Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2017-12-28

HSN 2017-1841

Handläggare:
Helena Öhman

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2018-01-30

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 04/2017 samverkan i vårdens gränssnitt

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har översänt rapporten 04/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande. Revisorerna har i rapporten analyserat tidigare identifierade problem i vårdens gränssnitt. Deras samlade bedömning är att det behövs fortsatta utvecklingsinsatser för att effektivisera samverkan i vårdens gränssnitt.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2017-12-28
Landstingsrevisorernas rapport 04/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till beslut

Revisorerna har i olika granskningar konstaterat att gränssnitten mellan vårdgivare och mellan landstingets vårdgivare och den kommunala omsorgen kan utgöra en risk för patientsäkerheten, samt leda till merkostnader. För att optimera resursutnyttjandet i vårdens gränssnitt behöver samverkan mellan vårdgivare och kommunernas omsorgsgivare ständigt förbättras. En samverkan som sätter patienten i fokus är en viktig del i att få patientens upplevelse av den givna vården att upplevas som en helhet. I det följande kommenterar förvaltningen de slutsatser som finns i rapporten.

Åtgärder för att trygga informationsöverföringen i nätverkssjukvården

FVM kommer att avslutas år 2022 och omfattar både vårdinformationssystem och vårdkontinuitetsstöd, vilket innebär ett stöd för patientens individanpassade vårdprocess avseende koordinering och ansvarsfördelning av vårdinsatser och resurser. Vårdkontinuitetsstöd förbättrar möjlighet till samverkan mellan vårdgivare och utbyte av vårdinformation mellan aktörer.

Gällande driftsättning av nytt dokumentationsstöd beräknas det ske tidigare, vilket innebär att pilotinstallationer kommer att pågå under senhösten/vintern 2019 och sedan sker stegvis implementering under år 2020 -2021. När FVM är implementerad så kommer den utgöra viktigt stöd för kommunikation mellan hälso- och sjukvården och patienten samt att den skapar förutsättningar för beslutstöd. Fram tills att FVM är implementerat kommer journalsystemet Take Care vara i drift. Take Care är det mest använda journalsystemet inom SLL idag. Det innebär exempelvis att alla akutsjukhus förutom ett, är användare av systemet och inom vårdområdet för husläkarverksamhet är mer än 90% anslutna. I och med att många vårdgivare inom både primärvård och somatisk specialistvård använder samma journalsystem kommer det att vara möjligt för majoriteten av vårdgivare att med patientens medgivande, kunna ta del av vård av patienten som skett inom andra vårdområden. Den möjligheten underlättar en fungerande nätverkssjukvård.

Ytterligare ett system som är viktigt för att trygga informationsöverföringen i nätverkssjukvården är WebCare. För att säkerställa att förvaltningen kan följa upp kommande krav inom Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, kommer vissa tekniska lösningar att utvecklas i systemet. I den kommande lagen ska patientens fasta vårdkontakt i den landstingsfinansierade öppna vården, skicka en kallelse till en samordnad individuell planering inom tre dagar efter att besked lämnats att patienten är utskrivningsklar från sluten vård. Under våren 2018 kommer en lösning för att kunna följa att detta lagkrav uppfylls, att finnas på plats i WebCare. De kommande tekniska lösningarna i WebCare kommer dock inte möjliggöra att fler vårdområden kan inkluderas i systemet. Övriga vårdområden kommer att behöva använda samma verktyg som de gör idag.

Förutom den tekniska utvecklingen av WebCare, har hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och kommunerna i länet slutit en överenskommelse för att möta den nya lagens ansvarsområden.

Överenskommelsen ska främja ett gemensamt utvecklingsarbete och stärka samverkan vid utskrivning mellan kommuner och landstinget. För att stötta både kommunernas och landstingets verksamheter kommer gemensamma riktlinjer och rutiner utformas som beskriver hur arbetet ska bedrivas i enlighet med den nya lagen.

För övrigt fattade Landstingsstyrelsen beslut i december 2017 gällande ”Principer för digital samverkan i Stockholms län”. De reviderade principerna kompletterar de tidigare fattade beslut som rör principer för digital samverkan, som tidigare beslutades av alla kommuner inom Stockholms län, Storsthlm (dåvarande KSL) samt Stockholms läns landsting. Att på ett säkert sätt kunna utbyta digital information över organisationsgränser inom Stockholms län och dela information i befintliga system är en avgörande faktor för att möta framtidens vårdbehov. Genom förbättrad samordning mellan kommunerna och landstinget utifrån de reviderade principerna ökas möjligheterna att dela information i befintliga system, vilket är betydelsefullt avseende bedrivande av nätverkssjukvård.

Implementera erfarenheter från projekt i avtalsstyrning

Revisorerna noterar att olika satsningar har genomförts i syfte att stärka samverkan och främja en sammanhållen vårdkedja och att implementeringen bättre behöver kopplas till nämndens avtalsarbete. Resultaten från SVEA-projektet har tagits tillvara i arbetet med den nya lagen om utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) men har inte lett till nya krav i avtal.

På förvaltningen har under våren 2017 en tjänst som ansvarig för avtalsprocessen inrättats. Det har påbörjats olika delprojekt för att ta fram förbättringar som kan leda till en tydlig och enhetlig avtalsprocess som ska kunna bidra till en effektivare avtalsstyrning. Ovanstående problematik gällande hur erfarenheter från projekt kan implementeras i avtalsstyrning har uppmärksammats. Därför pågår för närvarande ett arbete på förvaltningen med att ta fram en process för hur principbeslut och slutsatser från projekt, på ett bättre sätt ska kunna implementeras i avtal.

Förvaltningen anser dock att det inte alltid är möjligt att implementera enskilda projekts resultat i avtalsstyrning. Det kan finnas en risk att uppdragsbeskrivningar i upphandlingsdokument blir för detaljstyrda och inte ger vårdgivaren möjlighet att utforma sitt eget arbetssätt för att bedriva

den beställda vården. Därför kan det vara bättre att i vissa fall lyfta olika projekts resultat publikt och genom det visa på olika alternativ för hur en god hälso- och sjukvård inkluderat samverkan, kan bedrivas.

Samverkansöverenskommelsernas roll behöver förtydligas

I revisorernas rapport konstateras att det råder en otydlighet om samverkansöverenskommelsernas roll samt tyngd i förhållande till andra styrande dokument, vilket förvaltningen noterar och ser som ett förbättringsområde. Det framkommer även att efterlevnaden av samverkansöverenskommelser varierar mellan olika vårdområden, till viss del beroende på hur väl den lokala kommunikationen fungerar och enskilda individers engagemang.

Förvaltningen anser att det i avtalstexter står att samverkansöverenskommelser ska följas och att ytterligare specificera enskilda överenskommelser kan ibland vara svårt på grund av att detaljeringsgraden kan bli för hög. Skulle någon överenskommelse inte finnas med är risken att det tolkas som att den inte är aktuell för det enskilda avtalsområdet. Ett tydligt förbättringsområde inom förvaltningen är dock att underlätta för vårdgivare att kunna hitta och ta del av samverkansöverenskommelser, vilket idag ibland upplevs som omständligt. Förvaltningen tar dock till sig revisorernas bedömning gällande att tydliggöra vårdgivarnas ansvar för samverkan och ser att det kommer att ingå som en del i arbetet med att skapa en effektivare avtalsstyrning.

Det pågår precis som beskrivs ett utvecklingsarbete mellan Storsthlm och landstinget för att utveckla en regional uppföljning av samverkan mellan kommuner och landsting, vars resultat ännu inte är färdigt. För att ytterligare öka uppmärksamheten kring samverkansöverenskommelsernas roll, kan förvaltningen i avtalsuppföljning framledes ha ett större fokus på att i dialog med vårdgivaren följa upp hur samverkansöverenskommelser efterlevs.

I revisorernas rapport framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver utveckla metoder för att bedöma konsekvenser och effekter i gränssnitt i underlag till Hälso- och sjukvårdsnämnden gällande avtal och ersättningssystem. Under våren 2016 startades en arbetsgrupp på hälso- och sjukvårdsförvaltningen kallad BEU (Beskrivningssystem, Ersättning och Uppföljning i avtal). Denna grupp bemannas av sakkunniga inom respektive område och har varje vecka ett möte dit projektledare kan

komma med frågeställningar gällande ovanstående områden vid exempelvis upphandlingar och revideringar av vårdval. Syftet med denna grupp är att bidra till ett lärande i organisationen och att stödja förvaltningens medarbetare i att ta fram exempelvis ersättningsmodeller som styr mot de uppsatta målen i upphandlingsdokument. Målet är också att i möjligaste mån bevaka så att de föreslagna modellerna inte bidrar till gränssnittsproblematik inom olika vårdområden. BEU skriver sedan en rekommendation gällande projektens val av slutgiltig ersättnings- och uppföljningsmodell som överlämnas till projektledare och styrgrupp som underlag inför beslutsfattande. Under våren 2018 ska arbetssättet utvärderas och vidare utveckling kan bli aktuellt.

Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för att underlätta samverkan i praktiken

I rapporten påpekas att det är otydligt vilket ansvar hälso- och sjukvårdsnämnden uppfattar att nämnden har för att skapa en stödjande infrastruktur för att underlätta samverkan. Förvaltningen noterar revisionens bedömning och tar till sig dess synpunkter. Det framkommer även att det kan vara svårt för vård- och omsorgsgivare att kunna skapa en lokal samverkan eftersom det är svårt att känna till samt kontakta alla relevanta parter. På förvaltningen pågår ett utvecklingsarbete med att strukturera och visualisera vårdutbudet så att både patienter och vårdgivare kan hitta rätt. När denna funktion är färdigutvecklad kan vårdgivare lättare hitta närliggande vårdgrannar inom olika områden, vilket kan vara en fördel om samverkan ska underlättas.

I revisorernas rapport framkommer att samverkan ersätts på olika sätt inom olika avtalsområden. Enligt rapporten ger nuvarande modeller om hur samverkan ersätts, svaga incitament för samverkan mellan vårdgivare. Inom Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) är ledordet nätverkssjukvård och om vården ska upplevas som en helhet för patienterna behöver samverkan ske över olika vårdområden och huvudmannagränser. Förvaltningen har uppmärksammat att det idag är svårt att kunna följa upp men även att ersätta samverkan när flera vårdgivare från olika avtal deltar i vården kring en patient. Detta eftersom endast den vårdgivare som skickar kallelsen får rapportera vårdkontakten, vilket innebär att övriga vårdgivare som deltar i vårdkontakten inte kan följas. Idag krävs manuell inrapportering till förvaltningen för att kunna följa upp samverkan kring en patient när flera olika vårdgivare deltagit i ett besök, vilket är tidskrävande för bägge parter. Förvaltningen kommer att utreda alternativ för att det ska

vara möjligt att kunna följa patientens resa genom vården ur ett vårdkedjeperspektiv. Om vi på ett bättre sätt kan följa upp vilka vårdgivare som deltar i samverkan kring patienten och på så sätt bidrar till att uppfylla nätverkssjukvårdens intentioner, så får vi också ett bättre underlag gällande hur denna samverkan bör ersättas.

Gällande kunskapsstyrning beskriver rapporten att ett nytt grepp angående detta har initierats från nationell nivå och att SKL har beslutat att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Beslut om SLLs deltagande i detta fattades av landstingsstyrelsen den 24 oktober och projektet ”Kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland” har startat under hösten 2017. En utvecklad kunskapsstyrning syftar till att ge en bättre kvalitet och bättre hälsa till befolkningen och patienterna inom SLL och på Region Gotland. Inom projektet ska en strategisk plan tas fram för hur kunskapsstyrningen i Stockholm- Gotland ska arbeta och vara organiserad för att ge vårdverksamheterna förutsättningar för att erbjuda patienterna bästa möjliga hälso- och sjukvård. Några av aspekterna i att möjliggöra detta är att åstadkomma mer lättillgängliga kunskapsunderlag för beslut på olika nivåer samt en aktiv uppföljning av kvalitet och resultat samt stöd till förbättringsarbete. Detta är också något som revisorernas rapport visar på att det finns brister inom idag, att det exempelvis kan finnas tveksamheter om att Viss.nu och olika vårdprogram är uppdaterade samt även i vilken utsträckning dessa följs i verksamheten. Projektet ska på ett systematiskt och integrerat sätt arbeta gällande att utveckla och förbättra kunskapsstöd inom Stockholm-Gotland och förhoppningen är att dessa otydligheter som rapporten pekar på ska kunna åtgärdas.

När det gäller samverkansfrågor som sker på förvaltningsnivå, finns det utsedda funktioner som arbetar med samverkansfrågor riktad mot olika länsdelar (norra länet, Stockholm/Ekerö och södra länet). Dessa funktioner fungerar som en väg in till förvaltningen när exempelvis kommunerna har frågor som rörande samverkansområdet. Övriga viktiga forum där landstinget är representerade och samverkan sker är exempelvis via FoU samt politiska mötesforum mellan kommuner och geografiska sjukvårdsstyrelser, där politiker och tjänstemän är representerade och samverkansfrågor diskuteras.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Susanna Lagersten
Avdelningschef

PROJEKTRAPPORT NR 4/2017

Samverkan i vårdens gränssnitt

En analys av tidigare identifierade återkommande problem

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

Tidigare granskningar visar på problem i vårdens gränssnitt mellan vårdgivare, mellan vårdverksamheter och mellan huvudmän. Arbetet med att hantera dessa problem är nyckelfrågor för patientsäkerheten, effektiviteten i vården och genomförandet av en fungerande nätverkssjukvård inom ramen för Framtidsplanen. Fem områden har identifierats där det funnits kvarvarande hinder: avtal, ersättningssystem, praktiken, informationsöverföring och uppföljning. Hindren är kända, många insatser har gjorts och det pågår olika utvecklingsinsatser för att hitta lösningar som kan leda framåt, men problemen kvarstår fortfarande till stora delar.

2017-10-26 RK 2017-0030

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 4/2017
Samverkan i vårdens gränssnitt – en analys av tidigare identifierade återkommande problem

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2017-10-26 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2018-01-31.

Revisionen uppfattar att arbetet med att hantera problem i vårdens gränssnitt som nyckelfrågor för patientsäkerheten, effektiviteten i vården och genomförandet av en fungerande nätverkssjukvård inom ramen för Framtidsplanen. Revisorernas samlade bedömning är att problemen är kända, många insatser har gjorts och att det pågår olika utvecklingsinsatser för att hitta lösningar som kan leda framåt, men att problemen i dag till stora delar fortfarande består.

Revisorerna önskar att nämnden i sitt yttrande särskilt berör de åtgärder som kommer att vidtas för att trygga informationsöverföringen i nätverkssjukvården i avvaktan på ett nytt vårdinformationssystem. Vidare hur erfarenheterna från projekt på ett bättre sätt ska kunna implementeras i avtalsstyrningen och hur samverkansöverenskommelsernas roll bland andra styrdokument ska förtydliga. Slutligen önskar revisorerna att nämnden tydliggör sitt ansvar för att underlätta samverkan i praktiken mellan lokala vård- och omsorgsgivare.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

2 Utgångspunkter för granskningen 3
2.1 Motiv till granskningen 3
2.2 Revisionsfråga 3
2.3 Avgränsning 3
2.4 Bedömningsgrunder 3
2.5 Metod 4

3 Identifierade återkommande problem i vårdens gränssnitt 5

4 Avtal/ersättningssystem och överenskommelser 6
4.1 Olika avtalskonstruktioner med vårdgivare 6
4.2 Ersättningssystem 8
4.3 Samverkansöverenskommelser 11
4.4 Revisionens bedömning 12

5 Samverkan i praktiken 12
5.1 Samverkan i dag 12
5.2 Projekt för att hantera samverkan i praktiken 13
5.3 Kunskapsstyrning 14
5.4 Revisionens bedömning 15

6 Informationsöverföring i vårdens gränssnitt 16
6.1 Informationsöverföring i dag 16
6.2 Centrala utvecklingsområden för informationsöverföring 17
6.3 Revisionens bedömning 18

7 Uppföljning över organisations- och verksamhetsgränser 18
7.1 Uppföljning av samverkansöverenskommelser 19
7.2 Uppföljning av avtal med vårdgivare 19
7.3 Pågående utvecklingsarbete 20
7.4 Svårigheter att utforma mått för uppföljning av samverkan 20
7.5 Revisionens bedömning 20

8 Bilaga: Rapporter 22

1 Slutsatser och rekommendationer

Gränssnitten mellan vårdgivare, mellan vårdverksamheter och mellan huvudmän utgör betydande risker i vården. Bristande samverkan, otydliga ansvar, bristande helhetssyn samt motstridiga styrsignaler och incitament riskerar leda till att patienten ”faller mellan stolarna”. Utöver risker för patienterna innebär brister i samverkan risk för högre kostnader och sämre utnyttjande av resurser. Revisionen har därför genomfört en granskning av vilka åtgärder hälso- och sjukvårdsnämnden vidtar inom fem återkommande problemområden i vårdens gränssnitt: avtal, ersättningssystem, praktiken, informationsöverföring och uppföljning. Utgångspunkten har varit problemområden i revisionens tidigare projektrapporter från 1999 och framåt. Granskningen visar att det pågår många olika utvecklingsinsatser för att hitta lösningar som kan leda framåt, men att problemen i dag i stora delar fortfarande består.

Hälso- och sjukvårdsnämndens viktigaste styrmedel av vårdgivarna är enligt reglementet avtalen. Den genomgång som revisionen gjort utifrån ett urval av avtal visar att krav på samverkan ingår i samtliga. Det finns skillnader mellan avtal som förefaller vara omotiverade – särskilt då det är parter som ska samverka kring samma patienter. Revisionen uppfattar även att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver utveckla metoder för att bedöma konsekvenser och effekter på gränssnitt i underlag inför hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om avtal och ersättningssystem. Revisionen noterar dock att under 2016 och 2017 har riktlinjer beslutats för val av avtalsform, principer lagts fast för kostnadsansvar, en översyn nu ska göras av avtalsprocessen och att det pågår ett utvecklingsarbete rörande ersättningsmodeller. Sammantaget kan detta innebära en ökad helhetssyn i avtalsstyrningen.

Det är i lag föreskrivet att det ska finnas överenskommelser om samarbete mellan landstinget och kommunerna inom vissa vårdområden. Revisionen konstaterar att överenskommelser finns såväl inom områden som lagen kräver, som inom andra områden. En del av överenskommelserna är övergripande policydokument medan andra pekar ut ansvar på en detaljerad nivå. Revisionen kan dock inte se någon logisk förklaring till varför de är utformade på så olika sätt. Kännedom om överenskommelserna varierar hos vårdgivarna. Revisionen uppfattar att överenskommelsernas roll och tyngd bland andra regelverk som lagar, lokala överenskommelser och vårdavtal är otydlig.

Revisionen uppfattar att det är otydligt vilket ansvar hälso- och sjukvårdsnämnden uppfattar att nämnden har för att skapa en stödjande infrastruktur i syfte att underlätta samverkan mellan lokala vård- och omsorgsgivare. Revisionen konstaterar att i de goda exempel på lokal samverkan som lyfts fram, är det ofta kommuner som har initierat samverkan genom att t.ex. samla vård- och omsorgsgivare till lokala möten. Hälso- och sjukvårdsnämnden förefaller inte arbeta systematiskt med den typen av stödåtgärder. Därmed uppfattar revisionen att ansvaret i praktiken legat på respektive vård- och omsorgsgivare att initiera och genomföra samverkan och att hälso- och sjukvårdsnämndens roll och ansvar i detta är otydlig. Revisionen noterar att hälso- och sjukvårdsnämnden har arbetet med projekt för ökad samverkan mellan vårdgivare men att implementeringen är svag, då resultatet inte har kopplats till avtalsarbetet, utan är frivilligt för vårdgivare att

använda sig av. Vidare konstaterar revisionen att nämndens arbete med kunskapsstyrning behöver utvecklas, i syfte att säkerställa aktualitet och följsamhet.

Behovet av ett nytt övergripande informationssystem har funnits länge och revisionen uppfattar det som en förutsättning för Framtidsplanens genomförande, inte minst för en fungerande nätverkssjukvård där antalet gränssnitt i vården blir allt fler. Upphandlingen av framtidens vårdinformationsmiljö har dock försenats och idag är planen att den ska finnas på plats 2022. Revisionen konstaterar att samordningen i tiden med Framtidsplanens genomförande inte är optimal. Hälso- och sjukvårdsnämndens har ett ansvar att tillse att vården utifrån rådande omständigheter kan bedrivas på ett patientsäkert och effektivt sätt i avvaktan på att nya system kan tas i bruk. Revisionen ser perioden framöver, i väntan på den nya vårdinformationsmiljön, som ett riskområde.

En allt större andel av den landstingsfinansierade vården bedrivs idag av externa utförare. För att undvika hinder i gränssnitt mot denna vård anser revisionen att det är angeläget att möjliggöra att såväl dessa som kommuner kan anslutas till det nya vårdinformationssystemet. Detta har även hälso- och sjukvårdsnämnden betonat.

Revisionen konstaterar att det är komplicerat att följa upp samverkan, eftersom det som är lätt eller över huvud taget möjligt att mäta inte självklart är det som ger indikationer om huruvida vården hänger samman över gränssnitten, men att det är angeläget att sträva mot att successivt lösa denna problematik. Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen bedömer revisionen att en fungerande uppföljning av om vården fungerar i gränssnitten och i ett helhetsperspektiv saknas. Revisionen ser därför positivt på förvaltningens arbete med att, tillsammans med Storsthlm, utveckla uppföljningen av samverkan.

Sammanfattningsvis uppfattar revisionen att arbetet med att hantera hindren i vårdens gränssnitt är nyckelfrågor för patientsäkerheten, effektiviteten i vården och genomförandet av en fungerande nätverkssjukvård. Granskningen visar att hindren är kända och att vissa insatser har gjorts och görs för att hantera dem men att grundproblematiken består. Granskningen visar även att var gränsen går mellan beställare och utförare när det gäller ansvaret att skapa en stödjande infrastruktur och fungerande arbetssätt i praktiken är flytande och behöver tydliggöras.

Rekommendationer

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör bidra till en ökad enhetlighet i hur samverkansöverenskommelser utformas utifrån deras roll i vårdprocesserna och i relation till andra styrdokument särskilt då samma parter ska samverka kring samma patienter.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra sitt ansvar för att skapa en stödjande infrastruktur för att underlätta samverkan i praktiken mellan lokala vård- och omsorgsgivare

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Revisionen har i flera olika granskningar under flera år konstaterat att gränssnitten mellan vårdgivare, mellan vårdverksamheter och mellan huvudmän utgör en betydande risk. Bristande samverkan, otydliga ansvar, bristande helhetssyn samt motstridiga styrsignaler och incitament riskerar leda till att patienten ”faller mellan stolarna” vilket kan innebära både otrygghet för patienten och betydande patientrisker. Utöver riskerna för patienterna innebär brister i samverkan risk för högre kostnader och sämre utnyttjande av resurser. De problem och risker som framkommit i tidigare granskningar har till stor del visat sig vara bestående. Revisionen har därför granskat hur hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att åtgärder vidtas för att motverka dessa problem i vårdens gränssnitt.

2.2 Revisionsfråga

Övergripande revisionsfråga

Har hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit tillräckliga åtgärder för att avhjälpa tidigare identifierade återkommande problem i vårdens gränssnitt?

Delfrågor:

- Hur säkerställer nämnden att avtal och ersättningssystem[1] främjar en sammanhållen patientsäker vård i gränssnitten?
- Hur arbetar nämnden för att samverkan i vårdens gränssnitt ska fungera oavsett organisatoriska skillnader och skillnader i arbetssätt?
- Hur skapar nämnden förutsättningar för informationsöverföring i vårdens gränssnitt?
- Hur genomför nämnden uppföljningar inom och över organisations- och verksamhetsgränser?

2.3 Avgränsning

Granskningen syftar till att pröva hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för sjukvårdens planering, styrning och uppföljning i vårdens gränssnitt. Flera av gränssnitten berör samverkan med kommunerna, men granskningen är avgränsad till landstingets del i samverkan. Utgångspunkten för granskningen har framförallt varit de problem som framkommit i tidigare granskningar rörande vården och omsorgen om äldre, vuxenpsykiatri, missbruksvården, barn med psykisk ohälsa och rehabilitering. Nämndens ansvar inom dessa områden är därmed också i fokus för denna granskning och ligger till grund för val av granskade avtal och samverkansöverenskommelser.

2.4 Bedömningsgrunder

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

5 kap. 1 §, p.2 Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,

[1] Begreppet ersättningssystem innefattar beskrivningssystem (beskrivning av vad som utförs) och ersättningsmodeller (hur och vad man får betalt för). I denna rapport används begreppet ersättningssystem generellt utom i de fall där ersättningsmodeller avhandlas specifikt.

7 kap. 7 § I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

16 kap. 3 § Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om:

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

16 Kap. 3 § När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Arbetsordningar, reglemente och delegationsordning 2015-02-17
Hälso- och sjukvårdsnämndens reglemente

50 § 2 st. Nämnden finansierar och styr vården genom avtal och överenskommelser med vårdgivarna. Nämnden ska med dessa utgångspunkter ansvara för att all hälso- och sjukvård, tandvård och insatser enligt LSS i landstinget styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov och bidrar till förbättring av hälsotillståndet.

50 § 3 st. Nämnden planerar och följer upp befolkningens sjukvårdsbehov och utifrån det beställer samt följer upp beställningar av sjukvård från utförarna.

2.5 Metod

Utgångspunkten för granskningen är iakttagelser i tidigare granskningar sedan 1999 som berört problem i vårdens gränssnitt.

Granskningens har genomförts i följande steg:

1. En metaanalys har genomförts av 19 av revisionens rapporter från 1999 fram tills idag, (se bilaga) i syfte att identifiera faktorer som är väsentliga för vårdens gränssnitt. Rapporterna har berört olika områden i vården som multisjuka äldre, psykisk ohälsa bland barn och vuxna, missbruk och rehabilitering. Analysen har kompletterats med ett urval av rapporter om samverkan gjorda av Statskontoret och Vårdanalys (se bilaga). Syftet med genomgången har varit att finna faktorer i vårdens gränssnitt som varit hindrande, dvs. har lett till att problemen kvarstår. Dessa har betecknats som generella och återkommande. Även faktorer som lett till att problemen kunnat lösas har noterats i genomgången, vilka betecknats som framgångsfaktorer.
2. Genomgång av avtal, ersättningssystem och samverkansöverenskommelser i syfte att kartlägga om, och i så fall hur, de identifierade hindren hanterats och framgångsfaktorerna beaktats.
3. Intervjuer där identifierade faktorer stämts av mot hur det upplevs fungera idag. Intervjuerna har genomförts med ansvariga inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt representanter för vårdföreträdare och kommunerna.

3 Identifierade återkommande problem i vårdens gränssnitt

Med utgångspunkt från den genomförda analysen har 65 identifierade hinder kunnat urskiljas och klassificerats i fem grupper. Dessa är avtalskonstruktioner, ersättningssystem, praktik, informationsöverföring och uppföljning. Att de identifierade hindren är generella ska inte förstås som att vården i gränssnitten inte fungerar, utan som att det finns problem som består över tid och har återkommit i större eller mindre utsträckning inom samtliga granskade vårdområden.

De fem generella hindren har strukturerats utifrån revisionsfrågorna om avtal/ersättningssystem, praktik, informationsöverföring och uppföljning.

Generella hinder i *avtalskonstruktioner* och *ersättningsystem*. Gemensamt för båda dessa områden är att såväl avtal som ersättningssystem utformas för respektive vårdområde utan tillräcklig analys av vilka konsekvenser detta får för vårdkedjorna. Vidare handlar identifierade problem om att det i avtalen och ersättningsmodellerna finns svaga incitament för samverkan.

Generella hinder i praktiken består av *organisatoriska skillnader* och *skillnader i arbetssätt* mellan olika vård- och omsorgsgivare. Det handlar bland annat om ömsesidig okunskap om olika vård- och omsorgsgivares uppdrag och ansvar samt svårighet för olika professioner att förstå varandra.

Generella hinder vid *informationsöverföring* handlar om såväl teknik, informationsinnehåll som sekretessproblematik som hindrar eller försvårar korrekt informationsöverföring mellan vårdgivare.

Beträffande uppföljning består hindren i att *uppföljningen görs avtalsvis* och inte för hela vårdkedjan. Vidare har inte tillräckligt precisa *metoder och mått för att mäta och följa upp* vad som sker i gränssnitten mellan olika vårdgivare utvecklats.

I avsnitten 4–6 nedan görs en genomgång av vad som framkommit i granskningen inom ovan nämnda områden.

I rapportgenomgången har även framgångsfaktorer som framkommit vid utvärderingar av samverkan tagits med. Framgångsfaktorerna handlar i hög utsträckning om att det finns tydliga former för samverkan. Det handlar dels om att respektive parts ansvar och professionella roll i samverkansuppgiften är tydlig, dels om det är tydligt vad samverkan ska åstadkomma. Vidare är det en framgångsfaktor om parterna har en gemensam bild av målgruppen och dess behov. Det är även en framgångsfaktor om parterna har en gemensam uppfattning om hur organisationerna och de professionella kompetenserna ska stödja och komplettera varandra på ett effektivt sätt. Övriga framgångsfaktorer som identifierats är om ledningarna prioriterar samverkan, med upparbetade kontakter mellan organisationerna där information kan följa med patienten.

4 Avtal/ersättningssystem och överenskommelser

4.1 Olika avtalskonstruktioner med vårdgivare

I tabellen nedan åskådliggörs exempel på hur samverkan hanteras i för granskningen relevanta avtal med vårdgivare.

Krav på samverkan i individuella ärenden enligt avtal med vårdgivare

	Husläkarmottagning	Avancerad sjukvård i hemmet	Läkarinsatser i särskilt boende för äldre	Geriatrik	Primärvårdsrehabilitering	Specialiserad fysioterapi	Närakut	Akutsjukhus	BUP	Vuxenpsykiatri	Beroendevård för vuxna
Krav på att delta i och vid behov initiera vårdplanering	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att ge konsultativt stöd till andra vårdgivare	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja[2]	Nej	Nej	Ja[3]	Ja	Ja	Ja

Samtliga avtal innehåller generella krav på samverkan och på att rutiner för samverkan ska upprättas, antingen med specificerade vårdgivare eller med vårdgivare i den utsträckning som krävs. Det förefaller vara så att ju nyare avtal/förfrågningsunderlag desto konkretare blir texterna om vilken verksamhetstyp som vårdgivaren ska utveckla samverkan med. Samtliga avtal utom det som gäller geriatrik innehåller också krav på följsamhet till övergripande samverkansöverenskommelse och upprättande av lokal samverkansöverenskommelse.

Samtliga avtal utom det som avser närakuter innehåller krav på att delta i och vid behov initiera vårdplanering. Definitionen av vårdplanering skiljer sig dock något åt mellan olika avtal. I avtalet avseende geriatrik är det inte uppenbart att vårdplaneringen ska utföras tillsammans med andra vård- och/eller omsorgsgivare men revisionen tolkar formuleringar i ersättningsvillkoren så att det förutsätts ske.

I avtal/förfrågningsunderlag framtagna under de senaste åren finns allmänna villkor där det framgår att den bärande idén i Framtidsplanen inom landstinget är ”en hälso- och sjukvård där olika vårdgivare samverkar i en sammanhållen vårdprocess tillsammans med patienten och där patientens delaktighet och vårdbehov står i fokus. Patienten ska kunna uppleva hälso- och sjukvårdens insatser som en helhet.” I samtliga avtal som revisionen granskat finns skrivningar om att vårdgivaren ska säkerställa eller arbeta för att vårdkedjan ska vara så sammanhängande som möjligt ur patientens perspektiv. I vilken utsträckning vårdgivarens ansvar vid vårdövergångar preciseras skiljer sig åt mellan olika avtal.

[2] Ingår ej i basuppdrag men i tilläggsuppdrag neuroteam.
[3] Gäller ej S:t Eriks ögonsjukhus.

Hälso- och sjukvårdsnämndens arbete med avtal

Det finns idag en dokumenterad avtalsprocess på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Den reglerar hur avtal ska tas fram enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) och lagen om offentlig upphandling (LOU). Processbeskrivningen ska gälla för alla avdelningar men enligt intervjuer har enheterna jobbat på olika sätt och därför är texterna om bl.a. samverkan olika utformade även när det inte är motiverat.

När ett nytt avtal tas fram finns det rutiner som ska fånga upp vilka konsekvenser det kan få på andra avtalsområden. Enligt vad som framkommit i granskningen har dessa rutiner inte fungerat tillräckligt bra. Ett exempel på detta som tagits upp av flera intervjuade är när ett tilläggsavtal om första linjens psykiatri för barn och unga infördes. De verksamheter som kan ansöka om uppdraget är Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning i öppenvård. Tilläggsavtalet fick som konsekvens att många psykologer vid barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) sökte sig till den nya verksamheten. Det medförde en brist på psykologer vid BUP och längre köer till deras mottagningar för utredning. Detta påverkar även gränssnittet gentemot kommuner och skolor som väntar på resultatet av utredningarna.

Stockholms läns landsting har valt att införa ett stort antal, relativt avgränsade vårdval[4]. Exempelvis är primärvården i Stockholm uppdelad i olika separata vårdval, där husläkaruppdraget är mer begränsat jämfört med övriga landet. Avsikten med detta har varit att stimulera variation och många etableringar i syfte att öka tillgängligheten. Nackdelen är enligt intervjuade att vårdkedjor delas upp i olika vårdval, vilket kan försvåra samverkan. Andra intervjuade uppfattar dock att vården anpassat sig till de nya villkoren och påpekar att problemen i samverkan fanns redan innan vårdvalen och även finns i landsting med en hög andel vård i egen regi.

Generellt sett har avtalsarbetet hittills varit fokuserat på att definiera ansvar och roller för olika vårdgivare. Intervjuade menar att frågor om hur vården ska fungera för individen utifrån en helhet inte har prioriterats i tillräcklig utsträckning.

I granskningen framkommer vidare att roller och ansvar mellan olika vårdval och/eller upphandlad vård, inte har varit klart definierade. Det gäller t.ex. närakuter och barnakuter vars uppdrag varierat samtidigt som deras roll i relation till husläkarmottagningar, jourmottagningar och akutsjukhusens akutmottagningar har varit oklar. Det beslut som fattats om att inrätta tolv närakuter med identiskt uppdrag uppfattas som positivt ur denna aspekt enligt intervjuade.

Pågående förändringar som rör samverkan

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade hösten 2016 att utreda förutsättningar för att integrera hela eller delar av befintliga vårdval eller andra uppdrag som har en nära verksamhetsmässig koppling till primärvården och uppdraget för vårdval husläkarverksamhet.[5] Förutsättningarna för samverkan mellan vårdgivare är enligt nämndens beslutsun-

[4] Med vårdval avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.
[5] HSN 2016-2522

derlag en central aspekt att ta hänsyn till i utvecklingen av vårdvalen och vid val av avtalsform. I bilaga till beslutsunderlaget anges även en inriktning för val av avtalsform. Ett av kriterierna som ska bedömas är att samverkan mellan olika vårdgivare, vårdområden och vårdnivåer kan behållas och utvecklas.

Sjukvårdsdirektören på hälso- och sjukvårdsförvaltningen inrättade i juni 2017 en ny tjänst som funktionsansvarig för avtalsprocessen. Ett första uppdrag har varit att ta fram en plan för översyn och utveckling av avtalsprocessen. Enligt planen syftar utvecklingen till att stärka avtalens möjlighet att ge förutsättningar för och främja Framtidsplanens intention. Målet är enligt planen att skapa en förvaltningsgemensam, samlad och digitaliserad avtalsprocess där det är lätt att göra rätt för såväl beställare som vårdgivare. Målet är också att utveckla samverkansformer såväl inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som med andra aktörer, i den omfattning som behövs utifrån processen. Samverkan ska på sikt även omfatta systematisk samverkan med patienter, professioner och utförare i avtalsprocessen för att beställa, ersätta, styra och följa upp hälso- och sjukvård.[6]

I samband med att upphandlingen av den geriatriska vården på Dalens och Handens sjukhus avbröts och befintliga avtal förlängdes beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden i september 2017 att godkänna ett förslag till utredning av ett vårdval seniorvård[7]. I arbetet kommer förvaltningen bl.a. fokusera på att förtydliga hur ett helhetsansvar, som inkluderar samordning och koordinering av de äldres vård och omsorg, säkras. Även förutsättningarna för att inkludera kommunernas vård och omsorg i vårdvalet ska utredas.

När det gäller avtalen med de landstingsägda sjukhusen har arbetet påbörjats med att ta fram en ny avtalsmodell som ska ersätta omställningsavtalen. En av utgångspunkterna som anges i nämndens underlag för beslut om inriktning för avtalen är att avtalen ska stödja samverkan med andra vårdgivare i en nätverkssjukvård som skapar ett värde för patienten[8].

Det kan även vara på sin plats att här nämna kommunalisering av hemsjukvården som diskuterats under lång tid. Nu pågår ett samverkansprojekt mellan Storsthlm och landstinget där beslut om genomförande planeras under hösten 2017 för att träda i kraft 2020. Intervjuade uppfattar att det finns mer kraft i initiativet nu än i den diskussion som förts tidigare vilket kan innebära en förflyttning av gränssnitten.

4.2 Ersättningssystem

I tabellen nedan åskådliggörs exempel på hur ersättning för samverkan hanteras i för granskningen relevanta avtal med vårdgivare.

[6] HSN 2017-1479
[7] HSN 2017-0969
[8] HSN 2017-0570

Ersättning för samverkan enligt avtal med vårdgivare

	Husläkarmottagning	Avancerad sjukvård i hemmet	Läkarinsatser i särskilt boende för äldre	Geriatrik	Primärvårdsrehabilitering	Specialiserad fysioterapi	Närakut	Akutsjukhus	BUP	Vuxenpsykiatri	Beroendevård för vuxna
Rörlig ersättning för vårdplanering	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ej aktuellt	Nej	Ja	Nej	Ja
Ersättning för samverkansaktiviteter som ej kan hänföras till enskild patient	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Specifik ersättning för konsultinsatser till stöd för övriga vårdgivare	Ej aktuellt	Ja	Ej aktuellt	Nej	Nej	Ej aktuellt	Ej aktuellt	Nej	Nej	Nej	Nej

Den generella bilden som framkommer vid genomgången av avtalen är att de ger svaga ekonomiska incitament för samverkan. Ersättning ingår oftast som en del i en fast ersättning som ska täcka många saker.

I avtalen ges en rörlig ersättning bl.a. för vårdplanering i viss verksamhet. Denna ersättning är utformad antingen som en ersättning per framtagen plan eller konferens om plan (gäller husläkarmottagning, primärvårdsrehabilitering, specialiserad fysioterapi samt beroendevård för vuxna) eller som en ersättning som utgår när en viss andel av patienterna har en vårdplan (gäller geriatrik, barn- och ungdomspsykiatri).

Enligt avtalen avseende avancerad sjukvård i hemmet (ASiH), läkarinsatser i särskilt boende för äldre, akutsjukhus och vuxenpsykiatri utgår ingen rörlig ersättning för den vårdplanering som vårdgivarna är skyldiga att delta i och vid behov kalla till.

Vårdgivare inom husläkarverksamhet samt barn- och ungdomspsykiatri får ersättning för samverkansaktiviteter som inte kan hänföras till enskild patient. Husläkarverksamheter får denna ersättning per mötestillfälle; den lokala barn- och ungdomspsykiatrin får en årlig ersättning för övergripande utveckling, samverkan och utbildning.

Vårdgivare inom ASiH, primärvårdsrehabilitering, akutsjukhus, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt beroendevård för vuxna är skyldiga att erbjuda vårdgrannar/motsvarande konsultativt stöd inom sitt specialistområde. Vårdgivare inom ASiH får för detta ersättning per enskilt uppdrag; vårdgivare inom geriatrik, primärvårdsrehabilitering, akutsjukhus, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt beroendevård för vuxna för ingen specifik ersättning för att utgöra sådant konsultativt stöd.

I granskningen har intervjuade haft olika åsikter om värdet av att styra genom speciella ersättningar för samverkansaktiviteter i relation till fast ersättning som är tänkt att omfatta samverkan. Liksom vid tidigare granskningar har det framkommit att kommunföreträdare uppfattar att representanter från landstinget inte kommer på möten eftersom de inte får ersättning. Det gäller både ledningsrepresentanter som inte deltar i samverkansmöten och personal ute i verksamheterna som inte deltar vid möten om samordnad individuell plan (SIP).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med att utveckla ersättningssystemen

Enligt hälso- och sjukvårdsnämndens budget för 2017[9] pågår en utveckling av vårdens ersättningsmodeller. Modellerna ska bl.a. stödja en sammanhållen vårdprocess för patienterna och öka samverkan mellan vårdgivarna.

Ersättningen för husläkarmottagningar förändrades under 2016 och består nu i ökad fast ersättning per person som är listad hos mottagningen, s.k. kapitering, och minskad rörlig ersättning för enskilda besök. Syftet är att en ökad andel kapitering ska ge vårdgivarna möjligheter att ägna mer resurser åt patienter med komplexa behov, samtidigt som tid och resurser kan frigöras för att utveckla nya arbetssätt. På det sättet kan ökad kapitering bidra till ökad samverkan. En första utvärdering visar att förändringen hittills inte har haft någon effekt på samverkan mellan vårdgivare eller samverkan mellan vårdgivare och kommuner. När utvärderingen gjordes hade ersättningsmodellen gällt i ett år, varför det kan vara för tidigt att dra definitiva slutsatser.[10]

I flertalet avtal som hälso- och sjukvårdsnämnden har med vårdgivare har vårdgivaren ansvar för de direkta kostnaderna som uppkommer då uppdraget utförs. Exempel på sådana kostnader är hyra, utrustning, personal och läkemedel som administreras till inneliggande patienter. När det gäller kostnadsansvar för läkemedel som skrivs ut i öppenvården och för medicinsk service, exempelvis röntgen, så varierar kostnadsansvarets omfattning mellan olika avtal. Det finns även områden som vårdgivare traditionellt inte har haft, alternativt enbart haft ett begränsat kostnadsansvar för, såsom sjukresor och hjälpmedel. Olikheterna har lett till oenighet mellan olika aktörer om vem som ska stå för denna typ av kostnader vilket medfört fördröjningar i vårdprocessen. I juni antog nämnden principer för kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service.[11] Det huvudsakliga syftet med beslutet uppges vara att uppnå en ökad kostnadseffektivitet. Avsikten är att ge stöd åt en effektivisering och utveckling av behandlingsmetoder och arbetsprocesser hos vårdgivarna. Detta kan leda till att hinder i vårdens gränssnitt avhjälps men i tjänsteutlåtandet som ligger till grund för beslutet framkommer även att det kan innebära en risk att patienten, av kostnadsskäl, inte får tillgång till behandling.

[9] HSN 2016-0519
[10] HSN 2017–0817
[11] HSN 2017–0887

4.3 Samverkansöverenskommelser

I hälso- och sjukvårdslagen slås fast att landstinget ska ingå överenskommelser med kommuner om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Samtliga dessa överenskommelsetyper finns i Stockholms län.

För att underlätta samverkan, bland annat genom samverkansöverenskommelser, har en övergripande samverkansstruktur byggts upp mellan landstinget och kommunerna via Storsthlm. Vård i samverkan (VIS) utgör den politiska ledningsgruppen. Under denna finns samverkansgrupper på tjänstemannanivå för olika vårdområden. Dessa arbetar fram samverkansöverenskommelserna, varefter VIS rekommenderar SLL och kommunerna att besluta om överenskommelserna. Av granskningen framkommer att det inte verkar finnas ett enhetligt sätt att besluta om samverkansöverenskommelser i landstinget. Överenskommelserna som varit aktuella i denna granskning har beslutats av hälso- och sjukvårdsnämnden. Andra har beslutats av fullmäktige och det finns även samverkansavtal mellan hälso- och sjukvårdsnämndens sjukvårdsstyrelser och kommuner.

I de flesta regionala samverkanöverenskommelserna finns skrivningar om att lokala samverkanöverenskommelser mellan respektive kommun och landstinget ska tas fram. Vilka aktörer som ska ingå lokala överenskommelser och vad överenskommelserna ska innehålla specificeras i vissa regionala överenskommelser.

Även i övrigt är samverkansöverenskommelserna olika detaljerade. En del överenskommelser är utformade som policydokument medan andra konkretiserar kommunernas respektive SLL:s ansvar för preciserade frågor. Till viss del förklaras detta av att det finns lokala överenskommelser med högre konkretiseringsgrad inom många områden. Enligt intervjuade beror olikheterna även delvis på att det funnits olika lång tid för att ta fram de olika överenskommelserna.

Samverkansöverenskommelserna tas fram p.g.a. att samverkan mellan kommun och landsting är ett lagkrav. Det förekommer ofta att lagar och regler upprepas i samverkanöverenskommelserna. Detta uppges bero på att följsamheten till vissa regler, som t.ex. deltagande i individuell vårdplanering, är låg och därför upprepas lagens lydelse i överenskommelsen för att understryka vikten av den.

Av granskningen framkommer att kännedomen om och efterlevnaden av samverkansöverenskommelserna varierar mellan vårdområden. Skillnaderna uppges av de intervjuade till stor del bero på hur väl den lokala kommunikationen fungerar och enskilda individers engagemang.

De intervjuade uppfattar att framtagandet av lokala överenskommelser ökar kännedomen och följsamheten till de regionala samverkanöverenskommelserna. I och med lagen om valfrihetssystem (LOV) har antalet vård- och omsorgsgivare ökat. Intervjuade uppfattar att det kan vara svårt att få med samtliga parter i överenskommelserna.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genomfört en konferens för vårdgivare och omsorgsaktörer i syfte att sprida kunskap om överenskommelsen om äldrefrågor och planerar att genomföra liknande aktiviteter under hösten 2017 för att sprida kunskap om överenskommelsen för egenvård.

4.4 Revisionens bedömning

Hälso- och sjukvårdsnämndens viktigaste styrmedel av vårdgivarna är avtalen. Genomgången av avtal visar att krav på samverkan ingår i alla avtal. Revisionen uppfattar att texterna om samverkan i hög utsträckning är standardiserade, men att de har konkretiserats under senare år med avseende på vilka verksamheter som ska ingå i samverkan. Det finns skillnader mellan avtal som förefaller vara omotiverade – särskilt då det är parter som ska samverka kring samma patienter. Revisionen bedömer därför att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver fortsätta arbetet med att säkerställa att samtliga avtal tydliggör vårdgivarens ansvar för att samverka med andra i den utsträckning som är nödvändigt för att ge patienten en god vård.

Genomgången visar vidare att ersättningssystemen ger verksamheter med jämförbara uppdrag att samverka olika ekonomiska incitament. Granskningen visar även att konsekvensanalyser inte är fullständiga när nya avtal i olika former införs. Revisionen uppfattar därför att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver utveckla metoder för att bedöma konsekvenser och effekter på gränssnitt i underlag inför hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om avtal och ersättningssystem.

Vidare framkommer att förvaltningen har påbörjat en översyn av avtalsprocessen och att ett utvecklingsarbete pågår rörande ersättningsmodeller. Riktlinjer för val av avtalsform och principer för kostnadsansvar har tagits fram. Revisionen ser positivt på att ett arbete mot en ökad helhetssyn i avtal och ersättningsystem har inletts.

Revisionen konstaterar att samverkansöverenskommelser mellan landstinget och kommunerna finns såväl inom områden som lagen kräver som inom andra områden. Revisionen kan inte se någon logisk förklaring till att en del av överenskommelserna är övergripande policydokument medan andra pekar ut ansvar på en detaljerad nivå. Kännedomen om överenskommelserna varierar. Revisionen uppfattar överenskommelsernas roll och tyngd som styrande dokument som otydlig.

5 Samverkan i praktiken

5.1 Samverkan i dag

Skrivningarna om samverkan i vårdavtalen är i hög utsträckning generella och lämnar därmed möjligheter för vård- och omsorgsgivarna att utforma samverkan enligt lokala förutsättningar. I granskningen framkommer att det finns svårigheter med att skapa fungerande samverkan mellan olika vård- och/eller omsorgsgivare.

Enligt intervjuade är det ett vanligt förekommande problem att de olika huvudmännen arbetar i ”stuprör”, dvs. utformar sitt arbete utan tillräcklig kunskap om eller hänsyn till varandras uppdrag. Ett exempel på detta är gränssnittet mellan hemtjänst och hemsjuk-

vård, där bristande samordning mellan huvudmännen uppges leda till att besök hos patienten inte koordineras. I dagsläget är det endast 8 av 26 kommuner i Stockholms län som tar emot delegering av medicinska uppgifter, exempelvis att iordningsställa och administrera läkemedel, från landstinget. Att vissa inte övertagit delegering uppges bero på att kommunerna inte får någon ersättning för detta. Om kommunerna i högre grad tog över dessa uppgifter skulle behovet av att flera olika personalkategorier som besöker den enskilde patienten minska vilket på övergripande nivå skulle vara effektivare och även bättre för patienten.

Okunskap om olika vård- och omsorgsgivares uppdrag lyfts av de intervjuade fram som en försvårande omständighet för samverkan. Ju mer specialiserad vården och omsorgen blir, desto fler gränssnitt att samverka över uppkommer såväl inom som mellan organisationer. För att säkerställa en sammanhållen vård- och omsorgskedja behöver inte bara aktörer inom exempelvis psykiatri i kommun och landsting samverka med varandra, utan även andra vårdgivare som t.ex. primärvården behöver delta. De intervjuade menar att både kommunerna och landstinget behöver hitta nya sätt för kommunikation mellan och inom organisationerna.

I granskningen framkommer att en försvårande omständighet för att skapa lokal samverkan är att det finns många vård- och omsorgsgivare, vilket kan försvåra för vårdgivare att känna till och kontakta samtliga relevanta parter. Ett sätt att underlätta lokal samverkan uppges av de intervjuade vara att kommunerna och/eller landstinget skapar en stödjande infrastruktur för samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. I granskningen framkommer att det finns goda exempel på lokala samverkansinitiativ. Dessa är ofta initierade av kommuner som exempelvis samlar vård- och omsorgsgivare i lokala forum eller kallar berörda vårdgivare till lokala möten. I granskningen framkommer vidare att det inte finns något motsvarande systematiskt arbete inom landstinget i syfte att underlätta att lokala vård- och omsorgsgivare möts. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har i samband med projektet SVEA (se nedan) identifierat behov av att se över sin roll i hur förvaltningen ska möta vårdgivares behov av en extern part som sammankallar och skapar kontaktytor mellan aktörer för lokal samverkan.

5.2 Projekt för att hantera samverkan i praktiken

Olika särskilda satsningar har genomförts i syfte att stärka samverkan och främja en sammanhållen vårdkedja. Under 2014–2016 pågick projektet sammanhållen vård genom enhetligt arbetssätt (SVEA). Målet med projektet var att ta fram arbetssätt för sammanhållen vård i syfte att minska oplanerad återinskrivning. Projektet initierades och leddes av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och fokuserade framför allt på arbetssätt vid vårdövergångar mellan sluten- och öppenvård, uppföljning och e-hälsa. Samverkan med kommuner berördes främst inom delprojektet lokala vårdgivarinitiativ, där fyra kommuner och en stadsdelsförvaltning deltog i lokala initiativ.

Samtliga arbetssätt som togs fram inom ramen för SVEA är frivilliga att använda sig av och förvaltningen har valt att inte inkludera dessa i avtalen med vårdgivarna. Hänvisning till SVEA finns i Södertälje sjukhus kvalitetsindikatorer, men i övrigt saknas information om i vilken utsträckning arbetssätten som togs fram inom ramen för SVEA implementerats. Oplanerade återinskrivningar har inte minskat. Erfarenheterna från SVEA ska dock

enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen tas tillvara i arbetet med att implementera den nya lagen om utskrivning[12].

Under 2017 samarbetar landstinget och kommunerna avseende hur den nya lagen om utskrivning ska implementeras. Styrgruppen VIS har gett Storsthlm och hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att tillsammans arbeta fram ett förslag till regional överenskommelse, riktlinjer och rutiner för samverkan, vård- och omsorgsprocesser samt informationsöverföring och samordnad individuell planering vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Flera olika projekt med relevans för samverkan mellan vård- och omsorgsgivare pågår för närvarande. Ett pågående utvecklingsarbete inom landstinget gäller patientprocesser. Projektet syftar till att utveckla arbetssätt för sammanhållna processer utifrån patientens perspektiv. Uppdraget är beslutat av och genomförs av direktörsgruppen[13]. Bakgrunden till projektet är utvecklingen av den så kallade nätverkssjukvården inom ramen för Framtidsplanen, vilken ökar kraven på samverkan mellan olika vårdgivare.

Under 2016–2020 pågår ett samverkansprojekt om psykisk ohälsa där bl.a. landstinget och kommunerna i Stockholms län tagit fram en handlingsplan[14] för psykisk hälsa. Handlingsplanen tar sin utgångspunkt i statens och SKL:s överenskommelse[15] som syftar till stärkta sammanhållna vårdprocesser för målgruppen. För satsningen finns statliga medel avsatta. Styrgruppen VIS har beslutat att en andel av medlen ska avsättas för ett gemensamt kansli som bland annat ska arbeta med att upptäcka brister i samverkan.

5.3 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning inom sjukvården innebär att beslut ska baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinsk kunskap. Syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik, så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom sjukvården.[16]

Landstinget har tagit fram ett stödsystem för handläggning av patientärenden – viss.nu – med information om samverkan mellan olika vårdnivåer. Viss.nu är framtaget för att klargöra ansvaret mellan vårdnivåerna och ge gränsdragningarna professionell förankring. Regionala och nationella vårdprogram finns samlade på vårdgivarguiden.

I granskningen framkommer att det finns otydligheter i stödsystem för gränsdragning mellan vårdnivåer, som t.ex. viss.nu och vårdprogram. Detta leder till att remisser skickas tillbaka till primärvården med krav på ytterligare utredningsåtgärder som ur primärvårdens perspektiv ligger på specialistnivå. Problemet uppges bero på kulturskillnader då olika professioner har olika syn på vilken vårdnivå som ska göra vad, men problemet handlar även om kostnader.

---

[12] Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
[13] Består av direktörer från landstingets egna vårdverksamheter och ledande tjänstemän.
[14] Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Länsövergripande handlingsplan psykisk hälsa. Kommunerna i Stockholms län och Stockholms läns landsting i samverkan med NSPH Stockholms län
[15] Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016
[16] Mot en effektivare kunskapsstyrning, Socialstyrelsen, SKL 2009

I granskningen framkommer att ett hinder för samverkan är att vård- och/eller omsorgsgivare har olika syn på hur patientgrupper ska behandlas och vems ansvar olika delar av behandlingen är. Skillnaderna förekommer både mellan olika organisationer och mellan olika medicinska specialiteter och vårdgrenar. Arbetet med att utveckla kunskapsstyrning beskrivs av intervjuade vårdgivare som ett sätt att hantera kulturskillnader mellan professioner.

Det har i revisionens granskning av remisshanteringen, i ett projekt tidigare under året, framkommit tveksamheter om i vilken utsträckning viss.nu är uppdaterat och i vilken utsträckning det följs av vårdgivare.[17] I granskningen framkommer att följsamhet till vårdprogram inte följs upp systematiskt. Hälso- och sjukvårds förvaltningen har följt upp implementering inom läkemedelsområdet där det förekommer såväl välkända vårdprogram som vårdprogram som inte är kända i verksamheterna. Vidare framkommer att kopplingen mellan avtalsstyrningen och kunskapsstyrningen har varit svag.

Program 4D är ett samverkansprogram mellan SLL och Karolinska institutet. Projektets syfte är att bidra till att ny kunskap snabbare kan omsättas i bättre behandlingsmetoder. Målsättningen är att skapa generaliserbara modeller för beslutsstöd för patienten, vården och forskningen. Projektet sträcker sig över perioden 2012 – 2017 och är nu i implementeringsfas.

Ett nytt grepp om kunskapsstyrningen har initierats från nationell nivå. SKL beslutade i maj 2017 att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Förslaget innebär att landsting och regioner ska samarbeta i en gemensam struktur för kunskapsstyrning och anpassa sin regionala och lokala kunskapsorganisation till denna. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i augusti att, under förutsättning att landstingsstyrelsen antar rekommendationerna, ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att se över uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som utgör Stockholms läns landstings kunskapsstyrning så att dessa anpassas till den nya strukturen[18]. Beslut förväntas tas av landstingsstyrelsen i oktober.[19]

5.4 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att det är otydligt vilket ansvar hälso- och sjukvårdsnämnden uppfattar att nämnden har för att skapa en stödjande infrastruktur i syfte att underlätta samverkan mellan lokala vård- och omsorgsgivare.

Revisionen konstaterar att i de goda exempel på lokal samverkan mellan vård- och omsorgsgivare som lyfts fram av intervjuade är det ofta kommuner som har initierat samverkan genom att t.ex. samla vård- och omsorgsgivare till lokala möten. Vidare framkommer i granskningen att hälso- och sjukvårdsnämnden inte arbetar systematiskt med den typen av stödåtgärder. Därmed uppfattar revisionen att ansvaret i praktiken legat på respektive vård- och omsorgsgivare att initiera och genomföra samverkan och att det är otydligt vad hälso- och sjukvårdsnämndens roll och ansvar i detta är.

[17] Landstingsrevisorerna: 1/2017 Remisser – en länk mellan vårdnivåer.
[18] HSN 2017–0979
[19] Sjukvårdsdirektörens veckobrev 2 juni och den 22 augusti.

Revisionen noterar att hälso- och sjukvårdsnämnden har arbetat med projekt för ökad samverkan mellan vårdgivare, främst genom projektet SVEA. Revisionen uppfattar dock att implementeringen är svag, då resultatet av SVEA inte har kopplats till hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsarbete, utan är frivilligt för vårdgivare att använda sig av.

Beträffande kunskapsstyrning konstaterar revisionen att det i vårdgivarnas praktiska arbete finns tveksamheter om viss.nu och olika vårdprogram är uppdaterade. Det är också osäkert i vilken utsträckning dessa följs i vårdverksamheterna. Revisionen menar därför att hälso- och sjukvårdsnämndens arbete med kunskapsstyrning behöver utvecklas, i syfte att säkerställa aktualitet och följsamhet.

Vidare noterar revisionen att hanteringen av delegering av medicinska uppgifter mellan landstinget och kommunerna fortfarande inte har fått en enhetlig lösning i länet. Detta trots att denna, förhållandevis avgränsade fråga, varit föremål för diskussion mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunerna under lång tid.

6 Informationsöverföring i vårdens gränssnitt

6.1 Informationsöverföring i dag

Det är ett välkänt faktum att brister i informationsöverföringen i vårdens övergångar utgör en stor risk. När en patient har kontakt med flera vårdgivare finns det risk för glapp i vårdkedjan om nödvändig information inte följer med patienten. Inblandad hälso- och sjukvårdspersonal får i så fall inte hela bilden av vad som har hänt och vad som är planerat.

För att hantera detta beslutade landstinget år 2001 om en IT-strategi där en central del var att all information, från alla journalsystem, skulle samlas i en gemensam vårddatabas. Olika problem rörande bl.a. upphandling, sekretess och teknik tillstötte och projektet lades ner.

De senaste åren har det skett en utveckling på det nationella planet med utvecklande av Nationell patientöversikt, NPÖ, som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av viss journalinformation som registrerats hos landsting, kommuner och privata vårdgivare i hela landet. I landstinget har journalsystemet TakeCare fått en stor spridning men det finns enligt intervjuade fortfarande 14 olika journalsystem. Det har även utvecklas ett system inom landstinget för överföring av information mellan landstinget och kommunerna, WebCare. Därtill finns idag en rad digitala hjälpmedel för informationsöverföring.

Förutom att WebCare-systemet enligt intervjuade kräver mycket manuell registrering av uppgifter som redan registrerats i andra system är det inte tillgängligt för alla berörda verksamheter i nätverkssjukvården. När den nya lagen om utskrivning införs innebär det bl.a. att öppenvården ska kalla till vårdplanering och att det blir en förändring vad gäller betalningsansvar. Detta klarar inte WebCare av att hantera och systemet kommer inte att kunna ge underlag för SLL att fakturera kommunerna under 2018 enligt intervjuade. Eftersom WebCare inte klarar dagens krav så kommer ett system som ska ersätta det att upphandlas enligt intervjuade.

Olika informationssystem som inte kommunicerar med varandra är fortfarande ett stort problem och ett hinder för samverkan. Förväntningarna på bra IT-lösningar har dessutom ökat och det kommer hela tiden nya frågor som ska hanteras, t.ex. att alla vårdgivare ska ha kompatibla system för att kunna delta i digitala vårdmöten. Informationsdelning är inte bara en landstingsintern fråga utan ett allt vanligare nationellt problem då patienter oftare än tidigare rör sig över länsgränser. Exempelvis kan läkemedelslistor behöva delas mellan landsting.

Det är dock inte bara tekniken som är ett hinder för informationsöverföring. Sekretesslagen och patientdatalagen begränsar idag åtkomst till patientuppgifter om inte patienten själv gett medgivande till att andra vårdgivare får se uppgifterna. Intervjuade framhåller att det är en fråga som inte landstinget på egen hand kan hantera utan det är en nationell fråga att väga integritetsfrågor mot behovet av att underlätta informationsöverföring mellan vårdgivare.

6.2 Centrala utvecklingsområden för informationsöverföring

Det pågår ett arbete på hälso- och sjukvårdsförvaltningen med att utveckla en utbudskatalog kopplad till 1177 för att förmedla relevant information om vad olika vårdgivare gör. Det återstår enligt intervjuade en hel del arbete innan den är användarvänlig och det är idag oklart när den blir tillgänglig för vårdgivarna fullt ut. Det finns idag bl.a. avtalskonstruktioner med tilläggsuppdrag som gör att det är svårt att ge en rättvisande helhetsbild av vilka vårdgivare som göra vad.

När arbetet med FHS startade med den första Framtidsplanen 2011 pekades ett fungerande vårdinformationssystem ut som en förutsättning för att kunna utveckla en fungerande nätverkssjukvård. I budgeten för 2018 beskrivs digitaliseringsprogrammet Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM-SLL. Programmet som beräknas kosta 2,2 miljarder[20] ska resultera i en IT-lösning för en ny vårdinformationsmiljö. Med begreppet informationsmiljö avses funktioner som kommunikation, integration, proaktivitet och mobilitet för att skapa processtöd för verksamhet och invånare. Informationsmiljön ska skapa förutsättningar för beslutsstöd inom hälso- och sjukvården och för kommunikation mellan vården och patienten[21]. Enligt planeringen ska systemet vara i drift 2022.

I granskningen framkommer att det är ett problem att det kommer att dröja över fyra år innan ett nytt system kan vara på plats. Intervjuade lyfter även fram att det är olyckligt att de privata vårdgivarna inte är med i arbetet med att forma det nya systemet. All landstingsfinansierad vård borde inkluderas från början menar de. Intervjuade pekar här på tidigare erfarenheter som talar för att det är osannolikt att landstinget kan utveckla ett system där alla vårdgivare väljer att ansluta sig efteråt om de inte fått vara med och påverka. Detta understryks även i det yttrande som hälso- och sjukvårdsnämnden lämnat till landstingsstyrelsen inför genomförandebeslut för investeringen FVM-SLL[22]. Förvaltningen understryker i yttrandet vikten av att det skapas förutsättningar för att olika system ska kunna samverka och kommunicera med varandra oavsett leverantör och teknik

[20] Budget 2017 investeringsplanen perioden 2017–2021.
[21] LS 2017–0452 Budget 2018
[22] HSN 2017–1494

eftersom vården sträcker sig över organisatoriska gränser och även involverar kommuner och andra landsting. Förvaltningen anser att förslaget behöver kompletteras för att kunna klara detta.

Upphandlingen av nytt system istället för WebbCare kommer att ligga utanför vårdinformationsmiljön FVM-SLL, men ska enligt uppgift kunna kopplas dit. I avvaktan på att vårdinformationssystemet kommer att finnas på plats kan fax bli en övergångslösning. Enligt intervjuade används fortfarande fax och rekommenderade brev för informationsutbyte mellan vissa vårdgivare inom psykiatrin.

6.3 Revisionens bedömning

Behovet av ett nytt övergripande informationssystem har funnits länge. Samtidigt uppfattar revisionen det som en förutsättning som lyfts fram i Framtidsplanen för genomförandet av en nätverkssjukvård där antalet gränssnitt i vården blir allt fler. Upphandlingen av framtidens vårdinformationsmiljö har dock försenats. Planen är idag att den ska finnas på plats 2022 men enligt en granskning som revisionen tidigare genomfört finns risk för ytterligare förseningar[23]. Revisionen konstaterar att den tidsmässiga samordningen av införandet är problematisk och att avsaknaden av adekvata system under de kommande åren bl.a. kan komma att leda till ökad administration. Patientsäkerheten kan även riskeras vid användandet av fax. Hälso- och sjukvårdsnämndens roll och reella möjlighet att påverka detta projekt är inte helt klar. Däremot har nämnden ett ansvar att tillse att vården fungerar utifrån rådande omständigheter. Revisionen bedömer att det finns en risk att nätverkssjukvården inte kommer att kunna bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt i avvaktan på att nya system kan tas i bruk.

En allt större andel av den landstingsfinansierade vården bedrivs idag av externa utförare. För att undvika hinder i gränssnitt i vården anser revisionen att det är angeläget att hitta fungerande kopplingar till såväl externa vårdgivare som kommunerna i det nya vårdinformationssystemet, vilket hälso- och sjukvårdsnämnden också lyft fram i sitt yttrande till landstingsstyrelsen.

Revisionen ser arbetet med den nya utbudskatalogen som ett steg framåt för att underlätta kontakter och hänvisningar mellan verksamheter. Det är angeläget att arbetet med att göra tjänsten användarvänlig och tillgänglig för vårdgivare inte drar ut på tiden.

7 Uppföljning över organisations- och verksamhetsgränser

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt sitt reglemente för att leda Stockholms läns landstings hälso- och sjukvård. Nämnden finansierar och styr vården genom avtal och överenskommelser med vårdgivarna och ska följa upp verksamheten ur ett beställarperspektiv. Inom landstinget finns en övergripande uppföljningsmodell, antagen av landstingsstyrelsen, för hälso- och sjukvården, antagen 2004. Enligt modellen följs åtta perspektiv upp, däribland säker, patientfokuserad och effektiv hälso- och sjukvård. 20 övergripande indikatorer har identifierats för att följa de åtta perspektiven.

[23] Landstingsrevisorerna: 5/2016 Styrning och samordning av digitala stödsystem – e-hälsa

7.1 Uppföljning av samverkansöverenskommelser

Samtliga av de granskade samverkansöverenskommelserna innehåller skrivningar om uppföljning av överenskommelserna. Hur dessa är formulerade varierar dock. Det som ska följas upp kan till exempel vara sammansättning och arbetsformer för lokala samverkansgrupper, arbetsrutiner, antal samordnade individuella planer, antal utsedda samordningsansvariga och genomförda samverkansaktiviteter.

Uppföljning av samverkansöverenskommelserna anges av intervjuade som ett förbättringsområde. Mycket data samlas in men det har saknats bra metoder och mått för att fånga hur vården fungerar ur ett helhetsperspektiv när flera aktörer är involverade.

Exempel finns dock på att följsamhet till ovan nämnda övergripande samverkansöverenskommelse regelbundet följs upp av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som också i vissa fall får lokala samverkansöverenskommelser för kännedom.

7.2 Uppföljning av avtal med vårdgivare

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppföljning av vårdavtal med upphandlade vårdgivare fyller enligt förvaltningen flera funktioner. De ligger till grund för analys och planering, kontroll (verifiering av att vårdgivaren levererar enligt avtal), dialog och utveckling samt är en del av styrningen (bland annat kopplat till målrelaterad ersättning).

Det innebär att en del av de samverkansaktiviteter som genomförs av enskilda vårdgivare inrapporteras eftersom de ligger till grund för kvalitetsrelaterad ersättning (se avsnitt 4.4). Andra samverkansaktiviteter följs upp av hälso- och sjukvårdsförvaltningen som ett led i ett större kvalitetsarbete. Andra samverkansaktiviteter[24] ersätts löpande utan att följas upp på aggregerad nivå. Generellt gäller att de indikatorer som förvaltningen följer upp justeras från år till år; samverkansaktiviteter eller resultat av sådana aktiviteter kan därmed vara en indikator som följs upp ett år, för att nästa år ersättas av en annan indikator. Ovan nämnda SVEA-projekt har resulterat i flera indikatorer som sammanställs inom husläkarverksamheten: undvikbara slutenvårdstillfällen, akutmottagningsbesök som inte lett till inläggning, oplanerade vårdtillfällen som följs upp inom primärvården samt andel patienter med recept från fler än tre vårdgivare. (Samtliga mått avser gruppen 65 år och äldre.) Även andel utskrivningsklara patienter från slutenvård där vårdplanen är justerad (av det totala antalet patienter som fortsatt ska tas om hand i hemsjukvård) följs upp enligt husläkaravtalet.

Vid en fördjupad granskning av fyra vårdgivare inom psykiatrin som hälso- och sjukvårdsförvaltningen låtit göra konstaterades bl.a. att vårdplan ofta saknas, även i sådana fall där vårdgivaren (genom KVÅ-kod[25]) angivit att sådan ska upprättats. Intervjuade vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen drar av detta slutsatsen att det inte går att förlita sig på vad vårdgivaren själv anger att den gör. Intervjuade vid förvaltningen beskriver också att uppföljning av samverkan sker indirekt genom de olika vårdgivarnas kontakt med förvaltningen. Som exempel kan den vårdgivare som har rätt till konsultativt stöd från en annan vårdgivare informera förvaltningen om stödet brister.

[24] Avser husläkarverksamheternas samverkansmöten
[25] KVÅ=Klassifikation av vårdåtgärder

7.3 Pågående utvecklingsarbete

Storsthlm och landstinget arbetar tillsammans för att utveckla en modell för regional uppföljning av samverkan mellan kommuner och landsting. Gruppen äldre används som pilotfall och modellen är tänkt att kunna tillämpas även på den samverkan som gäller andra grupper. Ledningsgruppen för VIS (se ovan) har givit Storsthlm och hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att börja arbeta med ett förslag till årlig uppföljning samt ta fram ett förslag på gemensam uppföljning för övriga målgrupper, dvs. personer med missbruk och beroende, personer med psykisk ohälsa, barn och unga med behov av särskilt stöd och personer med funktionsnedsättning.

Satsningen på patientprocesscentrerad vård som nämns ovan inbegriper också en övergripande struktur för att mäta värdet för patienten, vilket indirekt är en indikation om hur väl samverkan mellan olika vårdgivare fungerar.

7.4 Svårigheter att utforma mått för uppföljning av samverkan

Flera av de intervjuade lyfter svårigheterna i att mäta samverkan. Två reflektioner återkommer i de intervjuades svar: att det är svårt att hitta bra mått på samverkan och att samverkan som sådan inte har ett egenvärde.

Som ett exempel på mått för samverkan nämner flera av de intervjuade återinläggningsfrekvens inom slutenvården, ett mått som används inom landstinget för gruppen 65 år och äldre. Ett högt utfall inom detta område kan indikera brister i kontakten mellan olika vårdgivare, men det kan också vara resultatet av bristfälligt omhändertagande hos någon vårdgivare i vårdprocessen. Enklare är att, som flera intervjuade uttrycker det, ”räkna pinnar”: att mäta hur många samverkansmöten som hållits, hur många överenskommelser som slutits och hur många planer som upprättats.

I vissa avseenden skiljer sig bilden åt av hur uppföljning ska göras och, i förlängningen, hur avtal ska utformas, mellan de intervjuade. Å ena sidan talar flera av de intervjuade om en önskan om och en tro på framgången i att röra sig från större detaljstyrning mot en ökad tillit, mot kunskapsstyrning och mot styrning genom att ange vad utföraren ska uppnå snarare än hur den ska komma dit. Å andra sidan ger flera av de intervjuade bilden av att det som ligger till grund för ersättning och det som kontrolleras och mäts är det som genomförs.

7.5 Revisionens bedömning

Revisionen konstaterar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen på flera olika sätt följer upp de olika vårdgivarnas avtalsefterlevnad. I detta ingår även i viss utsträckning uppföljning och kontroll av de olika vårdgivarnas samverkan med varandra. Granskningen visar också att hälso- och sjukvårdsförvaltningen i sin uppföljning inkluderat sådana indikatorer som syftar till att mäta hur sammanhållen vården är för framför allt äldre patienter.

Revisionen ser positivt på förvaltningens arbete med att, tillsammans med Storsthlm, utveckla uppföljningen av samverkan. Revisionens vill även framhålla att utvecklingen av avtalsprocessen kan förbättra förutsättningarna för att följa upp och utvärdera det som faktiskt är av värde för patienten, dvs. hur vården sammantaget fungerar och hur vårdgivarna säkerställer att verksamhetsgränserna överbryggas.

Revisionen konstaterar att det är komplicerat att följa upp samverkan, eftersom det som är lätt eller över huvud taget möjligt att mäta inte självklart är det som ger indikationer om huruvida vården hänger samman över gränssnitten, men att det är angeläget att sträva mot att successivt lösa denna problematik.

8 Bilaga: Rapporter

Revisionens rapporter

9/99 ”Tänk om någon såg helheten”, Samverkan i vård och omsorg om äldre i ordinärt boende i Stockholms stad

14/2001 Servicestörningar i äldrevården vid förändringar av sjukvårdens organisation i Norrtälje och Östermalm

30/2001 Samverkan i stödet till psykiskt funktionshindrade i Stockholms stad - Slutrapport

19/2005 ”Styckevis och delt”, om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

8/2005 Samverkan kring vård av tyngre missbrukare i Kista, Vantör, Botkyrka, Järfälla och Österåker

21/2006 Det lokala akuta mottagandet av patienter med psykiska besvär

10/2008 Vården för hemlösa – multisjuka utan adress

5/2009 Landstingets samverkan med kommuner inom vård och omsorg

5/2010 Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov

24/2010 Sköra länkar i vårdkedjan, Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun

12/2014 Samverkan kring äldre med psykisk funktionsnedsättning

4/2016 Rehabilitering – som en del i vårdprocessen

10/2016 Samverkan i missbruks- och beroendevården

1/2017 Remisser – en länk mellan vårdnivåer

Externa rapporter

Att komma överens – en uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Vårdanalys. Rapport 2017:1

Samordnad vård och omsorg. Vårdanalys. PM 2016:1

Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Statskontoret 2016:13

Frivillig samverkan mellan myndigheter – några exempel. Statskontoret 2017

Effektiv vård. SOU 2016:2

Vad gör Landstingsrevisorerna?

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

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

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

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhets-revisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll. se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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