

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-02-04

HSN 1501-0115

Handläggare:
Catharina Lernstad

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2015-03-16, p 4

Förslag att upphandla specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus enligt lagen om valfrihetssystem

Ärendebeskrivning

Ärendet innehåller förslag om att utarbeta två förfrågningsunderlag enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) avseende specialiserad neurologisk rehabilitering och specialiserad kirurgisk rehabilitering i slutenvård efter vård på akutsjukhus.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2015-02-04
PM om förutsättningar för vårdval inom specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus, 2015-02-04, bilaga 1

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i programberedningen för äldre och multisjuka.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* införa vårdval för specialiserad rehabilitering i slutenvård efter vård på akutsjukhus
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med ett förfrågningsunderlag för patienter i behov av specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus
- att* uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med ett förfrågningsunderlag för patienter i behov av specialiserad kirurgisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus
- att* omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Nuvarande avtal avseende uppdraget specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus löper ut den 31 december 2015. En ny upphandling är därför aktuell och förvaltningen har inlett förberedelser för en sådan.

Förvaltningen har för närvarande avtal med fem privata vårdgivare efter den fastprisupphandling som genomfördes enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 2009. Uppdraget innebär att tillhandahålla specialiserad rehabilitering i slutenvård för patienter som inte kan skrivas ut till bostaden och få sitt behov av rehabilitering tillgodosett i öppenvård. Den specialiserade rehabiliteringen är indelad i två uppdrag som utgörs av neurologisk rehabilitering och rehabilitering efter kirurgiska ingrepp. År 2014 utfördes 969 vårdtillfällen inom den neurologiska rehabiliteringen till en kostnad av 89 miljoner kronor. Inom rehabiliteringen efter kirurgiska ingrepp utfördes 2 554 vårdtillfällen till en kostnad av 74 miljoner kronor. Sammantaget utfördes drygt 3 500 vårdtillfällen till en kostnad av 163 miljoner kronor.

Förvaltningen har undersökt förutsättningarna för upphandling enligt LOU respektive LOV och föreslår att uppdragen upphandlas enligt LOV. Det skulle skapa en möjlig flexibilitet för framtiden både vad gäller målgrupper och volymer. Denna möjlighet är önskvärd då den specialiserade rehabiliteringen också har bedömts vara en lämplig mottagare av ytterligare patientgrupper. Det gäller bland annat patienter som skulle kunna flyttas ut från akutsjukhusen för att underlätta genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

Dessutom skulle upphandling enligt LOV stärka patientens delaktighet och möjlighet att välja rehabiliteringsanläggning. En viss svårighet kan uppstå för de mest sjuka att göra väl underbyggda val. För att motverka detta krävs att remitterande vårdgivare särskilt stödjer dessa grupper i deras val. För att skapa kontinuitet och förutsättningar för upprätthållande av patientsäkerheten kommer minimikrav om produktion av vårdtillfällen att behöva ställas.

Kostnaden för ett vårdval för de målgrupper som ingår i nuvarande avtal bedöms huvudsakligen rymmas inom befintlig budget. Bedömningen är att omfattningen av nuvarande målgrupp är stabil och endast förväntas öka långsamt under de närmaste åren.

En eventuell utvidgning av målgrupperna förutsätter dock ny finansiering.

I ett landstingsekonomiskt perspektiv förmodas detta vara ekonomiskt fördelaktigt eftersom rehabiliteringsverksamhet är mindre kostnadskrävande och ersätter den dyrare vården vid akutsjukhusen.

Ekonomiska konsekvenser

Förvaltningens bedömning är att införande av vårdval enligt LOV inte innebär ökade kostnader jämfört med upphandling enligt LOU.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Bifall till förslaget bedöms inte innebära negativa konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Bifall till förslaget bedöms inte innebära negativa konsekvenser för jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser

Bifall till förslaget medför oförändrade konsekvenser för miljön.

Henrik Almkvist
Tillförordnad hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten
Avdelningschef

Särskilda Vårdfrågor
Individuella vårdärenden

PM
2015-02-04

Diarienummer
HSN 1501-0115

PM om förutsättningar för vårdval inom specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
2	BAKGRUND OCH UTGÅNGSPUNKTER.....	4
2.1	Bakgrund och syfte	4
2.2	Vårdområdet – uppdrag, vårdutbud, struktur	4
2.3	Målgrupper	5
2.3.1	Målgrupper neurologisk rehabilitering.....	5
2.3.2	Målgrupper kirurgisk rehabilitering	6
2.3.3	Målgruppernas utveckling	7
2.3.4	Eventuella nya målgrupper	8
2.3.5	Erfarenhet från gällande avtal.....	8
2.3.6	Resursbehov	9
3	MARKNADSLÄGET	9
4	PATIENTERNAS SYNPUNKTER.....	10
5	UPPHANDLINGSFORM.....	11
5.1	Förutsättningar för vårdval	11
5.2	Förutsättningar för upphandling enligt LOU	13
5.3	Sammanfattning av för- och nackdelar	14
6	FÖRVALTNINGENS FÖRSLAG	15
7	KONSEKVENSANALYS.....	15

1 Sammanfattning

Utgångsläge

Nuvarande avtal avseende specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus löper ut den 31 december 2015. Upphandling av nya avtal är därför aktuell. Avdelningen för särskilda vårdfrågor har inlett förberedelser för en sådan upphandling.

Vårdområdet omfattar specialiserad neurologisk rehabilitering samt rehabilitering efter ortopedisk, thoraxkirurgisk och kirurgisk operation. Antalet vårdtillfällen var 3 709 år 2013. För närvarande är fem privata vårdgivare kontrakterade efter den fastprisupphandling som genomfördes 2009. Årskostnaden 2013 var 176 miljoner kronor inklusive 6 % momskompensation.

I förarbetet har det framkommit att det finns behov att komplettera vårdområdet som ett led i överflyttning av vård från akutsjukhusen. Det är faktorer som inte hinner beaktas om upphandlingen ska ske enligt LOU. Avdelningen har därför undersökt förutsättningarna för att införa vårdval inom vårdområdet eftersom det skulle ge ökad flexibilitet vid behov av framtida justeringar.

Avdelningens analys av förutsättningar för vårdval och en jämförelse av för- och nackdelar med vårdval respektive upphandling enligt LOU görs i denna promemoria.

Sammanfattande för- och nackdelar med vårdval/upphandling enligt LOU

Sammanfattande slutsats är att upphandling enligt LOU har fördelar i form av de erfarenheter som finns av upphandling och avtal inom vårdområdet samt att LOU möjliggör en starkare kontroll av totalkostnaderna. LOU är dock mindre lämplig, främst med hänsyn till att målgrupper och uppdrag läses under kommande avtalsperiod (sannolikt 2016 – 2019) i konflikt med de behov som uttryckts i FHS-processen.

Vårdval är, enligt de slutsatser som dras i PM:en, möjligt inom vårdområdet. Vårdval är också ur flera perspektiv önskvärt. Flexibiliteten både vad gäller målgrupp (bredd) och volym är det viktigaste argumentet. Fördelar för patienterna, bl a att informationen till patienten och hans/hennes delaktighet i beslut om sin vård förstärks, har identifierats. En nackdel är att det kan vara svårt för de mest sjuka och personer med kognitiv svikt att göra väl underbyggda val. Slutsatsen är också att det krävs aktiva insatser för att kontrollera totalkostnadsutvecklingen.

Rekommendation

Den samlade slutsatsen är att rekommendera en lösning med vårdval för specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus. Det främsta argumentet för vårdval, vid sidan av att det stärker patientens ställning i vården, är att det

därigenom skapas förutsättningar för fortsatt utveckling av vårdområdet utifrån de behov som identifierats av förvaltningen. Genomförandet av förslaget förutsätter att det skapas förutsättningar för bland annat remittenterna att stötta patienterna som har kognitiv funktionsnedsättning eller har opererats akut i deras val av vårdgivare.

Kostnaden för ett vårdval för de patientgrupper som omfattas av nuvarande verksamhet inom vårdområdet bedöms huvudsakligen rymmas inom befintlig budget. Bedömningen är att omfattningen av nuvarande målgrupp är stabil och endast förväntas öka långsamt under de närmaste åren.

Eventuell utvidgning av målgruppen förutsätter ny finansiering för vårdområdet, men torde i ett landstingsekonomiskt perspektiv vara ekonomiskt fördelaktigt eftersom rehabiliteringsverksamheten som en mindre kostnadskrävande vårdform ersätter den dyrare vården vid akutsjukhusen.

2 Bakgrund och utgångspunkter

2.1 Bakgrund och syfte

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inlett förberedelser för att genomföra en upphandling av specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus.

Tidigare upphandling genomfördes som fastprisupphandling. Avtalsperioden som var 2010-01-01 – 2013-12-31 har förlängts t o m 2015-12-31. Planerad start för den nya avtalsperioden är januari 2016.

Syfte med denna promemoria är att utreda och jämföra upphandlingsformerna upphandling enligt LOU eller införande av vårdval enligt LOV.

2.2 Vårdområdet – uppdrag, vårdutbud, struktur

Specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus omfattar neurologisk rehabilitering och kirurgisk (profilerad) rehabilitering i slutenvård som erbjuds i direkt anslutning till vård på akutsjukhus.

Uppdraget innebär att skapa förutsättningar för så hög hälsorelaterad livskvalitet som möjligt för patienten. Med detta avses att patienten utifrån sina förutsättningar och mål ska uppnå bästa möjliga rehabiliteringsresultat och så hög grad av självständighet som möjligt.

Verksamheten har hitintills strukturerats inom två områden:

- Specialiserad neurologisk rehabilitering som utmärks av komplexa behov och längre vårdtider som normalt ligger mellan 10 – 40 dagar. Uppdraget består av tre delar, nämligen rehabilitering vid: Neurologisk sjukdom/skada (grupp 1), Neurologisk sjukdom (grupp 2) samt multiskada

- Specialiserad kirurgisk (profilerad) rehabilitering efter operativa ingrepp med vårdtider som normalt omfattar 5 – 15 dagar. Undergrupper är ortopedi, thorax och övrig kirurgi.

Avtalsparter inom specialiserad neurologisk rehabilitering är: Rehab Station Stockholm, Stiftelsen Stockholms sjukhem och Stiftelsen Stora Sköndal.

Avtalsparter inom specialiserad kirurgisk (profilerad) rehabilitering är: Capio Rehab Saltsjöbaden, Reaktivering Furuhöjden och Stiftelsen Stockholms sjukhem.

Den sammanlagda kostnaden för verksamheten uppgick 2013 till 176 miljoner kronor inklusive 6 % momskompensation. Antal vårdtillfällen som utfördes samma år var 3 709. Taket för antalet vårdtillfällen enligt gällande avtal är 4 200.

Produktionsvolym och ekonomi (inkl 6% momskompensation) beskrivs utförligare i nedanstående tabell.

Neurologisk rehabilitering	Grupp 1	Grupp 2	Multiskada	Summa
Antal vårdtillfällen - tak enligt avtal	300	600	90	990
Produktion antal vårdtillfällen 2013	243	692	115	1050
Kostnader 2013, mkr	15,7	66,7	17,1	99,6

Kirurgisk rehabilitering	Ortopedi	Thorax	Kirurgi	Summa
Antal vårdtillfällen - tak enligt avtal	1320	1350	540	3210
Produktion antal vårdtillfällen 2013	746	969	944	2659
Kostnader 2013	14,4	22,7	39,7	76,8

2.3 Målgrupper

2.3.1 Målgrupper neurologisk rehabilitering

Målgruppen omfattar patienter som är 18 år eller äldre som efter behandling är inneliggande på akutsjukhus. Specialiserad neurologisk rehabilitering har i gällande avtal följande målgrupper:

- Patienter med maligna eller benigna tumörer i hjärna eller andra delar av centrala nervsystemet och patienter med skador i hjärnan och/eller andra delar av centrala nervsystemet (Grupp 1)
- Patienter med sjukdomar i nervsystemet (med undantag för tumörer och skador) och patienter med sjukdomar i hjärnans kärl (Grupp 2)
- Multiskadade:
 - patienter med symptomgivande samtidiga skador inom två eller flera organsystem
 - patienter med multipla symptomgivande samtidiga skador inom ett organsystem

Rehabiliteringen ska erbjudas i direkt anslutning till vård på akutsjukhus.

Målgruppen avgränsas gentemot andra rehabiliteringsområden genom att bland annat följande patientgrupper *inte* hör till målgruppen: patienter vars rehabiliteringsbehov kan tillgodoses inom primärvårdsrehabilitering liksom patienter vars rehabiliteringsbehov kan tillgodoses inom den geriatriska vården. Inte heller patienter med beräknat rehabiliteringsbehov i slutenvård vid rehabiliteringsenhet understigande 6 dygn avseende neurologisk rehabilitering grupp 1 och 2 och understigande 12 dygn avseende rehabilitering för multiskadade. I vidstående diagram framgår varifrån patienterna till specialiserad neurologisk rehabilitering remitteras.

Nära hälften remitteras från Karolinska sjukhuset, Solna. Övriga fördelas mellan SÖS (17 procent), Karolinska sjukhuset, Huddinge (16 procent), S:t Görans sjukhus (12 procent) och Danderyds sjukhus (6 procent).

Patienternas åldersfördelning är följande:

0 – 19 år 0,5 procent, 20 – 54 år 61 procent, 65 – 79 år 36 procent och 80 år och äldre 2 procent. Könsfördelningen bland patienterna är 46 procent kvinnor och 54 procent män.

Medelvårdtiderna 2013 var:

- Grupp 1: 12 vårddygn
- Grupp 2: 18 vårddygn
- Multiskadade: 28 vårddygn.

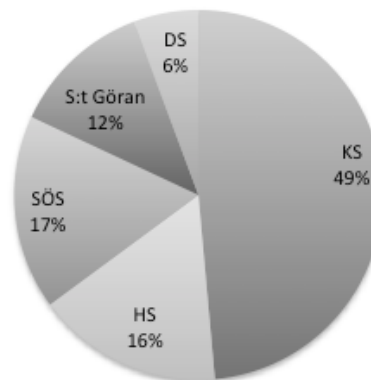
Noterbart är att medelvårdtiderna har sjunkit avsevärt under aktuell period jämfört med föregående avtalsperiod. Ett bakomliggande skäl till detta är den nya ersättningsmodell som infördes från och med 2010. Vid en granskning av journaler inom neurologisk rehabilitering som genomfördes 2010/2011 har dock inte påvisats någon kvalitetsförsämring. Ändringarna kan enligt den genomförda studien främst tillskrivas effektivare vårdformer och en mer strukturerad rehabiliteringsprocess. Detta konstaterande gäller även den målgrupp som faller under kirurgisk rehabilitering.

2.3.2 Målgrupper kirurgisk rehabilitering

Målgruppen omfattar patienter som är 18 år eller äldre som efter behandling inneliggande på akutsjukhus¹ är i behov av specialiserad kirurgisk rehabilitering:

¹ Inklusivt Ersta Sjukhus

Remitteringar till specialiserad neurologisk rehabilitering, 2013



- Patienter som efter genomgången *ortopedkirurgisk* behandling på akutsjukhus är i behov specialiserad rehabilitering i slutenvård och patienter som vårdats på ortopedkirurgisk klinik efter skador i rörelseorganen och som är i behov av specialiserad rehabilitering i slutenvård.
- Patienter som efter genomgången *thoraxkirurgisk* behandling på akutsjukhus är i behov specialiserad rehabilitering i slutenvård.
- Patienter som efter genomgången övrig *kirurgisk* behandling på akutsjukhus är i behov specialiserad rehabilitering i slutenvård

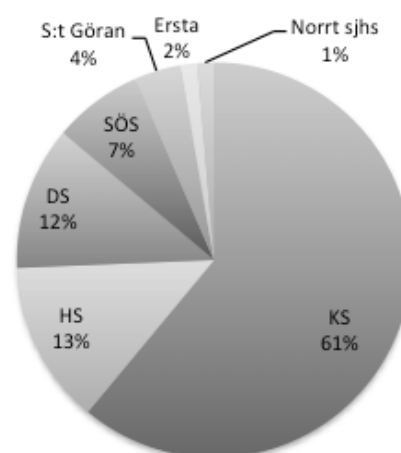
I vidstående diagram framgår varifrån patienterna till kirurgisk (profilerad) rehabilitering remitteras. Cirka 60 procent remitteras från Karolinska sjukhuset, Solna. Övriga fördelas mellan Karolinska sjukhuset, Huddinge (13 procent), Danderyds sjukhus (12 procent), SÖS (7 procent), S:t Görans sjukhus (4 procent), Ersta Sjukhus (2 procent) och Norrtälje sjukhus (1 procent).

Patienternas åldersfördelning är följande: 0 – 19 år 0,2 procent, 20 – 54 år 38 procent, 65 – 79 år 49 procent och 80 år och äldre 13 procent. Könsfördelningen bland patienterna är 52 procent kvinnor och 48 procent män.

Medelvårdtiderna 2013 var:

- Ortopedi: 6 vårddygn
- Thorax: 5 vårddygn
- Kirurgi: 8 vårddygn.

Remitter till profilerad rehabilitering, 2013



2.3.3 Målgruppernas utveckling

Det råder osäkerhet om hur nuvarande målgrupper kommer att utvecklas volymmässigt framöver. Volymen påverkas av demografiska faktorer som talar för en viss ökning. Det faktum att äldre i allt högre grad är vitala medverkar till att denna effekt delvis skjuts framåt i tiden. Nya medicinska behandlingsmetoder, exempelvis dagkirurgi, bedöms delvis få motsatt effekt. Samtidigt förväntas fler äldre kunna opereras på grund av nya metoder.

Förvaltningens bedömning är att det sannolikt kommer att ske en viss men begränsad ökning av nuvarande målgrupper under de närmaste tre till fem åren.

Efterfrågan på vårdområdet kommer även sannolikt att påverkas av effekterna av Nya Karolinska sjukhuset och planen för Framtidens hälso- och sjukvård eftersom de berörda rehabiliteringsenheterna är mottagare av patienter från akutsjukhusen.

2.3.4 Eventuella nya målgrupper

Förändringar i vårdområdets målgrupper kan ske både genom att patienten skrivs in tidigare i vårdprocessen och att målgruppen breddas till fler diagnoser.

I den framtida sjukvården ska enligt Framtidsplanen människor erbjudas vård utifrån sina samlade behov, dvs. medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån individens funktionsförmåga. Den vård som inte behöver akutsjukhusens resurser ska om möjligt bedrivas utanför dessa. Det har konstaterats att det finns patientgrupper, för vilka det idag saknas en lämplig vårdform.

Förvaltningens analys är att vårdområdet kan komma att påverkas av de patienter som faller under begreppet "avancerad eftervård". Huvudinriktningen i omhändertagandet av denna grupp är avancerad omvårdnad utifrån ett rehabiliterande synsätt. Hit hör bland annat patienter i subakut fas såsom exempelvis:

- Den svårt sjuke patienten som är medicinsk utredd och färdigbehandlad inom respektive specialistklinik inom slutenvården och fortfarande kräver dygnet runt vård i form av avancerade omvårdnadsinsatser av specialistkompetenta och/eller tekniskt kunniga och erfarna sjuksköterskor.
- Patienter med flera komplicerade diagnoser och som kan ha genomgått stora kirurgiska ingrepp.

Vårdområdet kan även komma att behöva beakta patienter med behov av specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus som ännu inte är i rehabiliteringsfas. Det kan röra sig om patienter som är medicinsk stabila, men inte är helt medicinskt färdigbehandlade. Dessa patienter kan ha behov av t ex intravenös läkemedelsbehandling, TPN (total parenteral nutrition), dränage- och sårvård, behandling med näringssond, stomivård samt tracheostomi.

Dessa frågeställningar kommer inte att hinna beaktas i pågående arbete med förfrågningsunderlag.

2.3.5 Erfarenhet från gällande avtal

Erfarenheter under den pågående avtalsperioden har pekat på behov att specificera vissa av de aktuella patientgrupperna ytterligare. Bland annat finns behov att införa en kategori för multiskadade patienter även inom kirurgisk (profilerad) rehabilitering. Detta kan exempelvis avse symptomgivande samtida skador/sjukdomar inom två eller flera organsystem och multipla symptomgivande samtida skador/sjukdomar inom ett organsystem utan skador i det centrala nervsystemet. Behov finns också att justera målgruppen med behov av specialiserad neurologisk rehabilitering bland annat avseende patienter med benigna respektive maligna tumörer i hjärnan. Det bör även tydliggöras att gruppen multiskadade avser patienter som efter trauma drabbats av skada i hjärnan.

2.3.6 Resursbehov

Som nämnts är det förvaltningens bedömning att målgruppen kommer att öka endast svagt under de närmaste tre – till fem åren, under förutsättning att målgruppen inte breddas eller utökas. Inom ramen för det arbete med förfrågningsunderlag som inletts har även identifierats behovet att förtydliga och på vissa områden förstärka kraven på vårdgivarna. Det gäller exempelvis kraven på personal och kompetens.

Konsumtionsmönstret av vårdområdet under innevarande avtalsperiod har förändrats. Bland annat har antalet patienter efter kirurgisk behandling ökat medan patienter efter ortopedisk behandling minskat. Omfördelning av produktionsvolymerna får effekter på totalkostnaden. Ersättningen för vissa uppdrag, bland annat inom området ortopedi, är förhållandevis låg och kan behöva justeras. Förvaltningens bedömning är att resursbehovet kommer att öka de närmaste åren för den redan etablerade målgruppen. Frågan om eventuella nya målgrupper är inte färdigutredd.

3 Marknadsläget

Under innevarande avtalsperiod bedrivs specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus av fem aktörer avseende sammanlagt sex avtal:

- Capio Rehab Saltsjöbaden (kirurgisk rehabilitering)
- Furuhöjden Reaktivering (kirurgisk rehabilitering)
- Rehab Station Stockholm (neurologisk rehabilitering)
- Stiftelsen Stockholms sjukhem (neurologisk och kirurgisk rehabilitering)
- Stiftelsen Stora Sköndal (neurologisk rehabilitering)

Föregående upphandling resulterade i att två aktörer (Ersta sjukhus och Röda korsets sjukhus) som tidigare bedrivit den aktuella verksamheten avstod från att lägga anbud.

Varje avtal omsätter i snitt ca 30 miljoner kronor, vilket enligt förvaltningens bedömning är en relativt lagom verksamhetsvolym för att upprätthålla den bredd i kompetens och utrustning som verksamheten förutsätter. Vårdgivarna har vardera mellan 15 och 20 vårdplatser.

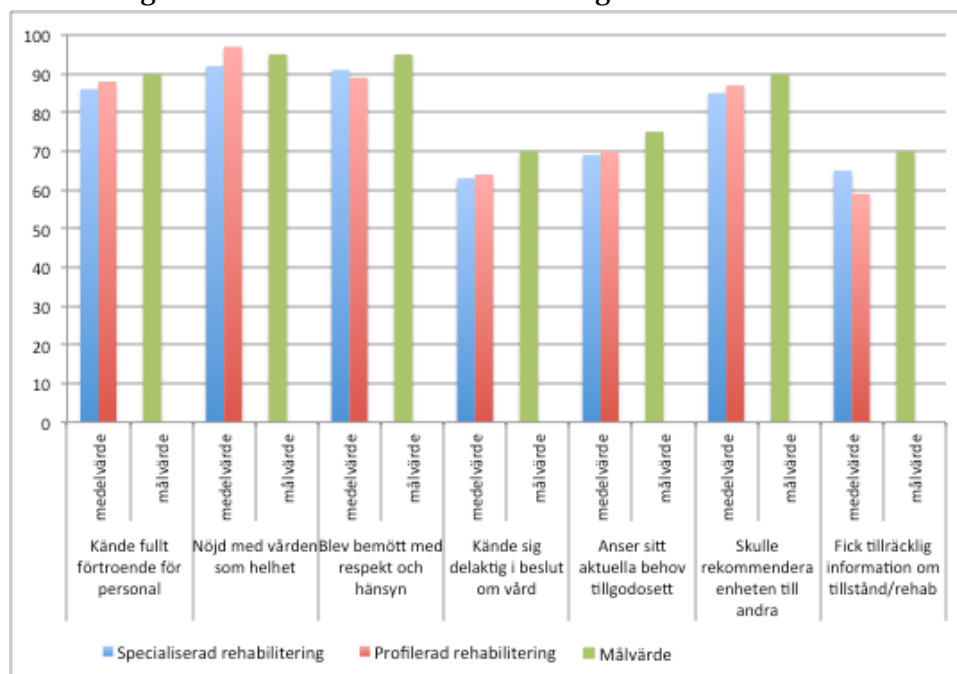
Den 15 oktober 2014 träffade förvaltningen nuvarande och presumtiva vårdgivare för en hearing. Hearingen gav vid handen att minst 6 – 7 vårdgivare är intresserade av att delta i kommande upphandling eller vårdval. Vid hearingen framkom bland annat att nuvarande struktur på uppdragen med uppdelning mellan neurologisk och kirurgisk rehabilitering är lämplig ur ett vårdgivarperspektiv. Synpunkter lämnades att specificeringen av målgrupper på några områden behöver ses över. Bland annat efterfrågas möjligheter att kunna vårda patienter även inom den kirurgiska målgruppen med mer omfattande vårdbehov. Det angavs även att den

minsta vårdtid som krävs för att få ersättning kan få oönskade effekter. Det vanligaste skälet till att minimitiden underskrids är att patienten måste återinskrivas på akutsjukhus. Flertalet vårdgivare är positiva till att uppdraget vidgas till nya målgrupper inom kategorin avancerad eftervård/stödande vård. Det framgick även att flertalet av vårdgivarna är positiva till vårdval för vårdområdet. I andra hand förordas att upphandlingen genomförs som en fastprisupphandling med utvärdering av kvalitetskriterier.

4 Patienternas synpunkter

Patienternas nöjdhet med vården mäts återkommande genom patientenkäter. Resultatet för ett urval av frågorna redovisas i nedanstående diagram.

Av diagrammet framgår att bägge rehabiliteringsformerna har höga värden för flertalet parametrar förutom patientens känsla av delaktighet i beslut om vård. Även i frågan om *information* till patienten finns en förbättringspotential.



5 Upphandlingsform

5.1 Förutsättningar för vårdval

Förvaltningen har låtit genomföra ett vårdvalstest som omfattar den nuvarande målgruppen. Slutsatser från genomfört vårdvalstest återges i nedanstående tabell.

	<i>Specialiserad neurologisk rehabilitering</i>	<i>Specialiserad kirurgisk (profilerad) rehabilitering</i>
Är Vårdval möjligt?		
1. Är vårdvolymerna är tillräckligt stora?	Ja, fungerar idag	Ja, fungerar idag
2. Går vårduppdraget att beskriva och följa upp?	Ja	Ja
3. Går det att behålla eller utveckla våldsambanden?	Ja	Ja
4. Går det att behålla kostnads kontroll?	Ja, under förutsättningar att förfrågningsunderlaget är tydligt vad gäller målgrupp och intagningskriterier.	Ja, under förutsättningar att förfrågningsunderlaget är tydligt vad gäller målgrupp och intagningskriterier
5. Är "trösklarna" för nya vårdgivare tillräckligt låga?	Verksamheten kräver en viss omfattning och godkännandekriterierna och uppdraget bör utformas utifrån detta.	Verksamheten kräver en viss omfattning och godkännandekriterierna och uppdraget bör utformas utifrån detta.
6. Är det möjligt att sätta och underhålla ett rimligt pris?	Ja, priser sattes i nuvarande upphandling	Ja, priser sattes i nuvarande upphandling
7. Kan vi säkerställa att förutsättningarna för FoUU verksamheterna inte försämras?	Ja, tillräckliga krav kan inkluderas i förfrågningsunderlaget	Ja, tillräckliga krav kan inkluderas i förfrågningsunderlaget
Innebär ett vårdvalssystem en förbättring?		
8. Kan ett vårdvalssystem stärka patienternas möjlighet att välja och påverka sin vård på ett önskvärt sätt?	Ja, vårdval kan bidra till förbättring på de områden där det finns en potential enligt patientenkäterna. För vissa patienter med neurologisk sjukdom eller kognitiva funktionsnedsättningar bör remittenten aktiveras för att stödja patientens val.	Ja, vårdval kan bidra till förbättring på de områden där det finns en potential enligt patientenkäterna. För akut opererade patienter bör remittenten aktiveras för att stödja patientens val.

PM
 2015-02-04

 Diarienummer
 HSN 1501-0115

9. Kan ett värvalssystem vara ett ändamålsenligt verktyg för att utveckla vårduppdraget?	Ja, flexibilitet uppnås för att justera uppdrag och eller tillföra nya målgrupper.	Ja, flexibilitet uppnås för att justera uppdrag och eller tillföra nya målgrupper.
10. Finns en önskan att öka antalet verksamma vårdgivare inom området? Är ett värvalssystem ett lämpligt verktyg för att åstadkomma detta?	Ja. Nuvarande volym är tillräcklig med tre vårdgivare, utökad volym ger möjlighet att öka antal vårdgivare	Ja. Nuvarande volym är tillräcklig med tre vårdgivare, utökad volym ger möjlighet att öka antal vårdgivare
11. Finns det brister vad gäller tillgängligheten inom vårdområdet? Är i så fall ett värvalssystem bästa sättet att råda bot på detta?	Inga köer idag.	Inga köer idag.
12. Finns det ett väsentligt behov av kontinuitet mellan patient och vårdpersonal? Är i så fall ett värvalssystem det bästa sättet att trygga denna kontinuitet?	Nej, ett väsentligt behov av kontinuitet mellan patient och vårdpersonal föreligger inte.	Nej, ett väsentligt behov av kontinuitet mellan patient och vårdpersonal föreligger inte.

Värvalstestet har givit vid handen att det finns ett frågetecken som måste hanteras vid ett införande av värval. Frågetecknet avser de patienter som av kognitiva eller andra skäl har svårt att göra ett väl övervägt val av vårdgivare. Det bör därför vid ett värval skapas förutsättningar att stötta patienterna som har kognitiv funktionsnedsättning eller har opererats akut vid valet av vårdgivare. Exempel på en sådan lösning finns inom ASIH där remittenterna aktiveras för att bistå med information och underlätta patientens val. Detta är ett merarbete för remittenten vid akutsjukhuset, men det kan bedömas uppvägas av dennes intresse av en snabb och säker överföring av patienter så snart de har kommit i rehabiliteringsfas.

Patienten kan endast välja mellan de vårdgivare som har en plats ledig. Patienten kan aldrig ligga kvar på sjukhuset i väntan på att en plats blir ledig hos en specifik vårdgivare. Inom vårdvalet för ASIH tillämpas en lösningen för detta som baseras på att endast de vårdgivare som har ledig kapacitet inom stipulerad tidsrymd är valbara i realtid.

Testet har även fäst uppmärksamhet på behovet att förfrågningsunderlaget vid värval måste vara särskilt tydligt vad gäller målgrupp och kriterier eftersom det är mer komplext att konstruera tak för vårdgivarnas produktionsvolym. Vårdvalet inrymmer därför en risk avseende totalkostnadens utveckling. I detta fall finns en inbyggd spärr i det faktum att samtliga patienter ska ha remiss. Erfarenheterna under de senaste åren pekar inte på att det för de existerande målgrupperna finns ett uppdämt behov. Snarare ligger produktionen under taket.

PM
2015-02-04

Diarienummer
HSN 1501-0115

Ett vårdval kan samtidigt ge förutsättningar för utskrivning från akutsjukhus utifrån det faktiska behovet av platser för rehabilitering och inte efter ett förutbestämt tak.

Det är vidare viktigt med vård samband mellan akutsjukhusen och rehabiliteringsvårdgivaren. Detta tar lång tid att bygga upp och bygger också på personliga relationer och bra rutiner. Detta talar för vårdval eftersom vårdgivarna i denna modell kan erbjudas mer långsiktiga verksamhetsförutsättningar.

Om nya målgrupper ska adderas är detta ett beslut i sig och som i så fall regleras efter vilka resurser som finns att tillgå. Det finns även skäl att erinra att värddygnskostnaden i denna vårdform i snitt är ca 5 000 kronor, således avsevärt lägre än vid akutsjukhusen.

Sammanfattningsvis är för- och nackdelarna med vårdval inom vårdområdet följande:

Fördelar:

- Möjligheten till förstärkt valmöjlighet är en positiv faktor för ett flertal av de berörda patienterna.
- Informationen till patienten och hans/hennes delaktighet i beslut om sin vård förstärks.
- Vårdområdet kan utvecklas mer flexibelt framöver och bland annat anpassas till de behov som identifierats inom ramen för FHS skapas.
- Möjligheten till flexibilitet erhålls både vad gäller målgrupp (bredd) och volym
- Det skapas bättre förutsättningar för kontinuitet på vårdgivarsidan. Detta är även positivt för relationerna mellan rehabiliteringsverksamheterna och remittenterna.

Nackdelar:

- Det kan vara svårt för svårt sjuka och personer med kognitiv svikt att göra väl underbyggda val i en situation där utskrivning från akutsjukhuset påskyndas. Det förutsätter i sådana fall ett aktivt stöd från remittentens sida och att det finns plats på vald enhet.
- Aktiva insatser krävs för att kontrollera totalkostnadsutvecklingen.
- Volymen är begränsad. Om den delas upp på för många vårdgivare vid fri etablering finns risker för försämrat ekonomiskt underlag för vårdgivarna med risker för sänkt kvalitet på sikt. Det är viktigt med en verksamhetströskel som gör det möjligt för vårdgivarna att upprätthålla kravställd kvalitet och bredd i verksamheten.

Sammanfattande slutsats är att ett vårdval är möjligt inom vårdområdet och ur flera perspektiv önskvärt, med flexibiliteten som det viktigaste argumentet.

5.2 Förutsättningar för upphandling enligt LOU

Denna särskilda vårdform har upphandlats enligt LOU under lång tid. Landstinget bedriver inte heller någon motsvarande verksamhet i egen regi.

Sammanfattande för- och nackdelar med upphandling enligt LOU är följande:

Fördelar:

- Inom förvaltning finns god erfarenhet och uppbyggda rutiner för att fortsättningsvis grunda verksamheten på avtal som upphandlas enligt LOU
- Erfarenheterna från nuvarande upphandlingsmodell baserat på fastprisupphandling, uppdragsbeskrivning, ersättningsmodell mm är i all huvudsak positiva och kan ligga till grund för en förnyad upphandling.

Nackdelar:

- Målgrupper och uppdrag låses under kommande avtalsperiod (sannolikt 2016 – 2019).
- Nuvarande struktur och lokaliseringsmönster i regionen cementeras fram till nästa upphandlingstillfälle.
- Vårdsamband riskerar att brytas vid upphandlingstillfällena.

En slutsats som dragits i analysen är att om en upphandling av LOU ska genomföras måste en kortare avtalstid än normalt tillämpas. Med hänsyn till de nya målgrupper som förvaltningen bedömer blir aktuella handlar det om idealt två, maximalt tre år. Sådana korta avtalstider genererar merarbete både för beställare och utförare. Kort avtalstid medför också större ekonomisk risk för utförarna och utgör en broms för önskvärda investeringar i utrustning och humankapital.

Sammanfattande slutsats är att upphandling enligt LOU är möjlig inom vårdområdet men mindre lämplig främst med hänsyn till den omvandling av vårdstrukturen som inletts.

5.3 Sammanfattning av för- och nackdelar

	<i>LOU</i>	<i>LOV</i>
Patientens perspektiv	+ Verksamheten kan baseras på stabila och trygga enheter om nuvarande vårdgivare erhåller uppdraget. - Valmöjligheterna avgränsas	+ Ger de flesta patienterna större möjligheter att välja vårdgivare efter sina preferenser + Ökad kompetens bland vårdgivarna när de erbjuds mer långsiktiga verksamhetsvillkor - Vissa patientgrupper i målgruppen har svårigheter att göra väl informerade och övervägda val. Detta ställer ökade krav på remittenten att i särskilda situationer företräda patientens intresse.
Vårdgivarens perspektiv	+ Antalet aktörer regleras vilket får till följd att patientvolymerna inte späds ut om fler vårdgivare väljer att etablera sig inom området.	+ Vårdgivarna kan genom vårdval erbjudas mer långsiktiga verksamhetsförutsättningar även vid avtal + Ökad kontinuitet i vårdsambanden + Vårdval kan indirekt medverka till en ökad specialisering bland vårdgivarna om denna slår igenom i patienternas val

	<ul style="list-style-type: none"> - Återkommande upphandling utgör ett stort risktagande vilket skapar negativa incitament för investeringar och kompetensutveckling - Risker förknippade med nya vårdgivare och nya våldsamband 	<ul style="list-style-type: none"> - Ökade skyldigheter att tillgodose patienterna med saklig information
Beställarens perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> + Priser och volymer kan regleras vilket vid upphandling enligt LOU ger ökad kontroll över totalkostnaderna. + Den tillgänglighet som finns blir tydligare för remittenten. 	<ul style="list-style-type: none"> + Ändrade vårdmetoder och förändringar i vårdområdets gränssnitt gör det önskvärt att kunna anpassa ersättningen fortlöpande. + Behovet att utveckla avtalen till att omfatta avancerad eftervård tillgodoses genom den flexibilitet som erbjuds med vårdvalsmodellen.
	<ul style="list-style-type: none"> - Priser, målgrupper och tjänster är låsta under avtalsperioden vilket står i konflikt med det behov av flexibilitet som krävs under de närmaste åren. 	<ul style="list-style-type: none"> - Totalkostnaderna är känsliga för oväntade volymförändringar i målgruppen.

6 Förvaltningens förslag

Förvaltningens samlade förslag är att rekommendera en lösning med vårdval för specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus.

Det främsta argumentet för vårdval, vid sidan att det stärker patientens ställning i vården, är att det därigenom skapas förutsättningar för fortsatt utveckling av vårdområdet.

Genomförandet av förvaltningens förslag förutsätter att det skapas förutsättningar bland remittenterna att stötta patienterna som har kognitiv funktionsnedsättning eller har opererats akut i deras val av vårdgivare.

7 Konsekvensanalys

Ekonomiska konsekvenser

Kostnaden för ett vårdval för de patientgrupper som omfattas av nuvarande verksamhet inom vårdområdet bedöms huvudsakligen rymmas inom befintliga uppdrag. Förvaltningen gör bedömningen att omfattningen av nuvarande målgrupp är stabil och endast förväntas öka långsamt under de närmaste åren. Vårdgivarna har under de senaste åren inte nått upp till produktionstaket. För vården vid de berörda enheterna krävs remiss. Vid vårdval kommer målgrupper och intagningskriterier preciseras för att tydliggöra gränssnitten gentemot näraliggande vårdformer.

En mindre justering av målgruppen bör göras vilket innebär en mindre kostnadsökning. Denna justering är den samma oavsett upphandlingsform.

PM
2015-02-04

Diarienummer
HSN 1501-0115

Eventuell utvidgning av målgruppen förutsätter ny finansiering för vårdområdet, men torde i ett landstingsekonomiskt perspektiv vara ekonomiskt fördelaktigt eftersom rehabiliteringsverksamheten som är en mindre kostnadskrävande vårdform ersätter den dyrare vården vid akutsjukhusen.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Införande av vårdval bedöms inte innebära negativa konsekvenser för jämställd och jämlik vård.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Införande av vårdval bedöms inte innebära negativa konsekvenser för patientsäkerheten.

Miljökonsekvenser

Beslutet medför oförändrade konsekvenser för miljön.