

# LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport  
Nr 10/2009

## Ersättningssystemen på sjukhusen

- Sjukhusen berörs av två ersättningssystem som syftar till att nå en förbättrad vårdkvalitet och tillgänglighet med fokus på resultat. Bedömningen är att det finns förutsättningar för att säkerställa om önskade effekter har uppnåtts, förutsatt att landstingstyrelsen (LS) och hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) genomför de utvärderingar som planerats för 2010 utifrån sina respektive ansvarsområden.
- Ansvar för att utveckla, förvalta och följa upp ersättningssystem delas mellan LS och HSN. Parterna bör förbättra samarbetet.
- Vårdval ortopedi och förlossning har lett till ökad administration för att få en fungerande styrning och uppföljning. HSN bör förenkla och förtydliga regelverket.
- Ökad automatik i rapporteringen bör eftersträvas. LS, HSN och sjukhusen bör gemensamt utreda om nuvarande IT-system används på ett optimalt sätt.
- Endast tre sjukhus redovisar Kostnad per patient (KPP). LS och HSN bör ställa krav på att samtliga sjukhus inför denna rutin.

Revisorsgrupp I  
2009 års revisorer

2010-02-05

Diarienummer:  
RK 200909-0072


Landstingsstyrelsen

## Rapport 10/2009 Ersättningssystemen på sjukhusen

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2010-02-05 överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2010-05-03.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Georg Jönsson  
ordförande



Susanne Kangas  
sekreterare

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Styrelserna för  
Danderyds sjukhus AB  
Karolinska Universitetssjukhuset  
Södertälje sjukhus AB  
Södersjukhuset AB

## Rapport 10/2009 Ersättningsystemen på sjukhusen

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2010-02-05 överlämna rapporten till Hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelserna för Danderyds sjukhus AB, Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus AB för yttrande senast 2010-05-03 och till Södersjukhuset AB för kännedom och med möjlighet till yttrande senast 2010-05-03.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö  
ordförande



Gunn Henny Dahl  
sekreterare

## INNEHÅLL

<b>1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....</b>	<b>1</b>
1.1 Slutsatser.....	1
1.2 Rekommendationer.....	2
<b>2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN.....</b>	<b>4</b>
2.1 Motiv till granskningen.....	4
2.2 Revisionsfråga.....	4
2.3 Revisionskriterier.....	4
2.4 Metod.....	5
<b>3. ANSVARFÖRDELNING FÖR ERSÄTTNINGSSYSTEM.....</b>	<b>6</b>
3.1 Landstingsstyrelsen.....	6
3.2 HSN.....	7
3.3 Sjukhusen.....	8
3.4 Revisionens kommentarer.....	9
<b>4. UPPFÖLJNING, KONTROLL OCH EFTERLEVAD AV ERSÄTTNINGSSYSTEMEN.....</b>	<b>11</b>
4.1 Landstingsstyrelsen.....	11
4.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden.....	11
4.3 Sjukhusen.....	14
4.4 Revisionens kommentarer.....	14
<b>5. HUR SÄKERSTÄLLS UPPFYLLELSE AV EFTERSTRÄVADE EFFEKTER?.....</b>	<b>16</b>
5.1 Indikationer på förbättrad tillgänglighet.....	16
5.2 Ökat fokus på vårdens kvalitet.....	16
5.3 Fler vårdgivare i ortopedi, inte i förlossningsvård.....	17
5.4 Utnyttjas resurserna bättre eller inte?.....	17
5.5 Revisionens kommentar.....	18

## 1. Slutsatser och rekommendationer

Sjukhusen har två ersättningssystem som har omfattats av granskningen. Båda ersättningssystemen syftar till att nå en förbättrad vårdkvalitet och tillgänglighet med fokus på resultat. Flerårsavtalsmodellen betonar bl.a. ökad långsiktighet, möjlighet för sjukhusen att styra sin produktion och för Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) och Landstingsstyrelsen (LS) att öka resurser för uppföljning och utvärdering. Vårdval trycker på patientens eget val, och att fler vårdgivare ökar mångfalden och förbättrar tillgängligheten. Granskningen syftar till att besvara frågan ”Hur säkerställs att ersättningssystemen ger eftersträvade effekter enligt fullmäktiges beslut?”

Den samlade bedömningen är att det finns förutsättningar för att kunna följa upp övergripande effekter av de båda ersättningssystemen. LS och HSN planerar under 2010 att utvärdera effekter av de båda ersättningssystemen utifrån sina respektive ansvarsområden. LS och HSN ansvarar för olika delar i landstingets ersättningssystem vilket kräver ett fungerande samarbete. För att få en fungerande styrning och uppföljning av flerårsavtal och vårdval krävs betydligt ökad administration.

### 1.1 Slutsatser

Ansvar för utvärdering av de båda ersättningssystemen, som har varit i drift under knappt ett års tid, delas mellan LS och HSN. LS ansvarar för övergripande effektutvärderingar av styrsystemen utifrån ett produktions- och ägarperspektiv. HSN är ansvarig för att utvärdera effekter ur ett befolknings- och patientperspektiv. Båda förvaltningarna planerar att göra effektutvärderingar under 2010. Det är inte klart vilken inriktning och vilken/vilka effekter som ska utvärderas. Det är väsentligt att LS/HSN utifrån sina respektive ansvarsområden utvärderar om ersättningssystemen ger eftersträvade effekter enligt fullmäktiges beslut. För att kunna dra nytta av synergieffekter och undvika dubbelarbete är det viktigt med information/avstämning. Den formella ansvarsfördelningen mellan LS och HSN är tydlig, men kräver ett fungerande samarbete.

För att registrerar den vård som patienten har fått som grund för ersättning (enligt flerårsavtal eller vårdval) används s.k. beskrivningssystem. Den information som finns i beskrivningssystem har inte beaktats i tillräcklig utsträckning i utveckling av vårdval och/eller flerårsavtal. Erfarenheter från de vårdvalsområden som är införda måste beaktas i kommande arbete av nya ersättningssystem eller vårdval. Formerna för samarbete vid utveckling och förvaltning av ersättningssystemens olika delar kan förbättras mellan LS och HSN. Landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutat att nationella beskrivningssystem ska införas i hälso- och sjukvården. Strategi och handlingsplan för att uppfylla beslutet har tagits fram gemensamt av förvaltningarna, vilket är ett exempel på utökat samarbete.

Sjukhusen ska efterleva det regelverk som finns för ersättningssystem. Ansvar för att uppfylla kraven är delegerat till berörda divisions- och klinik/verksamhetschefer.

## Att skilja mellan flerårsavtal och vårdval kräver ökad administration

Sjukhusen och HSN följer månatligen upp volymuppgifter, intäkt/kostnad och vårdtyngd för vårdval och flerårsavtal. För att kunna särskilja vårdval från flerårsavtal krävs betydligt ökad administration. Nuvarande journalsystem klarar inte alltid de krav som ställs på rapportering till HSNf:s IT-system, vilket kräver manuell hantering. För att registrera och rapportera korrekt krävs information och utbildning. I de granskade vårdvalsområdena finns flera exempel på komplicerade och detaljerade regler för rapportering för att få rätt ersättning. Vi har noterat att det finns regler som har tolkats olika, t.ex. inom förlossningsvården.

Sjukhusen har en tydlig organisation och rutiner för att följa upp och kvalitetssäkra registreringen av vårdens innehåll i beskrivningssystemet. Inom Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) finns en särskild avdelning som följer upp och kvalitetssäkrar efterlevnaden av beskrivningssystem. Ingen särskild uppföljning av om/hur vårdvalen kan påverka beskrivningssystemet har genomförts eller planeras. Uppföljningar om beskrivningssystemen rapporteras inte till LS eller något av utskotten.

Ersättningsmodellerna för de granskade vårdvalen innehåller inga volymtak. För att HSN ska bibehålla kostnadskontrollen krävs andra kompletterande system, t.ex. kvalitetssäkrade uppgifter över antal väntande, ökad kontroll av vårdfakturor och kontinuerlig uppföljning.

I den prestationsrelaterade delen av ersättningsmodellen för flerårsavtal används Stockholmsmodellens viktlista för att avgöra vårdtyngd genom resursåtgång och medicinskt innehåll som årligen fastställs av LSF. Landstinget använder viktlistan trots att det finns en nationell viktlista. Viktlistan påverkas av att alla sjukhus inte levererar KPP-statistik<sup>1</sup>, och Karolinska påverkar den i hög grad. Enligt revisionskontoret bör det vara obligatoriskt för sjukhusen att rapportera KPP.

## 1.2 Rekommendationer

Revisionen rekommenderar LS att

- förbättra samarbetet med HSN vid utvärdering av effekter och uppföljning/utveckling av ersättningssystemen,
- ställa krav på de landstingsägda sjukhus som inte rapporterar KPP att införa denna rutin,
- gemensamt med sjukhusen och HSN utreda om nuvarande IT-system används på ett optimalt sätt för registrering/rapportering/uppföljning.

Revisionen rekommenderar HSN att

- förbättra samarbetet med LS vid utvärdering av effekter och uppföljning/utveckling av ersättningssystemen,
- förenkla och förtydliga reglerna för ersättningsmodell och avtal för vårdval. Ökad automatik i rapportering bör eftersträvas.
- gemensamt med sjukhusen och LS utreda om nuvarande IT-system används på ett optimalt sätt för registrering/rapportering/uppföljning,

---

<sup>1</sup> KPP = Kostnad per patient

- i kommande upphandling/avtal med sjukhusen ställa enhetliga krav på rapportering av KPP till landstinget,
- utveckla system för att bibehålla kostnadskontroll vid vårdval, t.ex. om ersättningsmodellen saknar volymtak.

Revisionen rekommenderar styrelserna för Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus att

- gemensamt med HSN och LS utreda om nuvarande IT-system används på ett optimalt sätt för registrering/rapportering/uppföljning.

## 2. Utgångspunkter för granskningen

### 2.1 Motiv till granskningen

År 2009 infördes flerårsavtal och ny ersättningsmodell för sjukhusen. Sjukhusens ersättning består av sex olika delar, varav fem ingår i flerårsavtalet och en avser vårdvalet. HSN har 2009 infört vårdval för knä- och höftprotesoperationer, kataraktoperationer (gråstarr), ögonbottenfotografering av diabetiker och förlossningsvård. Förutom den ersättningsmodell som gäller enligt flerårigt vårdavtal så får sjukhusen också ersättning enligt reglerna för vårdval. För att sjukhusen ska erhålla ”rätt” ersättning krävs att många olika uppgifter registreras korrekt. Sjukhusen måste kunna särskilja flerårsavtals- och vårdvalspatienter vid registrering av besök/vårdtillfälle.

### 2.2 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfråga för projektet är: **”Hur säkerställs att ersättningssystemen ger eftersträvade effekter enligt fullmäktiges beslut?”**

Den övergripande revisionsfrågan bryts ned i följande delfrågor:

- Finns en tydlig ansvarsfördelning mellan LS, HSN resp. sjukhusen när det gäller förvaltning, uppdatering och utveckling av ersättningssystemen?
- Finns en tydlig organisation, ansvar och rutiner samt lämpligt IT-stöd på sjukhusen?
- Hur tydliggörs avgränsningar mellan ersättningssystemen (i vårdval respektive flerårsavtal) i förvaltning och uppföljning samt hur säkerställs att reglerna efterlevs?
- Hur säkerställs att resurser utnyttjas bättre, samt att tillgänglighet och kvalitet förbättras?

### 2.3 Revisionskriterier

Revisionskriterierna är bl.a. följande:

- Fullmäktiges beslut den 7 oktober 2008 att införa en ny avtalsmodell för akutsjukhusen<sup>2</sup>. Modellen innebär i korthet att avtalen sträcker sig över tre år, ansvaret för tillgänglighet och vårdgaranti flyttas till vårdgivarna, särskilda kvalitetsindikatorer utvecklas och ersättningsmodellen ändras. Syftet med modellen är bland annat att resurser ska utnyttjas bättre, tillgängligheten och kvaliteten förbättras och systemeffektiviteten öka.
- Fullmäktiges uppdrag till HSN att ”vårdval ska införas med bibehållen kostnadskontroll”
- SLL:s Arbetsordningar, reglementen och delegationsordning, maj 2008
- Flerårsavtal mellan HSN och respektive sjukhus som också innehåller riktlinjer för sjukhusens fakturering av vård.
- Regelböcker för respektive vårdvalsområde

---

<sup>2</sup>LS 0808-0774



- Beslut om införande av nationella beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting”, Besluts PM 2009-06-18.
- Principbeslut att alla ersättningssystem i SLL består av två delar, dels beskrivningssystem, dels ersättningsmodell och avtal (Beskrivning av ersättningssystemet i SLL – grunder för ersättning, LSF 2007). För att ersättningssystemet ska få önskad effekt måste vissa grundförutsättningarna vara uppfyllda, t.ex. att vårdgivarna utgår från samma system för att beskriva den vård som bedrivs och som de får ersättning för. Beskrivningssystem används för att beskriva vilken vård som patienten har fått och kan vara underlag för prestationsbaserad ersättning.
- Sedan 2003 finns en fastslagen princip att en ersättningsmodell ska bestå av en målrelaterad, en produktionsrelaterad och en fast/uppdragsrelaterad del.

## 2.4 Metod

Granskningen har genomförts som dokumentstudier, t.ex. flerårsavtal med sjukhusen, regelböcker för vårdval och vårdavtal med auktoriserade vårdgivare samt regler och anvisningar för registrering av vårdproduktion. Intervjuer har genomförts med representanter för Landstingsstyrelsens förvaltning, HSN-förvaltningen och de sjukhus som har ingått i granskningen (Danderyds sjukhus AB, Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus AB).

Granskningen har avgränsats till ersättningssystem enligt flerårsavtal och vårdval inom områdena höft-/knäprotesoperationer och förlossningsenheter.

Granskningen har genomförts av Birgitta Strömbäck (projektledare) och Christin Huring.

## 3. Ansvarsfördelning för ersättningssystem

Allmänna utskottet bereder frågor om ersättningssystem

### 3.1 Landstingsstyrelsen

Under LS är det framför allt allmänna utskottet (AU) som bereder frågor rörande utveckling av ersättningssystem och frågor om mångfaldsarbete. Produktionsutskottets ansvarsområde avser den landstingsägda sjukvårdsproduktionen oberoende av om denna drivs som kommunal förvaltning eller aktiebolag. Utskottet bereder också frågor om sjukvårdsproduktionens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat, investeringar inom sjukvården samt ägarstyrning bl a i form av specifika ägardirektiv. Strategiska utskottet bereder övergripande styrnings-, system- och organisationsfrågor samt övergripande investeringsfrågor<sup>3</sup>.

LS ansvarar för förvaltning, uppdatering och utveckling av sjukvårdens beskrivningssystem

Inom LSF ansvarar avdelningen för vårdinformatik (AVI) för förvaltning, uppdatering och utveckling av sjukvårdens beskrivningssystem. Ansvaret innebär att ta fram och implementera metoder för beskrivning av vårdproduktionens medicinska innehåll och resursåtgång.

För att kunna underhålla och utveckla beskrivningssystemet sker samverkan med representanter för HSNf och vårdgivare (intern och externa). Andra syften med samverkan är att öka förutsättningarna för enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder. Denna dialog och samverkan sker i form av dels samverkansgrupper, dels registreringsgrupper för olika vårdområden däribland akutsomatik. Grupperna träffas regelbundet och minnesanteckningar från mötena finns på AVI:s hemsida.

Beskrivningssystemets utformning och vilken information om diagnoser och åtgärder som behövs har inte alltid beaktats i utveckling av flerårsavtal eller nya vårdvalsområden. Exempel på detta är att AVI endast har deltagit i det inledande skedet i utvecklingsprojekt eller kommit in sent i processen. Avdelningen har inte varit representerad i styr- eller arbetsgrupper i utredningsprojekt för nya vårdvalsområden eller i utvecklingen av modellen för flerårsavtal. Utvecklingsarbetet med den nya flerårsavtalsmodellen genomfördes gemensamt av LSF och HSNf med landstingsdirektören som projektägare.

Regler bör inte ändras under löpande verksamhetsår

Juni 2009 beslutade landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören att nationella beskrivningssystem för hälso- och sjukvården ska användas i landstinget. Under hösten har de båda förvaltningarna utarbetat en strategi och ett handlingsprogram. Handlingsprogrammet har inte fastställts ännu<sup>4</sup>.

För att få en stabilitet i ersättningsvillkoren är det viktigt att regelverket i princip inte ändras under löpande verksamhetsår. Förslag på förändringar som innebär ökade kostnader behandlas enligt en överenskommen rutin. Under 2009 ändrades reglerna för registrering av indirekta kontakter (t.ex.

<sup>3</sup> SLL:s Arbetsordningar, reglementen och delegationsordning § 40, maj 2008

<sup>4</sup> Revisionskontoret har tagit del av arbetsutkast för "handlingsplan för införande av nationella regelverk", daterat 2009-12-21

telefonkontakt med patient) under löpande år<sup>5</sup>. Även ersättningen för indirekta kontakter ändrades, och därför har förhandlingar förts mellan sjukhusen och HSNf om kompensation.

I den prestationsrelaterade delen av ersättningsmodellen för flerårsavtal används Stockholmsmodellens viktlista för att avgöra vårdtyngd genom resursåtgång och medicinskt innehåll som årligen fastställs av LSF. Denna används trots att det finns en nationell viktlista. SLL påverkar dock den nationella i och med sin storlek. Viktlistan innebär att komplicerade diagnoser och åtgärder får en relativt högre vikt p.g.a. att dessa patienter kräver mer resurser.

#### Flerårsavtal:

- Lokal viktlista används
- Tre sjukhus rapporterar KPP-statistik

Viktlistan grundar sig på kostnadsdata som levereras från sjukhusen. Viktlistan för slutenvården 2009 bygger på 2007 års kostnadsdata. Som underlag för beräkningen rapporteras KPP-statistik<sup>6</sup>. De sjukhus som för närvarande rapporterar KPP-statistik är Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset. Södertälje sjukhus planerar att införa KPP under 2010. Capio/S:t Görans sjukhus AB har valt att avstå från att rapportera KPP-statistik till landstinget.

AVI begär in, sammanställer och följer upp kostnadsredovisningar från sjukhusen. Det gäller förutom KPP-redovisningar även självkostnadsredovisningar. Avdelningen har beslutat att man kommer att upphöra med självkostnadsredovisningen för att kunna koncentrera arbetet till KPP-redovisningen. Orsaken är bl.a. att Sveriges kommuner och landsting har beslutat att det på nationell nivå är KPP-redovisning som ska gälla för kostnadsredovisning.

#### HSN ansvarar för förvaltning, uppdatering och utveckling av ersättningsmodell och avtal

### 3.2 HSN

HSN ansvarar för förvaltning, uppdatering och utveckling av ersättningsmodeller och avtal.

HSNf har under hösten genomfört ett seminarium för att följa upp flerårsavtalsmodellen. Vid seminariet deltog sjukhusledningen från respektive sjukhus, LSF och konsultföretaget Mc Kinsey. Vid seminariet framförde sjukhusen bl.a. att förutsättningarna för planeringen av verksamheten inte är tillräcklig, exempelvis kan HSNf ställa krav avseende ändrade kvalitetsindikatorer så sent att det inte hinner beaktas i sjukhusens planering. Med anledning av detta beslutade HSNf:s ledningsgrupp den 7 december 2009 att kvalitetsindikatorerna i flerårsavtalen ska vara fastställda senast september året innan verksamhetsåret. Av beslutsunderlag (till ledningsgruppen) framkommer dock att under 2010 kommer ett par kvalitetsmått att ändras och krav på journalgranskning och läkemedelsavstämningar att införas för det innevarande året<sup>7</sup>. De båda sistnämnda uppgifterna härrör från fullmäktiges budget för 2010.

<sup>5</sup> Minnesanteckningar samrådsgrupp akutsomatik 2009-06-16

<sup>6</sup> KPP – Kostnad Per Patient

<sup>7</sup> Enligt OH-bilder till HSLG 2009-12-07

Strukturersättning är en del i ersättningsmodellen och är en fast ersättning som skiljer sig åt mellan sjukhusen. Enligt uppgift beror en del av strukturersättningen (merkostnadsersättningen) på att tillräcklig information saknas om innehållet i vården. För Karolinskas del uppgår merkostnadsersättningen till ca 900 mkr år 2009. Ett utvecklingsprojekt rörande strukturersättningen har startat under senare delen av 2009 och drivs av HSNf. Arbetet syftar till få ökad kunskap om strukturersättningens innehåll. Arbetet är mer långsiktigt och eventuella förändringar får genomslag först nästa avtalsperiod (efter 2011). Sjukhusen ska medverka i ett senare skede av projektet då resultaten ska förankras.

**Betoning på ersättningsmodell och avtal, mindre fokus på beskrivningssystem**

HSNf:s utredningsarbete om och införande av såväl flerårsavtal som vårdvalsområden har betonat ersättningsmodell och avtal. Det har varit mindre fokus på beskrivningssystemen. Om annan information (än den som kan erhållas från det aktuella beskrivningssystemet) krävs ställs andra krav på IT-system, vårdgivarens registrering och rapportering. I flera fall har manuell hantering varit nödvändig för att få korrekt registrering och uppföljning. HSNf har därför under hösten 2009 uppmärksammat att ersättningsmodell och beskrivningssystem bör integreras i större utsträckning än hittills. Den strategi och handlingsprogram som HSNf och LSF tillsammans håller på att utarbeta uppger bl.a. att "auktoriseringer och avtal har tydliga krav på enhetliga och nationella beskrivningssystem och regelverk". En aktivitet i planen är att uppdatera uppdragsbeskrivningar och uppföljningsbilagor utifrån nationella system<sup>8</sup>.

Representanter för HSNf har i intervjuer också betonat vikten av dialog och förankring av nya vårdvalsområden, ersättningsmodeller och avtal. I utvecklingsprojekt inbjuds därför representanter för LSF, sjukhusen och SPESAK att delta i arbets-, referensgrupper eller styrgrupp i olika faser av projekten. HSNf har också ambitionen att involvera ansvariga för informationsförsörjning, registreringspersonal m.fl. i den mån det är möjligt. Deltagandet har skett på olika sätt och i olika utsträckning. LSF har oftast medverkat i inledningen av HSNf:s projektarbete. Sjukhusen har bidragit med statistik och medicinsk kunskap i olika omfattning (se nedan). SPESAK har haft en expert-/kvalitetssäkringsroll vid höft- och knäprotesoperationer, och deltog i arbetsgrupper för förlossningsvården. Varje vecka träffas också ledningarna för HSNf och LSF för information och avstämning.

**Sjukhusens ansvar är att efterleva regler i ersättnings-system**

### 3.3 Sjukhusen

Ansvaret för sjukhusen består i att följa de regler som finns för beskrivningssystem, ersättningsmodeller och vårdavtal. Sjukhusen har inget uttalat ansvar för utveckling av ersättningssystem. De deltar i utvecklingsarbeten med medicinska experter för utformning av själva vårdinnehållet. Sjukhusen bidrar också med olika statistikunderlag över t.ex. volymer och kostnader. Företrädare för sjukhusen kan också delta i referensgrupper, och i något fall även i styrgrupp.

<sup>8</sup>Förslag till "Handlingsplan för införande av nationella regelverk", 2009-12-21

I utvecklingsarbetet för vårdval förlossning deltog sjukhusen i stor omfattning med medicinska experter i utformning av själva vårdinnehållet. I utvecklingsarbetet för vårdval höft-/knäprotesoperationer gjordes avstämningar med SPESAK<sup>9</sup> i större utsträckning än med ortopederna från sjukhusen.

Sjukhusen deltar i de samverkans- och registreringsgrupper i akutsomatik som arbetar med utveckling av beskrivningssystemen.

## Oklart hur man särskiljer patienter mellan vårdval och flerårsavtal

Sjukhusekonomerna tog fram statistikuppgifter för de båda vårdvalen. För ortopedin gjordes det under tidspress sent i processen. Redan då uppmärksammades att det var oklart hur man skulle sortera och administrera patienterna beroende på om det var en vårdvalspatient eller en flerårsavtalspatient. Registrering av olika ASA-klasser<sup>10</sup> har tidigare inte gjorts så fördelningen av volymer mellan vårdval (ASA 1-2) och flerårsavtal (ASA 3-4) har gjorts manuellt. Underlagen användes av HSNf för volym- och prisberäkningar.

I intervjuer har det framkommit att flera sjukhus reagerade på att det inte var någon dialog eller tydlig förankringsprocess vare sig om innehållet i vårdval ortopedi eller i prissättningen. Vidare har sjukhusens företrädare framfört att samarbetet med HSNf har försämrats jämfört med tidigare år. Det gäller exempelvis information inför förändringar, t.ex. regelverk kring registrering för vårdval och ändrade systemkoder i IT-system. Sjukhusen upplever att HSNf inte förstår vilka konsekvenser som kan uppstå av t.ex. olika regler, och att samordning och ansvarsfördelning inom HSNf kan förtydligas. För att nå fram med behov av förbättringar krävs därför ofta att sjukhusen tar initiativ till möten.

## Otydligt regelverk om vårdvalspatient drabbas av akuta komplikationer

Sjukhusen har krav på jourverksamhet, beredskap och dygnetruntverksamhet för akuta fall. Samma krav ställs inte på auktoriserade vårdgivare. När det gäller komplikationer för patienter som behandlas av andra vårdgivare saknas tydliga regler för ursprungliga/behandlande vårdgivaren ansvar för dessa patienter. Reglerna är dock tydliga när det gäller reoperationer inom vårdval ortopedi. Det har hänt att patienter som behandlas av auktoriserade vårdgivare får komplikationer som kräver sjukhusvård<sup>11</sup>. Det finns andra exempel på patienter som behandlats av en privat vårdgivare och har senare behövt den intensivsjukvård som finns på landstingets sjukhus.

## Former för samarbete mellan LS och HSN kan förbättras

### 3.4 Revisionens kommentarer

Ansvar för utveckling och förvaltning av delarna i ersättningssystemen delas mellan LS/AU och HSN. Formerna för samarbete vid utveckling och förvaltning av ersättningssystemets olika delar kan förbättras. Utformning av strategi och en kommande handlingsplan för att införa nationella beskrivningssystem i hälso- och sjukvården är ett exempel på ett utökat samarbete. Sjukhusens ansvar innebär att efterleva det regelverk som finns.

<sup>9</sup>Specialist sakkunniga

<sup>10</sup>Patienternas hälsotillstånd graderas enligt ASA (American Society of Anaesthesiologists). ASA 1 står för frisk patient och ASA 4 för patient med tydliga restriktioner t.ex. KOL, hjärtsvikt

<sup>11</sup>Ex ortopedkliniken Karolinska; 12 patienter med komplikationer från andra auktoriserade vårdgivare (januari till november 2009)

Den information om vårdens innehåll som finns i beskrivningssystem har inte beaktats i tillräcklig utsträckning i utveckling av ersättningsystem för vårdval. Även informationsförsörjning och kodstrukturer har påverkat bristerna i dagens ersättningsmodeller vilket också måste beaktas.

I utvecklingsarbetet för flerårsavtal var sjukhusen representerade i styrgruppen och i arbetsgrupper. I en tidigare granskning konstaterades att ” Representanter från sjukhusen beskriver att de känt sig väl informerade och delaktiga i processen (för att utveckla flerårsavtalsmodellen), både genom deltagandet i styrgrupper och genom att medarbetare varit direkt involverade i arbetet”<sup>12</sup>.

**Uppföljningar av beskrivningssystem har inte rapporterats till LS eller något utskott**

Avdelningen Vårdinformatik i LSF rapporterar inte uppföljningar av beskrivningssystemen till LS eller något av dess utskott.

Landstingets viktlista påverkas av att alla sjukhus inte levererar KPP-statistik. Det gäller framför allt inom vissa verksamheter. Karolinska påverkar, till följd av sin storlek, i hög grad viktlistan. Det innebär också att om det finns kvalitetsbrister i deras rapportering får det genomslag i viktlistan. Enligt revisionskontoret bör det vara obligatoriskt för sjukhusen att rapportera nödvändiga statistikuppgifter till avdelningen för vårdinformatik. I HSNf:s och LSF:s handlingsplan för att införa nationella beskrivningssystem är en av åtgärderna att ”utöka antalet användare av KPP inom somatiken”.

**Prioriteringsviktlista har ännu inte utnyttjats**

Flerårsavtalsmodellen ger HSN möjlighet att i viktlistan göra prioriteringar mellan olika diagnoser och åtgärder. En sådan förändring i viktlistan ska vara ett nollsummespel på totalnivå, dvs. vill man ge något område en högre vikt än vad som framräknats, måste ett annat område prioriteras ned i motsvarande grad. Diskussioner har bl.a. förts om dagkirurgi. Inför 2010 har möjligheten till prioriteringsviktlista inte utnyttjats.

I HSNf:s arbete med strukturersättning inbjöds avdelningen för vårdinformatik att delta i arbetet. Representanter från avdelningen deltog inledningsvis vid ett par möten. Syftet med projektet är att beskriva vad som ingår i strukturersättning. Förvaltningen har själva valt att göra analyser med utgångspunkt bland annat från uppgifter ur beskrivningssystemet. Det är dock viktigt att tidigt informera och beakta synpunkter från andra utanför HSNf.

HSN:s ansvar för att utveckla flerårsavtalsmodellen har bl.a. medfört ett förvaltningsbeslut att inte införa förändringar i flerårsavtalet senare än september, om de ska gälla året därpå. De nya kraven på sjukhusen att utveckla strukturerad journalgranskning och läkemedelsavstämningar för att minska undvikbara vårdskador är önskvärt ur ett patientsäkerhetsperspektiv och ingår i fullmäktiges budget för 2010. Men det innebär ett sent påkommet krav som påverkar sjukhusens planering och ett avsteg från HSNf:s eget beslut. Det har inte framkommit om HSN har informerats eller kommer att få information om förvaltningsledningens beslut.

---

<sup>12</sup> Styrning av akutsjukhusen – den nya styrstrategin, rapport nr 17/2008



## 4. Uppföljning, kontroll och efterlevnad av ersättningssystemen

### 4.1 Landstingsstyrelsen

Inom LSF har funktionsområdet Utveckling & styrning inte genomfört någon egen uppföljning eller utvärdering av flerårsavtalen eller vårdvalen under 2009. Inom funktionen har man dock planer på att följa upp effekter av vårdval ur olika perspektiv, men planerna har ännu inte konkretiserats. Ett perspektiv kan handla om kunskapsstyrning eller hur FoU<sup>13</sup> ska kunna säkerställas med allt fler privata vårdgivare. LSF ansvarar för att hitta en lösning på problemet, t.ex. om kraven på forskning kan koncentreras till ett fåtal vårdgivare.

Inget uttalat uppdrag eller eget initiativ att följa upp effekter på beskrivningssystem

Inom LSF, funktionsområdet Produktionssamordning har avdelningen Vårdinformatik inget uppdrag att följa upp flerårsavtalets eller vårdvalets effekter på beskrivningssystemen. Avdelningen har inte heller tagit eget initiativ för att följa upp dessa effekter. Avdelningen genomför viss diagnosgranskning, vilket innebär att man i efterhand granskar diagnoser och åtgärder i journaler. Diagnosgranskningen är ett led i kvalitetssäkringen, men används också för uppföljning av åtgärder. Under 2009 granskades ”medicinsk handläggning av kostnadsytterfall vid Karolinska Universitetssjukhuset 2008” och ”indirekta kontakter och telefonkontakter i SLL 2008<sup>14</sup>”. Utredningar om hur beskrivningssystemen efterlevs rapporteras i allmänhet inte till LS eller något av dess utskott.

Allmänna Utskottet under Landstingsstyrelsen ansvarar för patientval och ersättningssystem. Under 2009 har inget ärende tagits upp som avser patientval eller ersättningssystem i akutsomatiken.

Produktionsutskottet fick i början av året information från sjukhusen om innehållet i de nya flerårsavtalen och vilka möjligheter och hot som man såg i avtalen<sup>15</sup>. Under hösten har HSNf informerat utskottet om dels innehållet i sjukhusens treårsavtal och hur HSN följer upp avtalen, dels statistik över väntetider i vården<sup>16</sup>. Till produktionsutskottet lämnas löpande information om sjukhusens månadsbokslut och prognoser. Vidare har sjukhusen under året informerat utskottet om sina respektive verksamheter.

### 4.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Inom HSNf ansvarar avdelningen för somatisk specialistvård för uppföljning av flerårsavtal och vårdval inom akutsomatiken.

Gemensam uppföljningsmall ger ökad samordning och systematik i avtalsuppföljning

Uppföljningen av *flerårsavtal* sker utifrån en särskild uppföljningsmall som finns i flerårsavtalen. Avtalsuppföljning har enligt HSNf blivit mer systematisk och samordnad och är densamma på alla sjukhus. Uppföljningen koncentreras på resultat och kvalitet.

<sup>13</sup> Forskning och utveckling

<sup>14</sup> Granskningsrapporterna finns på AVI:s hemsida

<sup>15</sup> Produktionsutskottet protokoll 2009-01-14 § 4

<sup>16</sup> Produktionsutskottets protokoll 2009-09-30 § 8 respektive 2009-10-28 § 10

Utöver detta kan HSNf utifrån riskbedömning besluta att genomföra beställar- och medicinska revisioner riktade mot särskilda områden. År 2009 har två medicinska revisioner genomförts.

## Olika former av uppföljningsmöten har genomförts

Nytt för 2009 är att förvaltningen regelbundet träffar samtliga sjukhusledningarna för att diskutera gemensamma frågor, t.ex. hur remissflöden ska fungera när Karolinska Universitetssjukhuset ska inrikta verksamheten allt mer mot högspecialiserad vård. Representanter för ägaren deltar inte vid dessa möten.

HSNf har under 2009 även haft enskilda möten med respektive sjukhus. Dessa har t.ex. avsett målvolym 2010 och eventuell kompensation för ökad vårdtyngd (viktglidningar). Enligt flerårsavtalet har både sjukhusen och HSN ett gemensamt ansvar att följa upp och analysera orsakerna till förändringar av genomsnittsvikter<sup>17</sup>.

I flerårsavtalet regleras sjukhusens utbildningsansvar (AT/ST<sup>18</sup>). Motsvarande utbildningsuppdrag finns i regelböcker för vårdvalsområdena. HSN har det formella ansvaret för avtalsuppföljning vilket inkluderar utbildningsuppdraget.

Under 2009 har följande uppföljningar presenterats för HSN:

- Uppföljning av flerårsavtal per 30 april 2009 (HSN 2009-06-23)
- Fördjupad uppföljning av allmänkirurgi vid akutsjukhusen (HSN 2009-10-22)
- Fördjupad uppföljning av lungmedicin, transplantationskirurgi samt reumatologi vid Karolinska (HSN 2009-10-22)
- Fördjupad uppföljning av barnonkolog, ECMO-Centrum, Gastrocentrum Kirurgi samt vårdkedja för ryggmärgsskadade vid Karolinska (HSN 2009-12-01)
- Månads- och delårsbokslut innehåller uppgifter om budget och uppnådda resultat (volym och kostnader m.m.)

## Uppföljning av vårdval sker utifrån gemensam uppföljningsplan

Uppföljningen av *vårdval* sker utifrån en uppföljningsplan som ingår i regelboken för respektive vårdvalsområde. Uppföljningen utgår ifrån leverantörsuppföljningsmodellen, vilket innebär att uppföljningen struktureras i behov, prestation, kvalitet, kostnader och effekter.

Enligt uppföljningsplanen för höft- och knäprotesoperationer ska patientnöjdhet rapporteras för vårdvalet. Idag finns en patientenkät och det är inte möjligt att i denna särskilja resultaten mellan flerårsavtalspatienter och vårdvalpatienter. För att klara detta krävs två separata enkäter, en till vårdvalpatienter och en till övriga patienter. Sjukhusen menar att två separata enkäter innebär merarbete för sjukhusen. HSNf har uppgett att det räcker med en patientenkät för 2009.

## Lämpligt IT-system vid uppföljning av reoperationer av höft-/knäprotes- operationer saknas

Ett effektmått ur patientperspektiv när det gäller höft- och knäprotesoperationer är "andel reoperationer av primäroperationer inom två år oberoende av orsak". Reoperationer ska göras på sjukhusen. Enligt regelboken ska vårdgivare ta

<sup>17</sup> Anges t.ex. i "uppföljning av flerårsavtal för akutsjukhusen, HSN 0905-0419

<sup>18</sup> AT = allmäntjänstgöring, ST = specialisttjänstgöring



ekonomiskt ansvar för eventuella reoperationskostnader. Det finns dock idag inget lämpligt stödsystem för att ha kontroll över reoperationerna. Mätning och rapportering sker i flera steg och görs delvis manuellt. Andelen reoperationer beräknas till 1,6 % av samtliga operationer inom vårdvalet. Uppföljningen av reoperationer kommer eventuellt att förenklas framöver om uppgifter kan hämtas från en källa. HSNf vill även analysera möjliga orsaker till reoperationer, men det går inte att få fram ur nuvarande beskrivningssystem.

Vid intervjuer framkommer att det kan finna viss risk för glidning när det gäller vårdval höft-/knäledsprotoser. Trycket hos de auktoriserade vårdgivarna är idag stort. I takt med att trycket mattas av när köpuckeln är åtgärdad kan det finnas viss risk för att vårdgivare väljer en lägre ASA-klassificering för att patienten ska ingå i vårdvalet. Det har inte tydligt framkommit om/hur HSN avser att utvärdera effekter av vårdvalet.

HSN har fått rapporter under 2009 om vårdvalet i somatisk specialistvård:

- Uppföljning av vårdval i somatisk specialistvård, lägesrapport efter fyra månader (HSN 2009-06-23)
- Revidering av regelböcker för förlossningsenheter, höft- och knäprotesoperationer, kataraktoperationer och ögonbottenfotografering inför år 2010 (HSN 2009-09-15)
- Månads- och delårsbokslut innehåller uppgifter om budget och uppnådda resultat (volym, kostnader, antal auktoriserade vårdgivare m.m.)

Enligt fullmäktiges direktiv ska landstinget bibehålla totalkostnadskontrollen vid införandet av vårdval. Ersättningsmodellerna för de granskade vårdvalsområdena innehåller inget volymtak. HSN har i bokslut löpande följt utveckling av volymer i de nya vårdvalsområdena. Första halvåret ökade volymerna kraftigt, och i oktober månadsbokslut prognostiserades ett underskott för de båda vårdvalsområdena på ca 90 mkr jämfört med budget<sup>19</sup>.

**Flera problem, t.ex:**

- Krävs manuell hantering för att skilja mellan vårdval och flerårsavtal
- Införande av nytt IT-system ERSMO
- Ej tillräcklig uppgifter om hur vårdgivare ska registrera, redovisa och följa upp vårdval

HSNf har infört en särskild T-kod (tilläggs kod) för manuell registrering för att kunna särskilja flerårsavtalspatient från vårdvalspatient. Rutinen med T-koder gäller både för ortopedi och förlossningsvård. Samma rutin kommer även att gälla under 2010.

Det finns ingen gemensam modell för hur sjukhusen i fakturorna ska särskilja vårdvalet från flerårsavtalet. HSNf kan följa upp vårdvolym totalt för sjukhusen, men måste i övrigt lita på sjukhusens uppgifter. I början var förvaltningen orolig för avvikelser i faktureringen, men man är nu nöjd med att ha hittat en modell för att hantera uppgiften. Den tar dock mycket tid i anspråk.

En del av problemen med fakturakontroller och –uppföljning som HSNf haft under året är kopplat till införandet av nytt IT-system Ersättningsmodell (ERSMO) och Kodservern (innehåller SLL-gemensamma koderna för registrering av uppgifter i sjukvården). HSNf har startat upp ett projekt för att förenkla rapporteringen.

<sup>19</sup> Gäller alla vårdgivare, inte bara sjukhusen

Vid intervjuer framkommer att införande av de båda vårdvalen har skett så snabbt att det fanns oklarheter kring hur registrering, redovisning och uppföljning av ersättningssystemet ska göras. Oklarheter och uppkomna problem får istället lösas i efterhand.

### 4.3 Sjukhusen

Ansvar för inom sjukhusen för att uppfylla kraven i flerårsavtalen och vårdvalen är delegerat till berörda divisions- och klinik/verksamhetschef.

Sjukhusen har haft olika strategier för att informera personalen om de ersättningssystem som klinikerna berörs av. Inom Södertälje sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset har berörd personal fått den information som krävs för korrekt registrering av diagnoser och åtgärder, däremot inget om ersättningssystemens olika regler. Danderyds sjukhus har istället genomfört stormöten för all personal och haft särskilda utbildningsinsatser.

Sjukhusen följer varje månad upp bl.a. vårdvolymerna (t.ex. läkarbesök, vårdtillfällen, operationer och förlossningar), kostnader, vårdintäkter och väntetider. Inom vårdval höft- och knäprotesoperationer följer man även upp ASA-klassificeringen och eventuell ASA-glidning månadsvis. Inom vårdval förlossningsenheter följs bl.a. antalet hänvisningar och hur många som har valt sjukhuset upp. Resultaten diskuteras vid uppföljningsmöten med sjukhusledning/divisionsledning samt internt inom respektive klinik/verksamhet. Sjukhusens styrelser informeras löpande om utvecklingen.

Ortopedkliniken klassificerar patienten preliminärt i någon av ASA-klasserna utifrån den inkommande remissen. Den slutliga bedömningen av ASA-klassificering görs av den behandlade läkaren (ortoped) och narkosläkaren. Ändrad klassificering korrigeras manuellt. Även inom förlossningsvården kan finnas problem att i registreringen kunna särskilja mellan vårdval och flerårsavtalet.

**Koordinatorer och DRG-grupper på sjukhusen följer upp registreringar**

Klinikerna och/eller sjukhusen har särskilda koordinatorer som följer upp och kontrollerar registreringar oavsett om det är vårdval eller flerårsavtal. Sjukhusen har också s.k. DRG-grupper (Diagnos Registrering Grupp) som diskuterar kommande förändringar eller uppkomna problem när det gäller registreringar.

Sjukhusen uppger att de följer landstingets gemensamma regler för kodning av DRG, ASA-klasser eller för olika typer av besök. Företrädare för sjukhusen menar att vikten av att registrera rätt fått ökad förståelse.

**Former för samarbete mellan LS och HSN kan förbättras**

### 4.4 Revisionens kommentarer

LS och HSN har i praktiken ett delat ansvar när det gäller övergripande uppföljning och utvärdering av flerårsavtal och vårdval. LS ansvarar för övergripande utvärderingar av uppnådda resultat av de båda styrmodellerna utifrån ett produktions- och ägarperspektiv. 2009 har ingen utvärdering gjorts av LS/berörda utskott för vårdval eller flerårsavtal. En möjlig förklaring är att förvaltningen under året har genomfört en omorganisation och nya chefer har

tillträtt. Funktionsområdena Produktionssamordning och Utveckling & styrning har inte funnit sina roller ännu. HSN har gjort flera uppföljningar, men än så länge har inga effektutvärderingar gjorts. Både LSF och HSNf planerar utvärderingar för 2010.

LSF (avdelningen för Vårdinformatik) följer upp och kvalitetssäkrar efterlevnaden av beskrivningssystem. Ingen övergripande uppföljning av beskrivningssystemet inom de granskade vårdvalsområdena är genomförd eller planeras.

HSN har det formella ansvaret för avtalsuppföljning vilket också inkluderar det utbildningsuppdrag som regleras i flerårsavtalet respektive regelböckerna. Granskningen har visat att det är otydligt hur dessa krav styrs och följs upp om vårdgivaren omfattas av vårdval.

Ersättningsmodellerna för de granskade vårdvalen innehåller inga volymtak. För att HSN ska bibehålla kostnadskontrollen krävs andra kompletterande system, t.ex. kvalitetssäkrade uppgifter över antal väntande, ökad kontroll av vårdfakturor och kontinuerlig uppföljning.

## **Införande av vårdval har medfört ökad administration för sjukhusen och HSNf**

Införandet av vårdval har medfört merarbete och ökad administration för sjukhusen. Vid införandet av vårdvalen var hanteringen, dvs. hur rapporteringen av vårdvalen skulle ske inte helt klart. Administrationen har ökat även för HSNf vid kontroller och uppföljningar. Journalsystemen på sjukhusen kan inte leverera uppgifter till HSNf:s IT-system i den struktur som önskas av HSNf. Uppföljning av reoperationer i vårdvalet höft-/knäprotesoperationer kräver manuellt arbete eftersom IT-systemen endast ger begränsat stöd. En utvärdering bör göras om de positiva effekterna överstiger den ökade administrationen.

Innan vårdvalet efterfrågades inte systematisk uppföljning av ASA-klasserna och därför saknades jämförelseuppgifter från tidigare år. Utifrån volymer från 2008 års huvudavtal för respektive sjukhus fördes en del volymer över till vårdval. Det är oklart hur kvalitetssäkring av volymfördelningen har gått till, om det nu har varit någon kvalitetssäkring alls.

Sjukhusen har en organisation och rutiner för att följa upp och kvalitetssäkra registreringen i beskrivningssystemet.

Granskningen har visat att det finns komplicerade och/eller otydliga regler för vårdval förlossning, t.ex. kring mödravårdsbesök en vecka för förlossning och då komplikationer uppstår som kräver extra besök. Problemen har uppmärksammats av SPESAK. Det är viktigt att regler förtydligas och om möjligt förenklas.

Revisionskontoret har granskat hur uppföljning och styrning av kvalitetsindikatorer i vårdvalet fungerar i ett särskilt projekt som avrapporteras i februari 2010 (Vårdvalet – hur följer landstinget att vårdgivarna håller god kvalitet?)

## 5. Hur säkerställs uppfyllelse av eftersträvade effekter?

Både flerårsavtal och vårdval syftar till nå en förbättrad vårdkvalitet och tillgänglighet samt mer fokus på resultaten. Flerårsavtalsmodellen betonar bl.a. ökad långsiktighet, möjlighet för sjukhusen att styra sin produktion och för HSN/LS att öka resurser för uppföljning och utvärdering istället för planering/förhandling/avtal.

Vårdvalet trycker på patientens eget val, att fler vårdgivare ökar mångfalden och förbättrar tillgängligheten. De områden som kan vara lämpliga för vårdval är sådana där vården kan bedrivas utanför sjukhusen. När det gäller förlossningar och höft-/knäprotesoperationer omfattar vårdvalet de "friskaste" patienterna.

**Ingen utvärdering av övergripande effekter hittills, planeras under 2010**

Flerårsavtalsmodellen för sjukhusen infördes januari 2009, Vårdval förlossning infördes i mars och höft- och knäprotesoperation i januari 2009. De båda systemen har således varit i drift under knappt ett års tid. Varken LS eller HSN har hittills följt upp övergripande effekter, men uppföljning/utvärdering planeras under 2010 (se avsnitt 4). Nedan kommenteras några av de indikationer som har hittills har uppmärksamats av sjukhusen, LS och/eller HSN

### 5.1 Indikationer på förbättrad tillgänglighet

Båda ersättningssystemen har inneburit att tillgänglighet har fått ökad betydelse och att tillgängligheten i flera delar har förbättrats. Vårdvalet inom ortopedin har inneburit att operationsvolymen inom vårdvalet ökat och köerna minskat.

Sjukhusen har ansvar för att uppfylla vårdgarantin enligt de regler som anges i flerårsavtalet. Om sjukhuset inte uppfyller vårdgarantin kan sanktioner utkrävas enligt de regler som anges i flerårsavtalet.

Landstingets redovisning av andelen väntande till specialistmottagning eller behandling har minskat jämfört med 2008. Redovisningen för november månad visade att SLL uppfyller kraven för att få del av den statliga kömiljarden<sup>20</sup>. Även om redovisningen omfattar fler vårdgivare än sjukhusen så är sjukhusens andel av patienterna stor.

### 5.2 Ökat fokus på vårdens kvalitet

Ersättningssystemen har inneburit ett ökat fokus på kvalitet. I båda vårdvalsområdena och i sjukhusens flerårsavtal finns en uppföljningsbilaga som bland annat innehåller ett antal nyckeltal/parametrar för kvalitet. Flera av kvalitetsindikatorerna är s.k. resultatindikatorer och om vårdgivaren inte uppfyller en bestämd nivå kan sanktioner utkrävas för några av indikatorerna.

Regelboken för förlossning har inneburit en kvalitetshöjning, bland annat beroende på kraven på neonatalvård som ska uppfyllas.

<sup>20</sup> SKL:s hemsida, 2009-02-18

**Vårdval förlossning:  
Högre krav i  
regelboken har lett  
till kvalitetshöjning**

I både flerårsavtal och vårdval ställs krav på att relevanta vårdprogram ska efterlevas. En fördel med vårdval är att det går att ange vilka specifika vårdprogram som ingår. Det gäller dock att uppföljningar görs för att säkerställa efterlevnaden. Granskningen har visat att det förekommer att extra ultraljudsundersökning görs trots att det inte krävs enligt nuvarande vårdprogram. Ett läkarbesök med ultraljud ger högre ersättning än utan ultraljud. Det har inte framkommit vilka grunder som motiverat extra undersökningar, och om/hur vårdkvaliteten påverkas.

Sjukhusens företrädare menar att förutsättningarna för en fungerande samverkan inom förlossningsvårdkedjan kan ha påverkats negativt av vårdvalet. Innan vårdvalet arbetade mödravårdscentraler och sjukhusen närmare varandra i team. Idag kan kvinnorna välja en mödravårdscentral i en del av staden och förlossningsklinik i en annan del. En förlossningsklinik behöver ha en fungerande samverkan med flera mödravårdsenheter, vilket tar både tid och resurser i anspråk.

**Vårdval ortopedi:  
Finns risk att yngre  
patienter opereras  
när "köpuckeln" är  
åtgärdad**

Hittills har trycket på de auktoriserade vårdgivarna i ortopedi varit stort p.g.a. den långa kön av väntande patienter. I takt med att trycket mattas av när köpuckeln är åtgärdad finns risk för att yngre patienter kommer ifråga för operation hos auktoriserade vårdgivare som vill uppnå viss volym. Företrädare för professionen har framfört att det finns en risk för försämrad kvalitet om en patient opereras "för tidigt". Ett sätt att följa upp detta kan vara att analysera ålderstrukturen för de patienter som höft och knäledsopereras.

### 5.3 Fler vårdgivare i ortopedi, inte i förlossningsvård

Vårdvalet inom ortopedin har inneburit att 11 vårdgivare är aktiva vilket är tre fler än före vårdvalet. Vårdvalet har lett till ökat antal operationer och därmed högre kostnader än budget för HSN.

När det gäller vårdval förlossningar har inga nya vårdgivare tillkommit. Två av förlossningsklinikerna (Södertälje sjukhus och BB Stockholm) uppfyllde inte kraven för auktorisation och har istället fått vårdavtal med HSN.

**Vårdval förlossning:**

- **Möjlighet att välja förlossningsklinik fanns även tidigare**
- **Bokningssystem kan ge kvinnorna en falsk bild av garanterad plats**

Sjukhusens företrädare menar att förlossningsvårdvalet i praktiken inte innebär någon större skillnad jämfört med tidigare. Det har även tidigare funnits frihet att välja förlossningsklinik. "Nyheten" i vårdvalet innebär bl.a. att gravida kvinnor i samverkan med MVC kan boka in vid vilket förlossningsklinik/sjukhus man vill föda sitt barn. Det finns dock inget tak på hur många som kan boka sig på samma klinik/sjukhus. Sjukhusen får heller inte neka eller meddela att fler står i kö än vad sjukhuset klarar av. Bokningen innebär således inte att patienten har en garanterad plats, utan när det är dags att föda kan man bli hänvisad till annat sjukhus.

### 5.4 Utnyttjas resurserna bättre eller inte?

De båda vårdvalsområdena i somatisk specialistvård har hittills krävt betydligt ökad administration för såväl sjukhusen som HSNf. Uppföljning av sjukvården kräver många olika registreringar vilket ökar risken för att fel uppkommer. Nuvarande journalsystem klarar inte alltid de krav som ställs på rapportering

och därför krävs manuell hantering. Dessutom krävs information och utbildning av vad som ska registreras och hur detta ska göras. Informationen har kommit sent eller saknats helt.

**Finns komplicerade och detaljerade regler för att få ersättning**

I de granskade vårdvalsområdena finns flera exempel på komplicerade och detaljerade regler för att få ersättning. Regler har tolkats olika. I intervjuer har framförts att det finns risk att reglerna för de båda ersättningssystemen är för komplexa så att överblickbarhet och styreffekter försämras. Ett exempel som förts fram är varför landstinget valt ett så komplicerat ersättningssystem i flerårsavtalet när ramen är given.

Fullmäktige har i budgeten 2010 gett HSN i uppdrag att se över och om möjligt förenkla vårdadministrationen. Detta ska göras i samarbete mellan HSNf och LSF.

**Logik brister i styrningen: Volymtak i flerårsavtal men inte i vårdval**

Flerårsavtalet omfattar mer komplicerad vård jämfört med den vård som bedrivs i vårdvalsområdena. Det finns ett ekonomiskt tak i flerårsavtalet medan den enklare vården enligt vårdval saknar detta. Verksamhetsföreträdare menar att logiken brister i styrningen. Flera tjänstemannagrupper har framfört önskemål och argumenterat för att ett volymtak införs för vårdval förlossningar. Enligt vad vi erfar har HSN hittills avvisat denna tanke.

## 5.5 Revisionens kommentar

Flerårsavtalsmodellen för sjukhusen infördes januari 2009, Vårdval förlossning infördes i mars och höft- och knäprotesoperation i januari 2009. De båda systemen har således varit i drift under knappt ett års tid.

Ingen uppföljning har gjorts av effekter på övergripande nivå, men detta planeras för 2010 av LSF respektive HSNf. Utvärderingsarbetet är fortfarande i ett tidigt planeringsstadium. Det är därför inte klart vilken inriktning och vilken/vilka effekter som ska utvärderas. Det är väsentligt att LS/HSN utifrån sina respektive ansvarsområden utvärderar om ersättningssystemen ger eftersträfvade effekter enligt fullmäktiges beslut.

Den uppföljning som har gjorts hittills har omfattat volymer, kostnader/intäkter, utveckling av vårdtyngd, antal vårdgivare m.m. Uppföljningar har avrapporterats till HSN, sjukhusens styrelser och LS/produktionsutskottet. I de uppföljningar som genomförts har visat indikationer på bland annat följande effekter (som har beskrivits tidigare i avsnitt 5):

- Båda ersättningssystemen har inneburit att tillgänglighet har fått ökad betydelse och att tillgängligheten i flera delar har förbättrats.
- Ersättningssystemen har inneburit ett ökat fokus på kvalitet.
- Fler vårdgivare har tillkommit inom ortopedin, men inte när det gäller förlossningsvården.
- De båda vårdvalsområdena i somatisk specialistvård har hittills krävt betydligt ökad administration vilket innebär att resursutnyttjandet inte har förbättrats