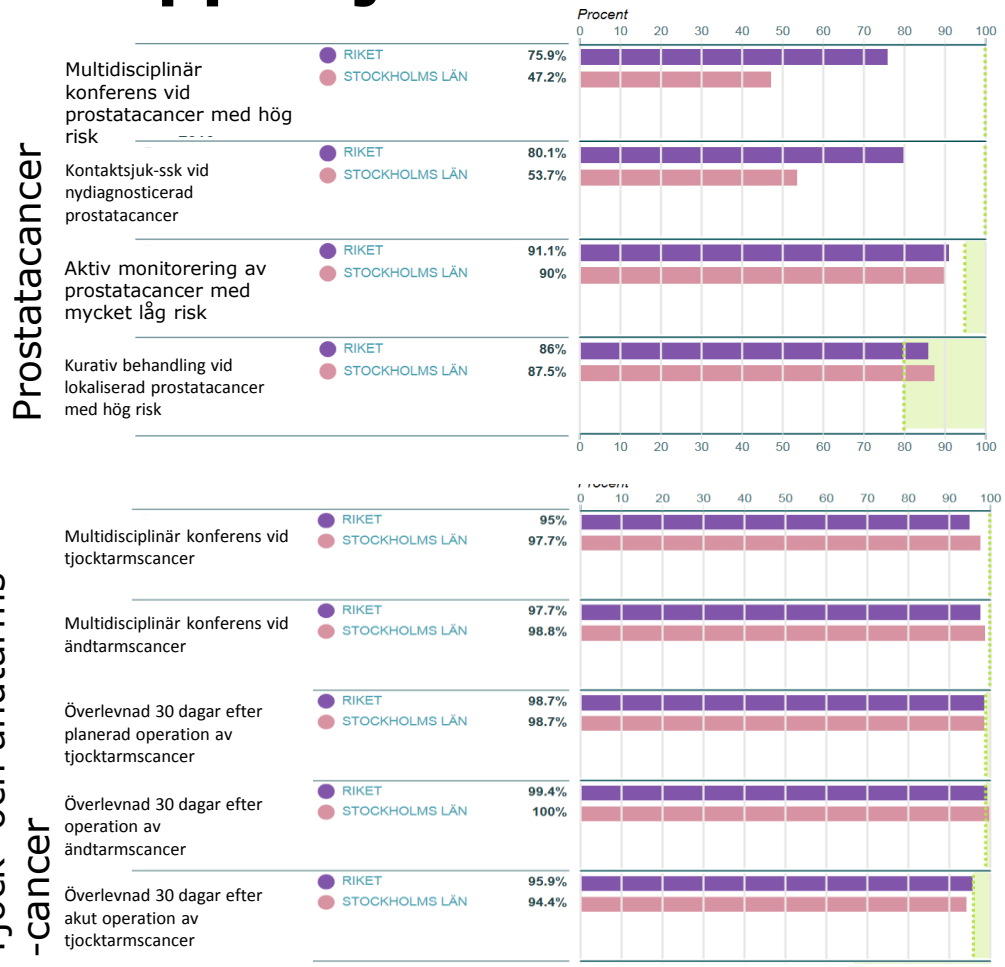


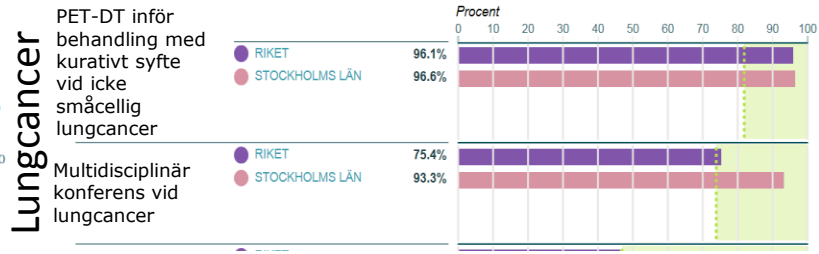
Resultatet för SLL i Swdehearts kvalitetsindex ligger över resultatet för riket totalt. Kvalitetsregistret väger samman totalt 9 indikatorer för att få fram ett index.

Både i riket och för SLL finns skillnader i resultaten för kvinnor och män.

Källa: Swedeheart kvalitetsindex publicerat på Vården i siffror (vardenisiffror.se)

SLL jämfört med riket 2016 - öppna jämförelser

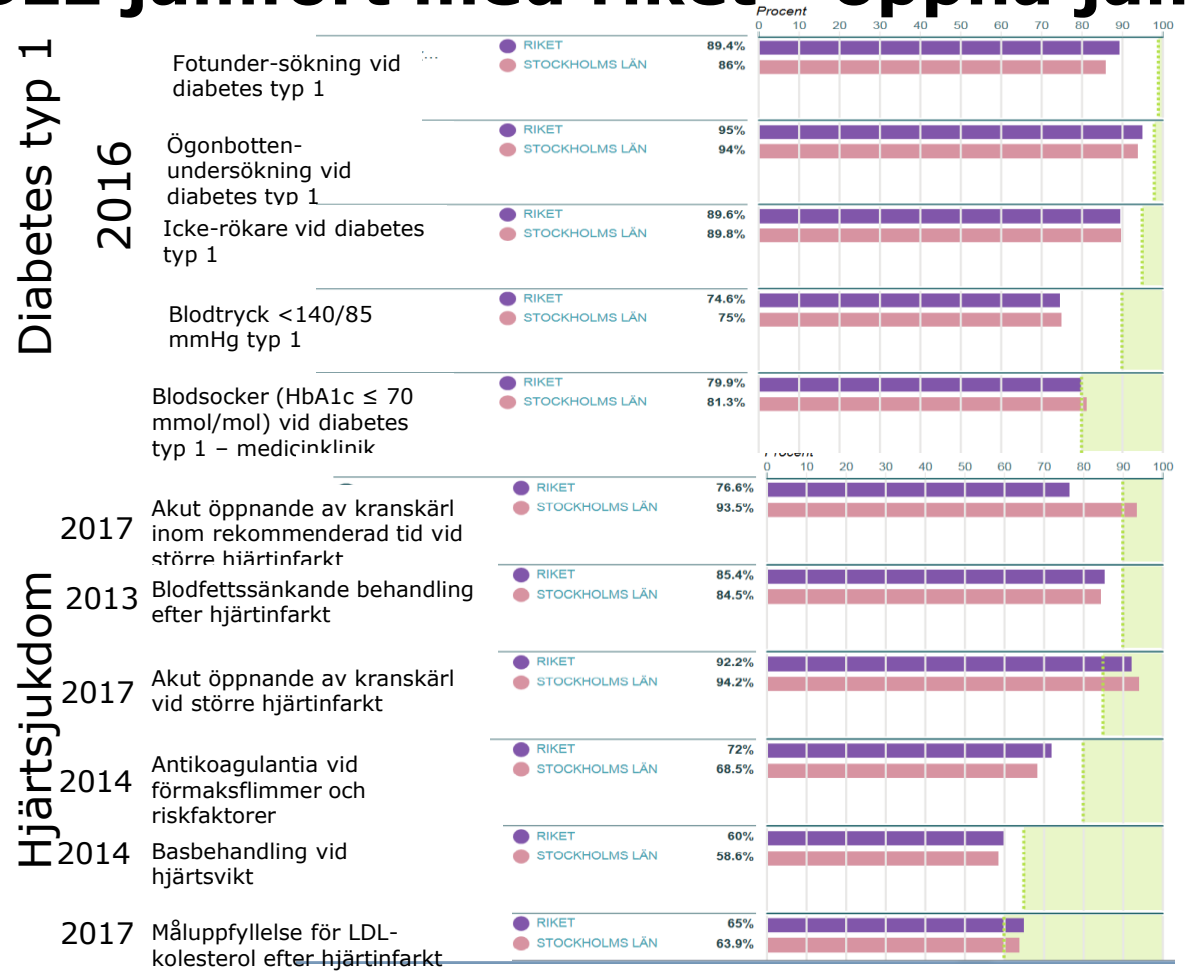




Gröna fält till höger visar nivå för nationella målnivåer.

Källa: Vården i siffror (tillgänglig via vardenisiffror.se, publicerade resultat från kvalitetsregister och andra datakällor)
Urval: Resultat för Stockholms läns landsting och Riket

SLL jämfört med riket - öppna jämförelser

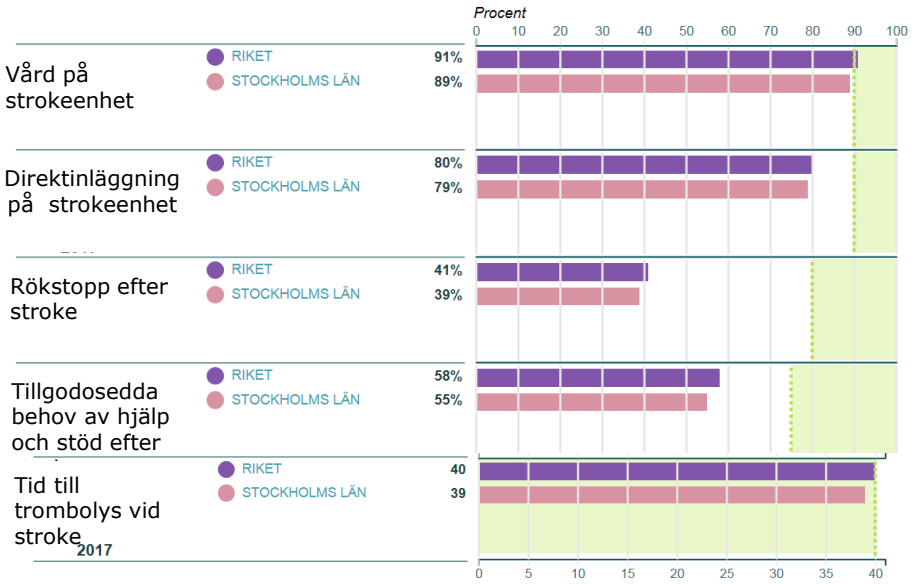


Gröna fält till höger visar nivå för nationella mål.

Källa: Vården i siffror (tillgänglig via vardenisiffror.se, publicerade resultat från kvalitetsregister och andra datakällor)
Urval: Resultat för Stockholms läns landsting och Riket

SLL jämfört med riket - öppna jämförelser

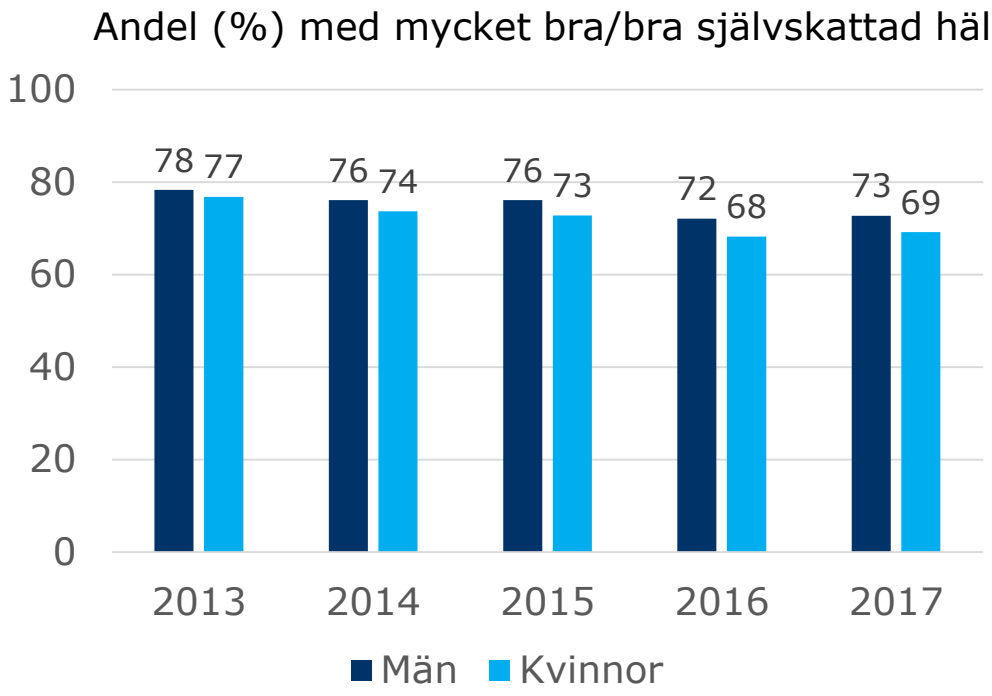
Stroke 2017



Gröna fält till höger visar nivå för nationella mål.

Källa: Vården i siffror (tillgänglig via vardenisiffror.se, publicerade resultat från kvalitetsregister och andra datakällor)
Urval: Resultat för Stockholms läns landsting och Riket

Andel med mycket bra/bra självskattad hälsa minskar under perioden 2013 till 2017

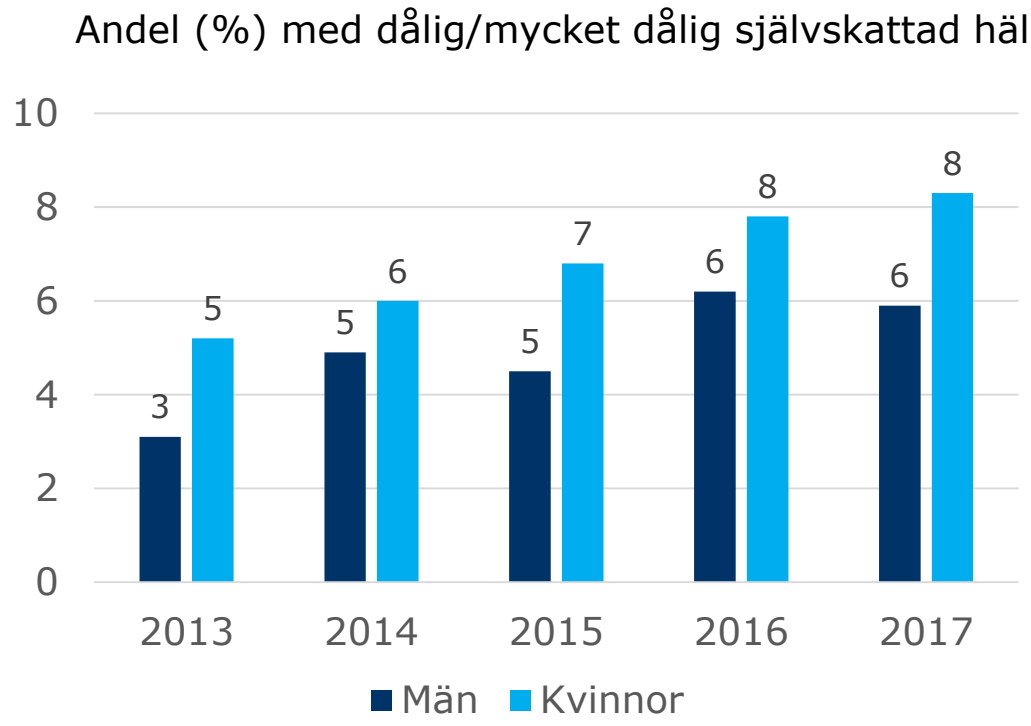


Andel med mycket bra/bra självskattad hälsa minskar mellan åren 2013 till 2017. Mellan 2016-2107 ser andelen dock ut att öka något igen, för både män och kvinnor.

En större andel av män än kvinnor har god självskattad hälsa och skillnaden ser ut att öka över tid.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013 -2017 för Stockholms län.
Urval: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Andel med dålig/mycket dålig självskattad hälsa ökar mellan åren 2013 till 2017 för både män och kvinnor

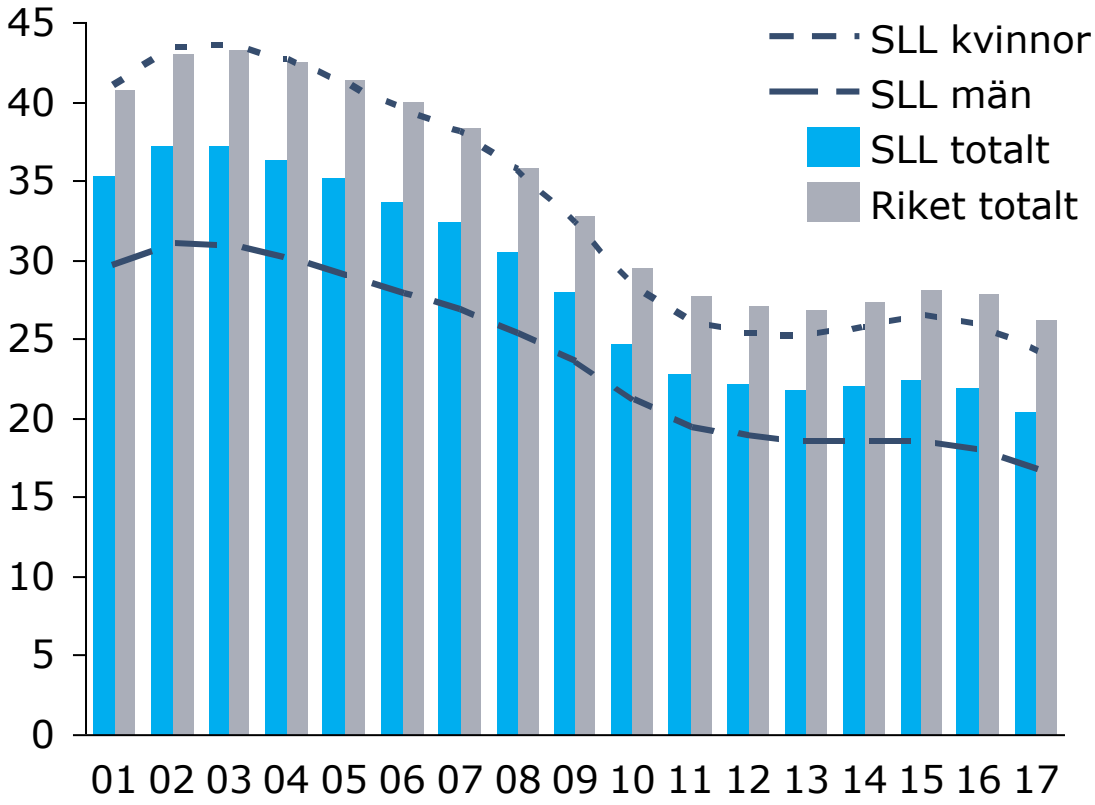


Andel med dålig/mycket dålig självskattad hälsa ökar åren 2013 till 2017 för både män och kvinnor.

Andelen stabiliseras eventuellt något mellan 2016 och 2017. En större andel av kvinnorna än männen har dålig/mycket dålig självskattad hälsa.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013 -2017 för Stockholms län.
Urval: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

Ohälsotal har förbättras både inom SLL och i riket



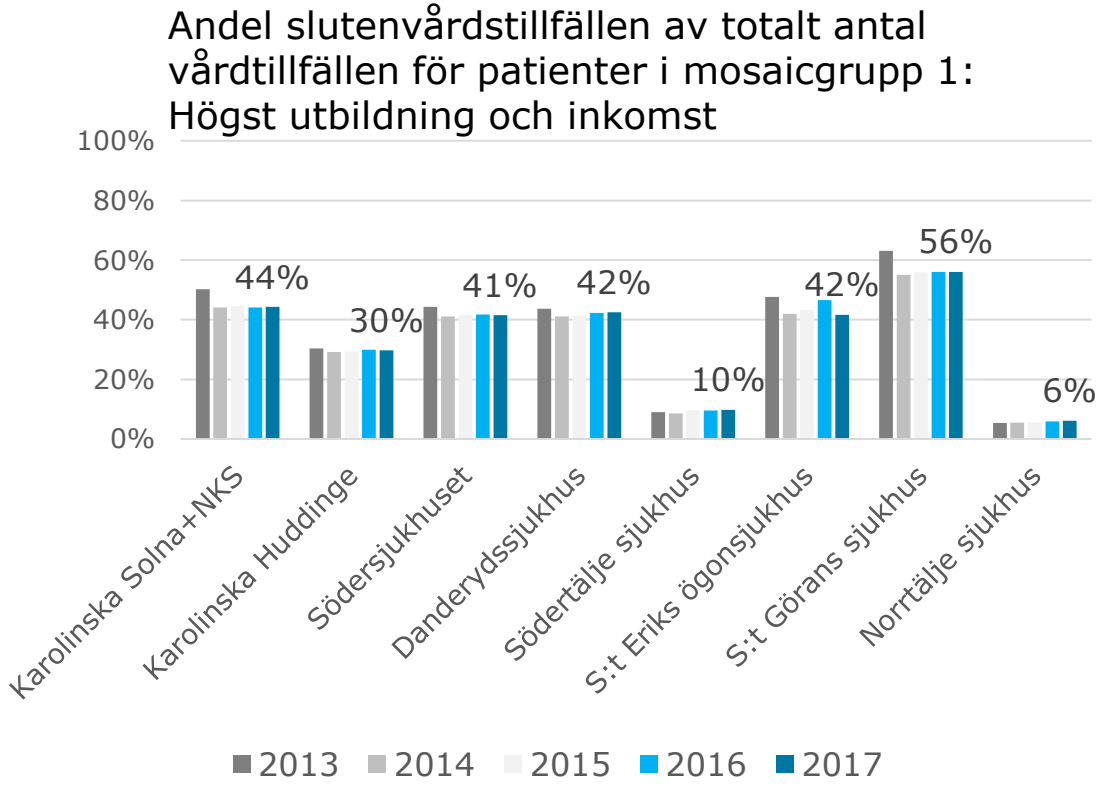
Ohälsotalen är betydligt lägre i Stockholms län än för riket i genomsnitt. Det har skett en förbättring både i länet och riket mellan 2001-2013, därefter ser det ut att ha skett en försämring mellan 2013-2015, för att sedan förbättras igen.

Skillnaderna kan bero på förbättrad hälsa men resultatet kan även påverkas av förändrade riktlinjer och rutiner på Försäkringskassan.

Det finns skillnader mellan könen, där kvinnor har högre ohälsotal.

Källa: Försäkringskassan
Urval och variabelförklaring: Ohälsotalet är ett mått på utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, aktivitets- och sjukersättning från socialförsäkringen. **Ohälsotalet beräknas genom att summa dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt dagar med aktivitets- och sjukersättning divideras med befolkningen i åldern 16-64 år**.

Andel slutenvårdstillfällen för patienter med högst utbildning och inkomst ser oförändrad ut 2015-2017

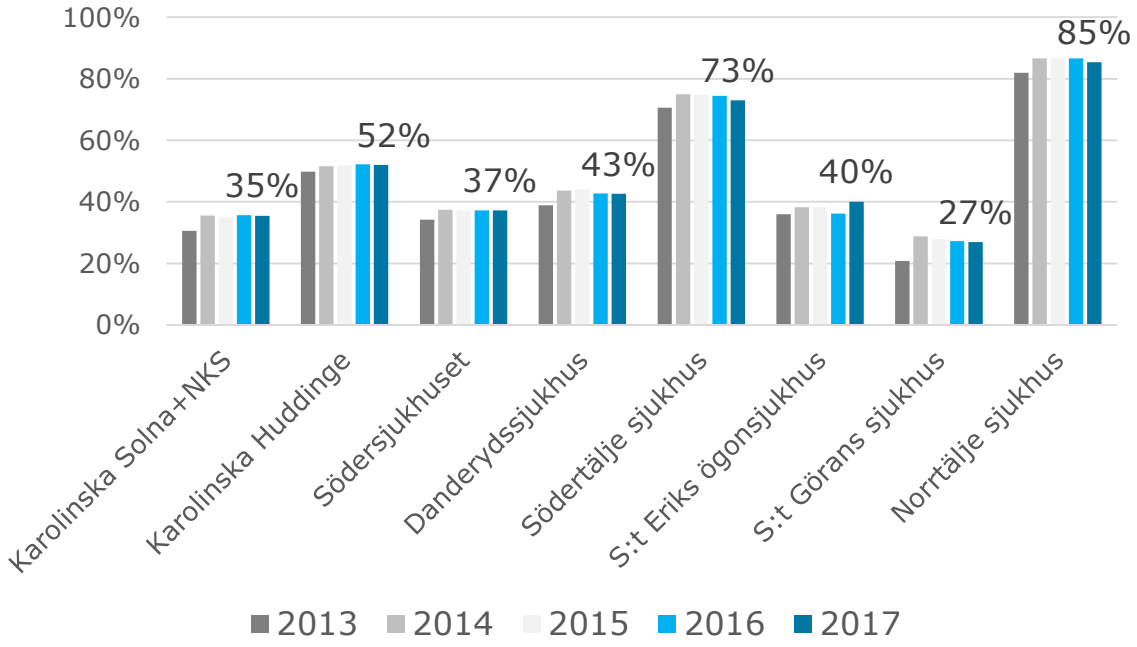


Det ser inte ut att blivit någon förändring i andelen SLV-tillfällen för mosaicgrupp 1 under avtalsperioden i förhållande till totalt antal vårdtillfällen.

Källa: VAL (SLV 13, SLV 1415 och SLV 1617)
Urval: Uppdragstyp 182, FTG sjukhus. Patienter bosatta i Stockholms län. Mosaicgrupp 1-3.

Andel slutenvårdstillfällen för patienter med lägst utbildning och inkomst ser oförändrad ut 2015-2017

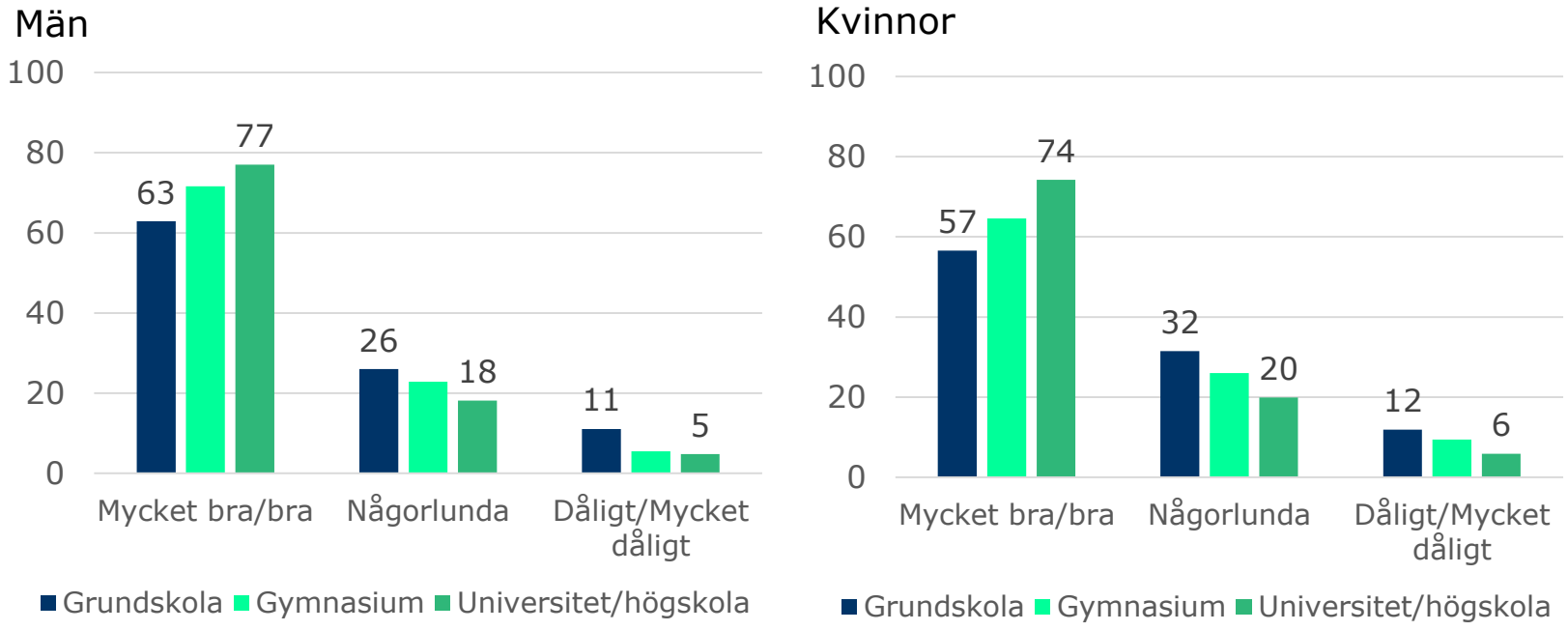
Andel slutenvårdstillfällen av totalt antal vårdtillfällen för patienter i mosaicgrupp 3: Lägst utbildning och inkomst



Det ser inte ut att blivit någon förändring i andelen SLV-tillfällen för mosaicgrupp 3 under avtalsperioden i förhållande till totalt antal vårdtillfällen.

Källa: VAL (SLV 13, SLV 1415 och SLV 1617)
Urval: Uppdragstyp 182, FTG sjukhus. Patienter bosatta i Stockholms län. Mosaicgrupp 1-3.

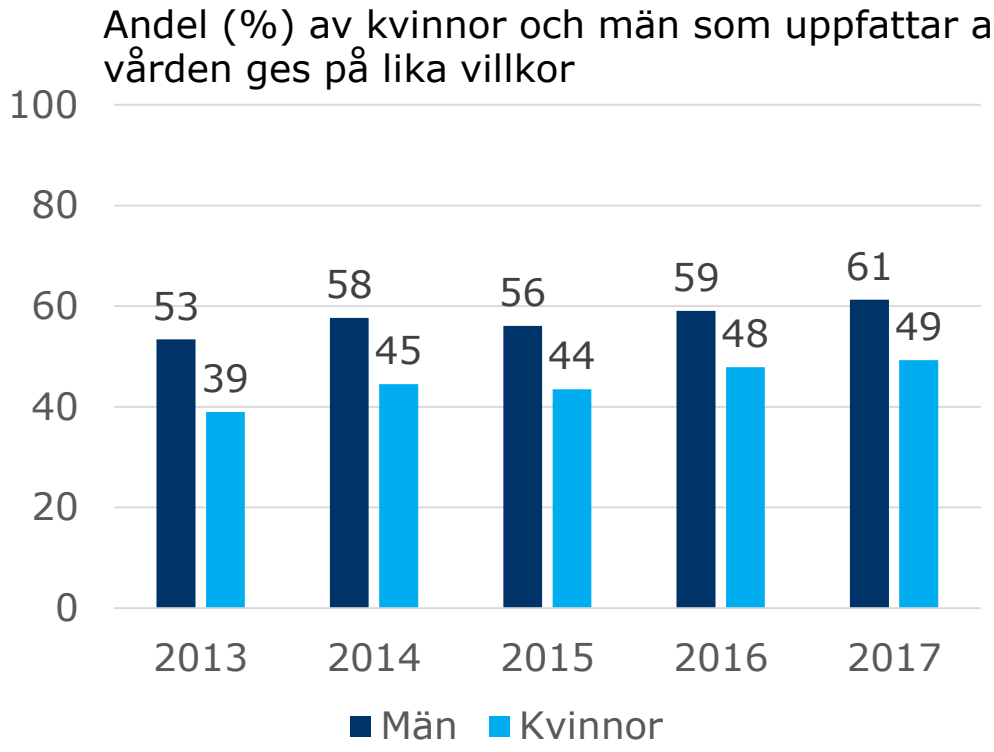
Självskattad hälsa är högre hos patienter med högre utbildning 2016



Självskattad hälsa år 2016 är högre hos patienter med utbildning från universitet/högskola än för patienter med utbildning enbart från grundskola eller gymnasium.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016 för Stockholms län
Urval: Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

En större andel av männen än kvinnorna uppfattar att vården ges på lika villkor

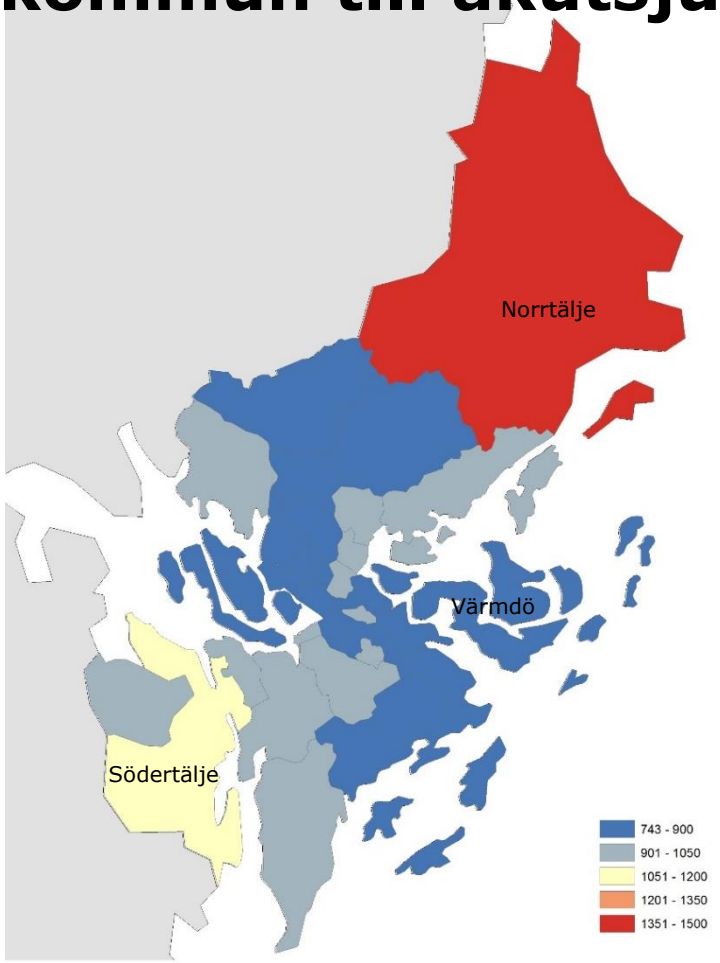


Andelen som uppfattar att vården ges på lika villkor ser dock ut att öka, både för män och för kvinnor mellan 2013-2017.

En större andel av männen än kvinnorna uppfattar att vården ges på lika villkor, skillnaden minskar dock under perioden.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013 -2017 för Stockholms län
Urval: Uppfattar du att vården ges på lika villkor?

Antal elektiva besök per 1000 invånare per kommun till akutsjukhus år 2016

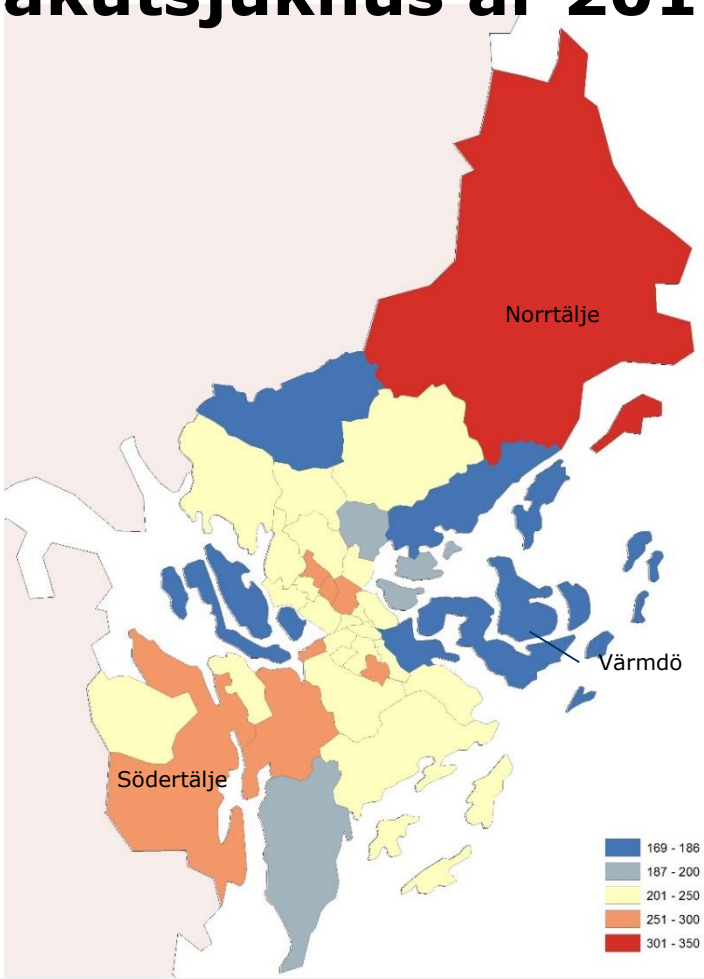


Från vilka kommuner söker befolkningen mest elektiv vård på akutsjukhusen (per 1000 invånare)?

- Befolkningen i länets södra och norra delar tenderar att i större utsträckning besöka akutsjukhusen för elektiva besök. Det kan förklaras av en högre tillgång till elektiv vård utanför akutsjukhus (vårdvalsmottagningar och privata specialister) i de centrala delarna av länet.
- Ingen större förändring mellan åren.

Källa: VAL OVR
Urval: Uppdragstyp 182, besök på länets akutsjukhus, patienter boende i Stockholm

Akuta besök per 1000 invånare per kommun till akutsjukhus år 2016

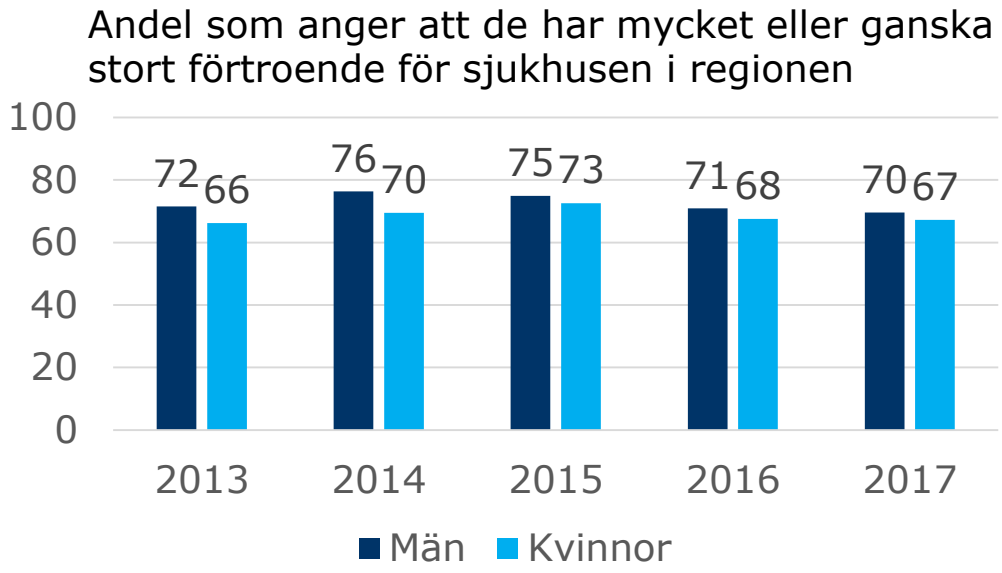


Från vilka kommuner söker befolkningen mest akut vård på akutsjukhusen (per 1000 invånare)?

- Även för akuta besök söker Norrtäljeborna samt boende i de södra delarna av länet runt Södertälje mest vård på akutsjukhus i förhållande till befolkningen.
- Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus har i större utsträckning ett geografiskt helhetsansvar än övriga sjukhus, vilket kan vara en del av förklaringen.
- Det kan i övrigt finnas en korrelation mellan avstånd till sjukhus och benägenhet att söka akut, till exempel från Värmdö kommun.
- När fler närakuter öppnar (2018-2019) antas akuta besök i ökad utsträckning ske där, och minska på akutsjukhusens akutmottagningar.

Källa: VAL OVR
Urval: Uppdragstyp 182, besök på länets akutsjukhus, patienter boende i Stockholm

Andel som har mycket eller ganska stort förtroende för sjukhusen i regionen

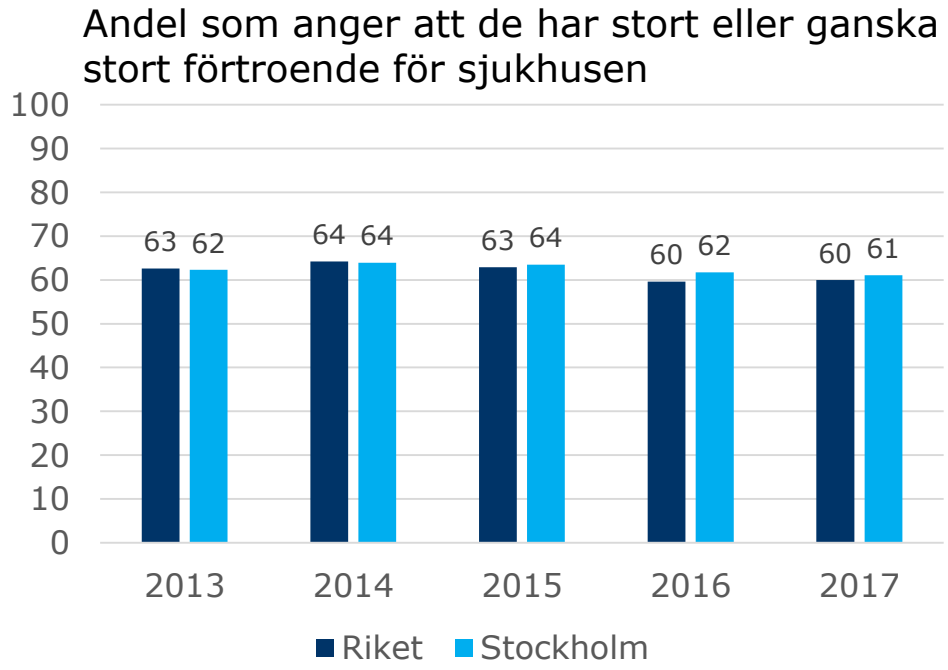


Andelen som har mycket eller ganska stort förtroende för sjukhusen i regionen ser ut att minska mellan 2013 och 2017.

I mitten av perioden ökade värdet något för att sedan sjunka igen.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013-2017.

Förtroende för sjukhusen i SLL ligger på samma nivå som för riket



Förtroendet för sjukhusen i SLL ligger på samma nivå som för hela riket.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern 2013-2017.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51

4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63

4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68

4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72

4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82

4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104

4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

4.7 Avslutande kommentarer

Analysen av effekter av omställningsavtalen ger svar på de flesta av intentionerna i omställningsavtalet förverkligats. Det finns dock tre centrala mått som inte har varit möjliga för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen att på ett systematiskt sätt ta fram och presentera och som behöver vidareutvecklas. Dessa är:

- **Polikliniserings.** Manuella jämförelser har genomförts utifrån Socialstyrelsens polikliniserings-DRG:n för överföringar mellan sluten- och öppenvård. Arbete pågår med att hitta en systematik för uppföljning av polikliniserings inom HSF.
- **Vårdtyngd och vårdtyngdsförändringar.** Primärt har DRG-viten och ACG använts för att försöka mäta vårdtyngd men båda har visat sig ha brister.
    - ACG är utvecklat för att mäta vårdtyngd i primärvården men vid analys av slutenvården blev resultaten orimliga vad gäller casemix på respektive sjukhus. Därför drogs slutsatsen att ACG inte kan användas för att mäta vårdtyngd i specialiserad vård.
    - DRG-viktlistan justeras årligen men på grund av eftersläpningar i rapportering finns stora osäkerheter som försvårar jämförelser över tid. Arbete pågår med att utveckla metoden för att kunna använda DRG-vikter som underlag för vårdtyngdsanalyser över tid.
- **Individers väg genom vården/remissmönster.** Rapporten kan visa på förändringar mellan vårdgrenar men att mäta remissflöden och patientens väg genom vården är ett viktigt sätt att utveckla analysen av vårdstrukturförändringar, jämlik vård och patientens perspektiv på vården.

Innehållsförteckning

1 Bakgrund och upplägg 4-10

2 Befolkning och förutsättningar 11-19

3 Avtalskonstruktion, nuvarande och tidigare 20-29

4 Analysavsnitt 30-106

- 4.1 del 1: Utförd vård jämfört med befolkningens behov 35-51
- 4.2 del 2: Produktion jämfört med beställd vård 52-63
- 4.3 del 3: Produktivitet – produktion i förhållande till resurser 64-68
- 4.4 del 4: Strukturförändringar och överföringar – vårdflyttar 69-72
- 4.5 del 5: Effektivitet – rätt vårdprocesser och arbetssätt 73-82
- 4.6 del 6: Effektivitet – vårdens resultat inom kvalitetsutfall och hälsa samt jämlik vård 83-104
- 4.7 del 7: Avslutande kommentarer 105-106

5 Referenser 107-109

5. Källor och referensmaterial *(bild 1/2)*

Intervjuer

- Representanter från akutsjukhus inom SLL (juni-aug 2017) (7 totalt)
- Representanter från HSF och LSF (juni-aug 2017)

Databaser/variabelsamlingar

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) Centrala väntetidsregistret (CVR) (SLLintern databas)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) VAL-databasen (SLL intern databas)

Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) Personaldatabasen (LSF intern)

Regionalt Cancercentrum (RCC) Ledtider i realtid (tillgängligt via www.cancercentrum.se)

Rådet för främjandet av kommunala analyser (RKA) Kolada (tillgänglig via www.kolada.se)

Sveriges kommuner och landsting (SKL) Vården i siffror (tillgänlig via www.vardenisiffror.se)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) KPP databas

5. Källor och referensmaterial *(bild 2/2)*

Tryckta och digitala källor

Ekonomistyrningsverket, Resultatindikatorer – en idéskrift, *2007:32*

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSN 2017-0817), Rapport om systemeffekter av den reviderade ersättningsmodellen för husläkarverksamheten med basal hemsjukvård, *Tjänsteutlåtande 2017-05-22*

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSN 1506-0845), Omställningsavtal för de landstingsägda akutsjukhusen 2016-2019, *Tjänsteutlåtande 2015-10-01 samt* Omställningsavtal för respektive akutsjukhus (HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2014) Gemensamma avsiktsförklaringar (GAF) LS1403-0280

Landstingsstyrelsens förvaltning (2017) Budget 2018, LS 0217-0452

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Ingen på sjukhus i onödan, *2016-09-14*

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Hälso- och sjukvårdsbarometern2013-2017 (tillgänglig via https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html)

Stockholms läns landsting (LS 1409-1068), Framtidsplan för hälso- och sjukvården, steg 1 till 3

Tillväxt- och regionplaneförvaltningen, SLL (2017) demografiska prognoser (tillgänglig via http://www.rufs.se/demografiska-prognoser/demografiska-prognoser/lans-och-kommunprognoser/)

Regionalt cancercentrum (RCC) regional cancerplan (tillgänglig via https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/cancerplan-2016-2019/)

Vårdanalys (2017) Löftesfri garanti?