

Ekonomi *på tvären*

Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning

Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel,
Jon Rognes, Hans Winberg





ISBN: 978-91-980169-1-8

Utgiven av tankesmedjan Leading Health Care (LHC)

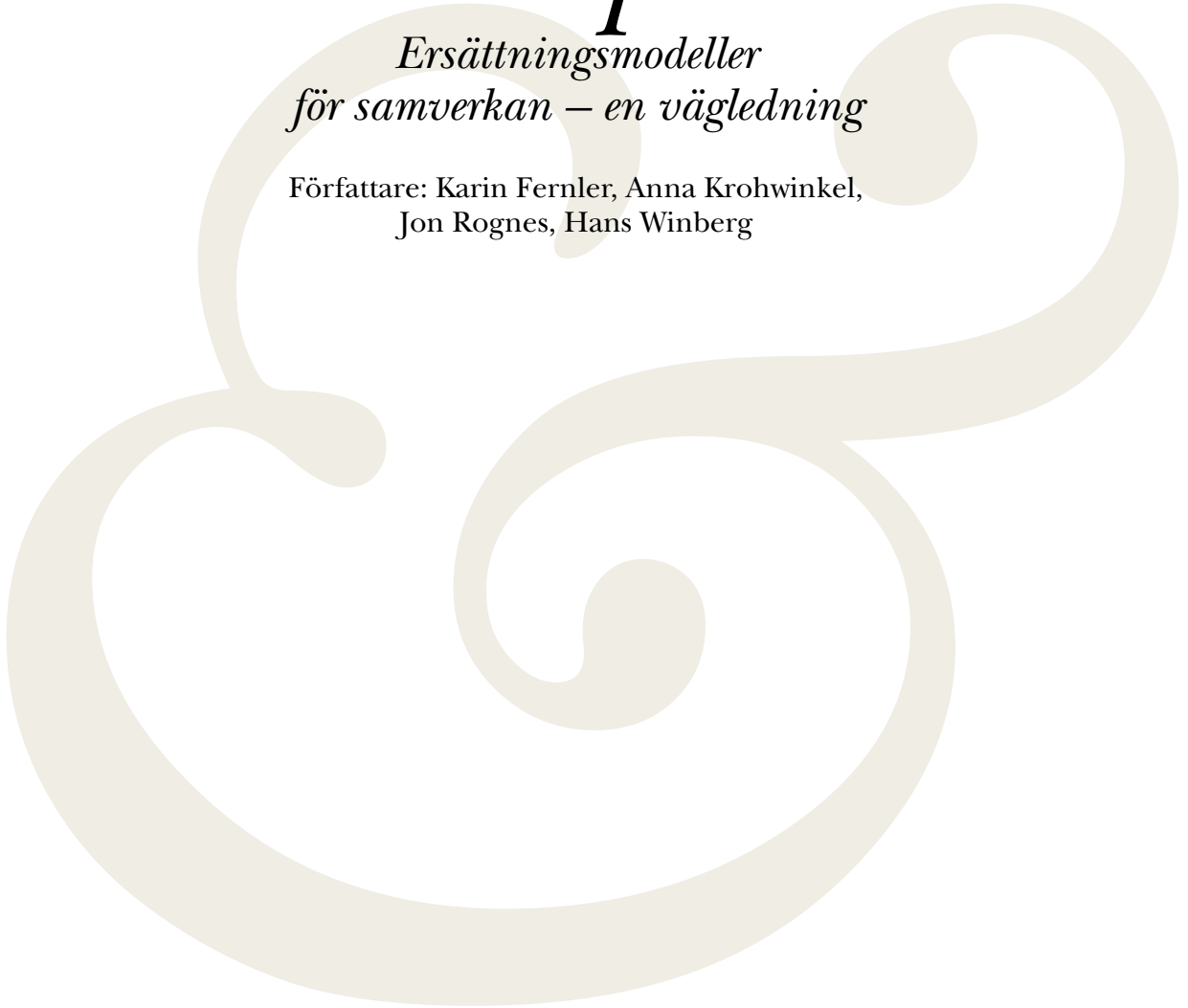
Grafisk form: Cecilia Kusoffsky

Tryck: Modintryckoffset 2014

Ekonomi *på tvären*

*Ersättningsmodeller
för samverkan – en vägledning*

Författare: Karin Fernler, Anna Krohwinkel,
Jon Rognes, Hans Winberg





Innehåll

Förord	7
Sammanfattning	11
Vägledningens huvudpunkter	12
1. EN VÄGLEDNING I ATT ERSÄTTA FÖR SAMVERKAN	17
Stort intresse kring ersättningssystem för samverkan – men begränsad kunskap	17
Det finns ersättningsprinciper för samverkan	18
...men de måste anpassas lokalt	18
Tänk på samspelet med andra styrsystem	19
Det finns fler mål än samverkan	19
2. SAMVERKANSPROBLEMET	20
Samverkan kring mest sjuka äldre – vad är problemet?	21
Komplexa patienter prioriteras ned	21
Komplexa patienter faller mellan stolarna	22
Ingen tar helhetsansvar för komplexa patienter	23
Att styra mot samverkan	23
Reglering	24
Kunskapsstyrning	24
Professionella normer och ledarskap	24
Ekonomistyrning som komplement	25
3. ERSÄTTNING SOM STYRMEDEL	26
Ersättningsformer, ersättningsmodeller och ersättningssystem	27
Grundläggande ersättningsformer	28
Fast ersättning	28
Rörlig ersättning	29
Måbrelaterad ersättning	30
Ekonomistyrningen fungerar ofta avgränsande	32

4. ERSÄTTNING FÖR SAMVERKAN	34
Viktning	36
<i>Viktning av fast ersättning</i>	37
<i>Viktning av rörlig ersättning</i>	37
<i>Viktning av målrelaterad ersättning</i>	37
Aggregering	38
<i>Aggregering av fast ersättning</i>	39
<i>Aggregering av rörlig ersättning</i>	39
<i>Aggregering av målrelaterad ersättning</i>	40
Direkt ersättning för samverkan	40
<i>Fast direkt ersättning för samverkan</i>	41
<i>Rörlig direkt ersättning för samverkan</i>	42
<i>Målrelaterad direkt ersättning för samverkan</i>	42
För- och nackdelar med olika sätt att ersätta för samverkan	44
<i>För- och nackdelar med viktning</i>	44
<i>För- och nackdelar med aggregering</i>	44
<i>För- och nackdelar med direkt ersättning för samverkan</i>	47
Alltför snäva ersättningsmodeller hindrar samverkan	48
<i>Är det conformance eller performance som ska uppnås?</i>	50
<i>Flexiblare ekonomistyrning kan ge motivation, men förutsätter en viss riskvillighet</i>	51
<i>Ersättningsnivån kan påverka utrymmet för samverkan</i>	51
5. ÖNSKVÄRD UTVECKLING AV ANNAN STYRNING	55
Förbättra förutsättningarna för bredare helhetslösningar	55
<i>Möjlighet att formulera bredare uppdrag</i>	55
<i>Möjlighet att erbjuda och välja helhetslösningar</i>	56
<i>Beskrivning och uppföljning av bredare helheter</i>	56
Styrssystem samverkar – och motverkar	58
Effekter i teorin och i praktiken	58
6. REFERENSER	60
Om Leading Health Care	61
<i>Vill du veta mer?</i>	61
Checklista för utveckling av ersättningssystem för samverkan	62





Förord

Rapporter om patienter som fallit mellan stolarna i vården och omsorgen är tämligen vanliga. Ofta talar vi om stuprören i olika verksamheter, med innebörden att kopplingarna mellan dem är svaga. Men vilka är egentligen bristerna? Ett område som identifierats är sätten vi fördelar pengarna på. I din hand håller du en vägledning för alla som vill utforma ersättningssystem som stödjer den samverkan mellan vård- och omsorgsenheter som människor med sammansatta behov behöver.

Vi frågar oss i denna skrift vad ekonomiska modeller för ersättning syftar till. Är det conformance – följsamhet till modellerna – eller performance – verksamhetens resultat – vi främjar? Svaret avgör i vilken mån modellerna ska ge utrymme för anpassning till lokala förutsättningar och sammanhang.

Bakgrunden är ett uppdrag från Socialdepartementet som Stiftelsen Leading Health Care (LHC) fick sommaren 2011, som en del i regeringens äldresatsning. Första steget i detta arbete redovisades i en litteraturöversikt på området ekonomisk styrning mot samverkan. Där konstaterade vi att det område som på fackspråk kallas horisontell ekonomistyrning i det närmaste var en vit fläck inom såväl vård som omsorg.

År 2011 fick LHC förnyat uppdrag att gå vidare med empiriska studier som kan ge underlag för utveckling av ersättningssystemen. I den företagsekonomiska forskningen kring ekonomistyrning är det väl belagt att all sådan styrning måste utgå från den verksamhet som ska styras och de mål som ska uppnås. Under hösten 2012 presenterades fyra delrapporter som utifrån olika infallsvinklar belyser hur dagens ekonomiska styrsystem påverkar den vård och omsorg som ges.

Under 2013 har vårt fokus legat på att ta fram principer för ekonomisk styrning som kan ge stöd åt beställare av vård och omsorg i deras fortsatta arbete med att utveckla ersättningssystem för samverkan. Vi har också arbetat brett med att pröva dessa principer mot vardagens krav på landsting och kommuner såväl som olika utförare av vård och omsorg. En extern referensgrupp har samlats vid flera tillfällen under arbetet samt läst och kommenterat denna text.

Tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vi genomfört workshops med en grupp kommuner. Vi har presenterat arbetet vid ett antal konferenser med både ekonomiexperter och bredare målgrupper inom äldre- och omsorg. Slutsatser från alla delstudier och erfarenheterna från de breda dialogerna sammanfattas i denna skrift.

Vägledningen hoppas vi är ett användbart verktyg för dem som vill ta fram ersättningssystem för samverkan. Den primära målgruppen är därför de tjänstemän i kommuner och landsting som utformar ersättningsmodeller för specifika vård- och omsorgstjänster. Ett viktigt skäl att ha fokus på de olika huvudmännen är, som visats i bland annat LHC:s tidigare arbete, att ett enhetligt ersättningssystem på nationell nivå kan komma i konflikt med behov av anpassning till lokala mål och prioriteringar för vården och omsorgen. En andra målgrupp är tjänstemän på nationell nivå, vid departement och statliga myndigheter. Här bidrar vägledningen till diskussioner om hur ekonomiska incitament på central nivå interagerar och bör interagera med varierande lokala utformningar av vård och omsorg i landets kommuner och landsting. Självfallet önskar vi också att ansvariga politiker läser och får ett stöd i att förstå hur deras vilja kan omvandlas till verksamhet av förvaltningarna.

Vi vill rikta ett stort tack för alla konstruktiva och utvecklande kommentarer och synpunkter vi fått under resans gång! Speciellt vill vi tacka Eva Nilsson Bågenholm och Gert Knutsson, våra uppdragsgivare på Socialdepartementet. Tack också till Greger Bengtsson på SKL, som engagerat oss i flera samlingar med olika kommuner och landsting. Och till vår referensgrupp (se nedan) som delat med sig av både tid, erfarenheter och återkoppling på innehållet i denna skrift.

Stockholm i januari 2014

Hans Winberg, Ek Lic

Generalsekreterare

Stiftelsen Leading Health Care

Tidigare publikationer i projektet

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC-rapport nr 1 2012.

Hagbjer, Eva. *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. LHC-rapport nr 5 2012.

Thoresson, Karin. *När samverkan brister: Patientnärskapsdata som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC-rapport nr 9 2012.

Anell, Anders och Anna H Glenngård. *Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting*. LHC-rapport nr 10 2012.

Bowin, Rolf, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson och Jon Rognes. *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor: En analys av komplexa flöden*. LHC-rapport nr 11 2012.

Extern referensgrupp

Stefan Ackerby, bitr. chefekonom, Ekonomi och styrning, Sveriges kommuner och landsting

Anders Anell, adj. professor, Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet

Anders Ekholm, vice VD, Institutet för framtidsstudier (tidigare analyschef, Socialdepartementet)

Michael Högberg, hälsoekonom, Enheten för vårdinformatik och ersättningsmodeller, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting

Susanne Ljungqvist, ekonomidirektör, Karolinska universitetssjukhuset

Nicholas Prigorowsky, ekonomidirektör, Landstinget Sörmland

Ebba Sjögren, docent, Institutionen för redovisning och finansiering, Handelshögskolan i Stockholm

Eva Sahlén, direktör, Sociala nämndernas förvaltning, Västerås stad



Sammanfattning

Denna vägledning ger stöd i arbetet med att utforma ersättningssystem som bidrar till ökad samverkan mellan olika enheter inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. Fokus ligger på utformningen av den ersättning som utförare av vård- och omsorgstjänster får av landsting och kommuner. En utgångspunkt är att ersättningen är ett viktigt verktyg för att påverka hur utförarna utformar sina verksamheter.

Vilka effekter som eftersträvas genom ersättningssystem hänger ihop med de mål som ställs upp för vården och omsorgen. Hög produktionstakt, låga kostnader och hög kvalitet är exempel på vanliga, övergripande mål. Olika ersättningsformer och ersättningsmodeller kan förväntas få positiv eller negativ inverkan på olika målvärden. I och med att målen sällan är fullt kompatibla och att nya mål tenderar att tillkomma så blir det ofta nödvändigt att göra en avvägning mellan olika mål i styrningen.

Samverkansmålet är ett mål som tidigare har fått begränsad uppmärksamhet när ersättningssystem och deras styrande effekter har utretts och diskuterats. Det är först under de sista åren som frågan om ersättningsformer och samverkan mellan olika vårdenheter har fått större utrymme. Vägledningen presenterar ett grundläggande kunskapsunderlag för dem som beställer och upphandlar vård och omsorg, genom att visa hur målvärdet samverkan kan inkluderas i de avvägningar som görs när beställare utformar ersättningssystem.

Vi beskriver olika principer som kan ge incitament till samverkan, och går igenom hur dessa principer kan kombineras med vanligt förekommande ersättningsformer. I samband med detta ges exempel på hur principerna kan tillämpas inom olika vårdområden. Vi diskuterar avslutningsvis hur ekonomisk styrning via ersättning interagerar med andra former av styrning vid försök att åstadkomma en bättre sammanhållen vård och omsorg.

Vägledningens huvudpunkter

- Bristande samverkan beror på och består av flera olika delproblem, bland annat:
 - Bristande prioritering inom varje enskild vårdform av patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov.
 - Brister i kommunikationen och samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare.
 - Avsaknad av en aktör med helhetsansvar för samverkan kring enskilda patienter och/eller tendens för vårdgivare att skjuta detta ansvar ifrån sig.
- Ekonomistyrningen är inte den enda orsaken till samverkansbrister. Dagens utformning av ersättningssystem tenderar dock att förstärka fragmenteringen mellan olika vårdgivare och vårdområden.
- Principer för ersättning som främjar samverkan mellan enheter kan identifieras. Tre generella principer är:
 - Viktning av den patientgrupp som har behov av samverkan.
 - Aggregering av ersättningen till de verksamheter som ska samverka.
 - Direkt ersättning för samverkansaktiviteter.
- De tre principerna är avsedda att hantera orsaker till bristande samverkan som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till.
 - Viktning ska uppmuntra vårdgivare att prioritera patienter med stort samverkansbehov.
 - Aggregering ska uppmuntra vårdgivare att arbeta mot gemensamma resultat.
 - Direkt ersättning för samverkansaktiviteter och samverkansroller ska, utöver det värde som skapas för vårdtagarna genom dessa aktiviteter, sätta fokus på samverkansproblematiken som en prioriterad fråga för hälso- och sjukvården och omsorgen.

- Principerna för ersättning för samverkan kan användas för att modifiera de tre etablerade ersättningsformerna fast, rörlig och målrelaterad ersättning. I kombination blir resultatet nio principiellt skilda sätt på vilka ersättnings system kan bidra till samverkan mellan vårdgivande enheter (se tabell nedan).

	VIKTNING (UTIFRÅN PATIENTGRUPP)	AGGREGERING (AV TJÄNSTER ELLER OMRÅDEN)	DIREKT ERSÄTTNING FÖR SAMVERKANS- AKTIVITETER (INNEHÅLL)
FAST	Kapitering viktad för grupp med behov av samverkan	Klumpersättning för flera vårdområden	Anslag för samverkans- verksamhet
RÖRLIG	Prestationsersättning viktad för grupp med behov av samverkan	Klumpersättning för en serie av aktiviteter	Ersättning för prestationer där flera vårdgivare deltar
MÅL- RELATERAD	Målrelaterad ersättning viktad för grupp med behov av samverkan	Ersättning för resultat på systemnivå	Ersättning för samverkansutfall på individnivå

- Alla ersättningsformer har olika för- och nackdelar. Vilken form som är lämpligast att använda beror på vilket samverkansrelaterat delproblem som ska adresseras och vilka vårdgivare som inbegrips. Därför är en noggrann underliggande problemanalys viktig vid utformningen av ersättningsystem för samverkan (se checklista s. 58).
- Oavsett ersättningsform så finns ett antal generella karakteristika i ekonomistyrningen som kan försämra förutsättningarna för samverkan. Exempel på sådana faktorer är:
 - En alltför hög detaljeringsgrad i styrningen.
 - Mycket låga ersättningsnivåer.

- Samspelet mellan den ekonomiska styrningen och andra formella och informella styrsystem är avgörande för vilken grad av samverkan som kan förväntas uppnås i praktiken. Utveckling av ersättningssystem för samverkan kräver förändringar i andra styrsystem så att de i högre grad samspelar med, eller åtminstone inte motverkar, principerna för ersättning för samverkan. Några önskvärda förändringar är:
 - Större möjligheter för beställare att formulera bredare uppdrag.
 - Större möjligheter för vårdgivare att erbjuda helhetslösningar, och möjligheter för patienter att välja dessa.
 - Uppföljning av bredare helheter.
- En förutsättning för utveckling av ekonomisk och annan styrning är att det finns lämpliga dataunderlag. Utveckling av nya beskrivningssystem som kan fånga komplexa vårdvägar och resultatet av dessa är därför angeläget.





1. En *vägledning*
i att ersätta för
samverkan

Stort intresse kring ersättningssystem för samverkan – men begränsad kunskap

Intresset för ekonomisk styrning av sjukvården med hjälp av olika ersättningssystem har ökat under senare år. En fråga som börjat diskuteras alltmer är i vilken mån valet av ersättningsform kan påverka samverkan mellan vårdgivande enheter (jfr SOU 2009:84). Begreppet samverkan används här som ett sammanfattande generellt begrepp för att referera till olika former av samordning, koordinering och sammanhållning av den vård och omsorg som ges av olika vårdgivande enheter till enskilda patienter. Samverkan innefattar exempelvis hur kommunikationen mellan olika vårdenheter fungerar, hur behov av kontinuitet i insatserna regleras eller hur den enskildes sammantagna vårdbehov följs upp.

Det finns många exempel på bristande samverkan inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Särskilt tydlig är problematiken för patienter med sammansatta behov av flera vård- och omsorgsinsatser, såsom svårt sjuka äldre. Under de senaste åren har det börjat uttryckas förhoppningar om att man med ekonomiska styrmedel ska kunna avhjälpa brister i samverkan och bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg.

Det har publicerats flera svenska genomgångar av hur ersättningssystem inom vård och omsorg kan utformas i syfte att bidra till olika mål. Hur ersättningsformer kan bidra till samverkan över enhetsgränser är dock en fråga som berörts i mycket liten omfattning (t ex Jacobsson 2007, Anell 2010, Kammarkollegiet 2012). Även internationellt finns det mycket begränsat med utredningar av hur ersättningssystem som bidrar till en integrerad vård och omsorg kan utformas (se dock Charlesworth m fl, 2012). Det finns följaktligen ett stort kunskapsgap och behov av vägledning för dem som praktiskt arbetar med dessa frågor. Den här skriften är tänkt att fylla en liten del av det gapet, särskilt i relation till den svenska vården och omsorgen.

Det finns ersättningsprinciper för samverkan

I vägledningen presenteras ett antal alternativ för hur leverantörer av vård och omsorg kan ersättas i syfte att öka deras incitament till samverkan kring enskilda patienter. Med utgångspunkt i de tre väl etablerade ersättningsformerna fast, rörlig och målrelaterad ersättning, presenteras tre principer för modifiering av dessa ersättningsformer som kan ge incitament till samverkan. De tre principerna är *viktning* av patientgrupper med samverkansbehov, *aggregering* av vårdverksamheter som ska samverka, och *direkt ersättning* för samverkansaktiviteter. I vägledningen diskuteras och exemplifieras hur dessa principer kan kombineras med olika ersättningsformer, och hur de olika sätten att ersätta kan förväntas påverka samverkan mellan vårdgivande enheter.

De grundläggande principerna är generella, vilket innebär att de kan användas för att ersätta olika typer av utförare som ger olika former av vård eller omsorg. De kan också tillämpas oavsett om vården och omsorgen bedrivs i offentlig eller privat regi. Även om utgångspunkten för uppdraget har varit hur ersättningssystem kan förbättra samverkan kring de mest sjuka äldre, kan principerna också användas för att diskutera utformning av vården och omsorgen för andra patientgrupper med behov av samverkan.

...men de måste anpassas lokalt

En förutsättning för att ett ersättningssystem ska få önskad effekt i praktiken är att generella principer anpassas till lokala förutsättningar. En faktor som har betydelse för hur ett möjligt och lämpligt ersättningssystem kan utformas är hur de övergripande målen för vården och omsorgen definieras och prioriteras lokalt i kommun eller landsting. Detta kan påverka vilka vårdformer som ska samordnas och för vilka patientgrupper. Andra aspekter som behöver tas i beaktande är hur utförarlandskapet ser ut och hur patientpopulationen är sammansatt, men också exempelvis lokala geografiska förutsättningar. Befintliga uppdragsbeskrivningar och uppföljningssystem är andra faktorer som har betydelse för hur ersättningssystem kan utformas.

I samband med genomgången av generella principer nedan ges några enkla konkreta exempel på hur man kan utforma ersättning i syfte att överbrygga

gränssnitt mellan flera vård- och omsorgsgivare. Exempelen är hämtade dels från utvecklingsinitiativ i olika kommuner och landsting, dels från internationella erfarenheter och system som har framhållits som föregångare när det gäller integrerad vård och omsorg. Alla exempel behandlar försök att ersätta för ökad samverkan kring de mest sjuka äldre.

Tänk på samspelet med andra styrsystem

Vägledningen fokuserar på hur samverkan kan påverkas via ekonomisk styrning. Även om den ekonomiska styrningen kan ha stor betydelse för hur vården och omsorgen i praktiken bedrivs, kan inte ett ersättningssystem konstrueras oberoende av andra styrformer, till exempel lagar och regler. Det är samspelet mellan ersättningssystem och andra styrsystem i vården som är avgörande för att förstå vilka effekter som kan förväntas. Vägledningen avslutas därför med en kort diskussion kring nödvändiga och önskvärda förutsättningar vad gäller utformning och modifiering av andra styrsystem i syfte att möjliggöra ekonomisk styrning mot samverkan.

Det finns fler mål än samverkan

Det bör betonas att medan fokus i den här vägledningen ligger på att diskutera hur ersättningsprinciper kan öka samverkan, så måste ersättningar och andra styrsystem även fortsättningsvis tillgodose andra målvärden. Exempelvis så ställs allt större krav på resurshushållning inom vården och omsorgen, vilket har kommit att öka betydelsen av styrning som betonar enskilda enheters resultatansvar. En sådan prioritering kan komma att stå i strid med samverkansmålet. En lokal balansering av olika mål kommer alltid att vara nödvändig. Vägledningen syftar till att underlätta för tjänstemän att uttryckligen ta hänsyn till och beakta incitamenten för målvärdet samverkan när man gör dessa nödvändiga avvägningar vid utformningen av ersättningssystem.

A close-up, profile view of an elderly woman's face, showing her eyes, nose, and mouth. She is wearing glasses and has visible wrinkles on her skin. The background is dark and out of focus.

2. Samverkans- *problemet*

Samverkan kring mest sjuka äldre – vad är problemet?

Bristande samverkan mellan olika vårdgivare är ett problem som regelmässigt påtalas både av patienter, anhöriga och i media, men också av vårdgivare själva. Utöver det lidande som uppstår för enskilda patienter leder bristande samverkan till kvalitetsbrister och slöseri med resurser i hälso- och sjukvården som helhet. Behov av att vårdgivare samverkar kan uppstå i relation till många sjukdomstillstånd och många patientgrupper. En särskilt utsatt grupp är svårt sjuka äldre.

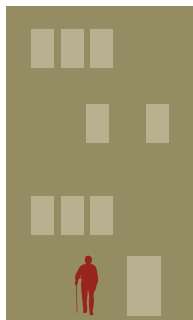
Gruppen svårt sjuka äldre utmärks av att de har komplexa och mångfacetterade sjukdomsbilder och vårdbehov som påverkar varandra. För att åstadkomma god vård och omsorg krävs därför att många behandlingar och insatser samordnas. En av utmaningarna i arbetet med att få till stånd denna samordning är att de kompetenser som krävs är organiserade i skilda professionella verksamhetsområden med separata uppdrag och budgetar, det som ofta kallas stuprör. Exempel är verksamheter som kommunalt finansierad och organiserad hemtjänst, korttidsboende och permanent omsorgsboende, såväl som primärvårdsmottagningar, öppen specialistvård och sluten sjukhusvård som finansieras och organiseras av landstingen. Inom de olika vårdformerna finns ofta både offentliga och privata utförare. Antalet utförare har också ökat med konkurrensutsättning och fri etableringsrätt inom många av vårdens och omsorgens verksamhetsområden.

Det finns goda argument både för att avgränsa verksamheters kompetenser, syften och ansvar och för att möjliggöra konkurrens såväl som valfrihet. För svårt sjuka äldre skapar dock denna styrning och organisering av vården och omsorgen ett antal problem.

Komplexa patienter prioriteras ned

Ett problem handlar om hur gruppen svårt sjuka äldre prioriteras i förhållande till andra patientgrupper inom varje enskild vårdform. Planerade insatser för kroniskt sjuka och hembesök för dem som inte själva tar sig till vårdcentralen blir exempelvis svårare att tillgodose när det samtidigt ställs krav på primärvården att vara lättillgänglig för alla patienter. Bristande kontinuitet i omhän-

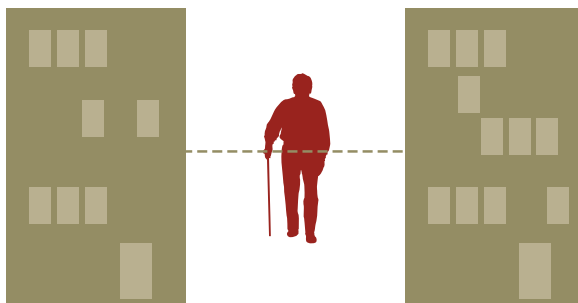
dertagandet, det vill säga att vårdtunga äldre får möta ny personal vid varje besök hos en viss vårdgivare, är ett annat problem som kan ha kopplingar till bristande prioritering av målgruppen.



Figur 1:
Bristande prioritering inom
varje enskild vårdform av
patienter med komplexa
vård- och omsorgsbehov.

Komplexa patienter faller mellan stolarna

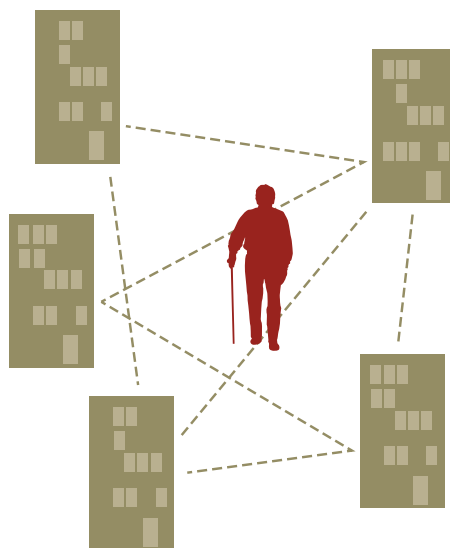
Ett annat problem berör brister i kommunikationen och samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare. Detta blir tydligt särskilt i övergången mellan olika vårdformer. Brister i vårdplaneringen mellan sjukhus och social omsorg när patienter i skört tillstånd skrivs ut efter en sjukhusvistelse leder inte sällan till medicinska komplikationer och återinläggningar. Bristande samverkan mellan omsorgspersonal, hemsjukvård och primärvård ökar också sannolikheten för att äldre söker sig till akuten för hjälp med åkommor som skulle kunna ha förebyggts eller behandlats utanför sjukhuset.



Figur 2:
Brister i kommu-
nikationen och
samarbetet mellan
olika vård- och
omsorgsgivare.

Ingen tar helhetsansvar för komplexa patienter

Ett tredje problem rör oklarheter kring vem som ska ansvara för samverkan kring en viss patient mer långsiktigt och kontinuerligt. Avsaknaden av en aktör med helhetsansvar leder lätt till att olika vårdgivare hanterar enskilda symptom eller problem utan att ta hänsyn till den äldres sammantagna behov av vård och omsorg. Följden kan bli flera parallella behandlingar utan att det avsedda resultatet uppnås eller till och med att olika vårdgivares insatser motverkar varandra, såsom vid samtidig förskrivning av läkemedel som är olämpliga att kombinera.



Figur 3:
Avsaknad av en aktör
med helhetsansvar för
samverkan kring
komplexa patienter.

Att styra mot samverkan

Att det finns brister i samverkan mellan olika vårdgivare och att detta skapar stora problem för bland annat gruppen svårt sjuka äldre är väl känt. Det har också tagits många initiativ till att förändra bland annat styrningen av vården och omsorgen i syfte att åstadkomma bättre samverkan.

Den faktiska samverkan som uppnås i en viss situation beror på hur olika styrimpulser interagerar och påverkar varandra i den specifika situationen. Hur ersättningssystemen är utformade har betydelse, men det finns andra formella såväl som informella styrformer som också påverkar graden av och formerna för samverkan.

Reglering

Reglering, i form av lagar, föreskrifter och avtal, är en styrform som används för att förbättra samverkan. Landsting och kommuner har enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) respektive Socialtjänstlagen (SoL) skyldighet att samverka både vad gäller övergripande planering och utveckling av vården, och i relation till omhändertagandet av enskilda patienter/brukare. Det finns även bindande föreskrifter som ställer krav på sjukvårdens och omsorgens utförare att garantera att samverkan med andra vårdaktörer möjliggörs, exempelvis Socialstyrelsens allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete. Många kommuner och landsting har dessutom tecknat egna överenskommelser om samverkansrutiner i specifika situationer, till exempel i samband med in- och utskrivning i olika vårdformer. Samverkanskrav skrivs även in i beställningar och uppdrag från huvudmännen till vårdens och omsorgens utförare. Trots denna relativt omfattande regelstyrning är graden av samverkan mellan enheter relativt svår att kontrollera och följa upp. Ett skäl är att lagar, förordningar och avtal generellt utgår från att varje organisatorisk enhet utgör en separat juridisk enhet med tydligt avgränsat ansvar.

Kunskapsstyrning

En annan styrform som ökat i betydelse inom vården och omsorgen är kunskapsstyrning, det vill säga rekommendationer utifrån vetenskapligt sammanställda underlag i syfte att åstadkomma en evidensbaserad praktik. Det finns ett ökande intresse för att använda kunskapsstyrning för att främja samverkan mellan olika vårdgivare. Ett problem är dock att hälso- och sjukvårdens professionella och vetenskapliga kunskapsproduktion fokuserar på behandling av specifika diagnoser och avgränsade hälsoproblem, vilket även avspeglas i vårdens och omsorgens organisatoriska uppbyggnad. Att bygga upp kunskap som bidrar till samverkan kring exempelvis multisjuka patienter är ett komplext och omfattande arbete.

Professionella normer och ledarskap

Mindre formaliserade styrformer, bland annat i form av professionella normer, kan också ha stor betydelse för graden av konkret samverkan i det vardagliga arbetet. Professionella normer föreskriver exempelvis vad som betraktas som

god vård, vilket i sin tur påverkar såväl möjligheterna som viljan hos vårdprofessionella att sätta sig in i andra verksamheter än den egna. Dedikerat ledarskap och egen motivation hos medarbetarna har också stor betydelse. Det finns många goda exempel på samverkansprojekt där eldsjälar har spelat en avgörande roll. Enskilda individers engagemang utgör dock en bräcklig grund för mer bestående integrering.

Ekonomistyrning som komplement

De brister i samverkan som fortlöpande påtalas av patienter, anhöriga och i media, men också i vetenskapliga studier och olika offentliga utredningar tydliggör att regelstyrning, kunskapsstyrning och vårdpersonalens egen motivation inte räcker för att skapa fungerande samverkan. Som en följd av detta, men också av det ökande intresset för ekonomisk styrning av vården och omsorgen, har allt större intresse riktats mot möjligheterna att använda ersättningssystem för att främja samverkan mellan vårdenheter. Här finns inga enkla, färdiga lösningar att tillgå. De praktiska erfarenheter som finns av att utforma ersättningssystem för samverkan, både i Sverige och internationellt, är såväl begränsade som dåligt dokumenterade. Däremot finns det god kunskap om några generella former för ersättning och deras effekter. Dessa generella ersättningsformer kan modifieras så att de ger incitament för samverkan. Innan vi ger förslag på och diskuterar hur sådan utformning för samverkan kan åstadkommas ska vi göra en kort genomgång av de grundläggande ersättningsprinciperna som är etablerade inom dagens vård och omsorg.

A pair of crumpled, translucent gloves, one light and one dark, on a white background. The gloves are made of a thin, flexible material, possibly latex or nitrile, and are shown in a crumpled state. The light-colored glove is in the foreground, and the dark-colored glove is behind it. The background is a plain, light gray surface.

3. Ersättning som *styrmedel*

I detta avsnitt görs en kortfattad genomgång av tre generella ersättningsformer som är väl etablerade inom hälso- och sjukvården och omsorgen: fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Fokus ligger på sambanden mellan dessa grundläggande ersättningsformer och olika förväntade verksamhetsutfall.

Genomgången bygger i huvudsak på Kammarkollegiets nyligen framtagna vägledning om "Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg" (Kammarkollegiet 2012). Den bygger i sin tur på tidigare forskningssammanställningar (bl a Jacobsson 2007, Anell 2010).

Ersättningsformer, ersättningsmodeller och ersättningssystem

En både teoretiskt och praktiskt väl etablerad indelningsgrund som brukar användas för att kategorisera olika former av ekonomisk ersättning är fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Den indelningen täcker i princip in alla befintliga ersättningsformer inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

I praktiken utgörs ersättningen inom olika vårdområden ofta av en kombination av de olika ersättningsformerna. Man talar då om ersättningsmodeller eller ersättningssystem. Argument för att kombinera olika typer av ersättningar är att ingen ersättningsform ensam klarar av att ge positiva effekter på samtliga övergripande målvärden. Genom att kombinera de olika ersättningsformerna skapas bättre möjligheter att komma fram till en rimlig avvägning mellan flera önskvärda mål som ofta är motverkande. Samtidigt kan en renodling av ersättningsformer vara rimlig i situationer där man vill skapa tydlighet i vilka målvärden som prioriteras eller på grund av att man vill undvika de ökade administrativa kostnader som kombinationer av ersättningsformer brukar innebära. Sådana prioriteringar kan dock förändras över tid, varför balansering mellan olika mål är en kontinuerlig uppgift.

Oavsett om olika former kombineras eller ej, kräver utformningen av ersättningssystem kunskap om vilka effekter enskilda ersättningsformer kan förväntas få för den verksamhet som ersätts. Vi ska ge en kort summering av de tre grundformerna med betoning på förväntade verksamhetsutfall. För en mer detaljerad genomgång av dessa ersättningsformer och en diskussion om hur olika ersättningsformer kan kombineras hänvisas till Kammarkollegiets (2012) vägledning.

Grundläggande ersättningsformer

Fast ersättning

Fast ersättning innebär att utföraren får ersättning för ett generellt åtagande, det vill säga ersättningen blir densamma oavsett hur mycket vård och omsorg som produceras och oberoende av verksamhetens resultat. Fast ersättning har traditionellt använts mycket inom offentlig sektor. Den förknippas ofta med anslagstilldelning, det vill säga på förhand bestämd budgeterad ersättning.

Ersättning i form av anslag förekommer i princip inom hälso- och sjukvårdens alla områden såväl som inom socialtjänsten, bland annat äldreomsorgen. Grunden för att beräkna fast ersättning kan dock variera. För geriatriska kliniker brukar den fasta ersättningen exempelvis bestämmas utifrån antalet äldre som bor inom upptagningsområdet. Områdesansvar kan också gälla inom primärvården, alternativt ges ersättning per patient som är listad vid respektive vårdcentral, så kallad kapitering. Inom kommunernas särskilda boende utgår en fast dygnserättning per tillgänglig plats. Inom den specialiserade öppen- och slutenvården budgeteras den fasta ersättningen ofta utifrån tidigare utförd produktion.

Fast ersättning kan alltså beräknas på olika sätt. Grundregeln är att en ersättning betraktas som fast om den inte är kopplad till de insatser som i realiteten görs för patienter/brukare. En listad patient ger exempelvis kapiteringsersättning till vårdcentralen oberoende av huruvida eller hur mycket vård som patienten får. Den fasta ersättningen kan däremot vara kopplad till de insatser som utföraren förväntas göra för de patienter eller brukare som ingår i dennes åtagande. Ett exempel är ersättning för hemtjänst som baseras på biståndsbedömd tid för enskilda brukare.

Fast ersättning i form av ett på förhand budgeterat anslag leder till god kostnadskontroll för den kommun eller det landsting som ska betala. Nackdelen är att en fast ersättning ger ett starkt incitament för utföraren att hålla nere produktionsvolymen. Till exempel tenderar antalet patientbesök att minska. Också kvaliteten riskerar att påverkas negativt, inte minst om patienter inte har någon möjlighet att byta vårdgivare.

Om den fasta ersättningen i stället ges per listad individ har huvudmannen fortfarande kontroll över den totala kostnaden för den patient- eller brukargrupp man totalt sett ansvarar för. Samtidigt får vårdgivaren incitament att hålla en god kvalitet vad gäller de aspekter som patienten eller brukaren själv kan bedöma. Är vårdtagarna missnöjda kan de välja att lista sig hos någon annan. Såvida den ersättning som ges per individ inte differentieras utifrån individens förväntade vårdtyngd ger däremot ersättning per listad incitament för vårdgivaren att plocka ”russinen ur kakan”, det vill säga att försöka attrahera patientgrupper som generellt sett har lite behov av vård, medan vårdtunga patienter hålls borta. Mest sjuka äldre tillhör självklart den sistnämnda gruppen.

Rörlig ersättning

Utmärkande för så kallad rörlig ersättning är att den varierar med volymen vård och omsorg som verkligen produceras. Vanliga exempel är ersättning per besök inom primärvården, per antal belagda platser inom särskilt boende, per utförd timme inom hemtjänsten, och per vårdtillfälle, behandling eller ingrepp/åtgärd inom specialistvården. En annan benämning på rörlig ersättning är prestationsersättning.

Eftersom rörlig ersättning ges utifrån producerad volymenhet ger denna ersättningsform incitament till utföraren att öka produktionen. Förutom att huvudmannen får svårigheter att kontrollera de totala kostnaderna, ger rörlig ersättning därför incitament för att leverera ”för mycket vård”, i den meningen att värdet av den ökade hälsoeffekten blir lägre än kostnaderna för ytterligare vårdinsatser. Rörlig ersättning riskerar också att leda till att innehållet i vården anpassas till vad som ersätts, snarare än vad som är bäst vård för den enskilde patienten. Att ersätta primärvården per läkarbesök riskerar exempelvis både att leda till onödiga besök för banala åkommor, samtidigt som förväntat tidskrävande patienter med komplexa och allvarliga problem både riskerar att bli nedprioriterade och tvingas göra upprepade besök. Eftersom det är volymen vård som ersätts ger inte heller rörlig ersättning, i likhet med fast ersättning, några incitament till vårdgivarna att upprätthålla kvaliteten.

En fördel med rörlig ersättning jämfört med fast ersättning och kapitering i olika former är dock att ersättningsformen ger kunskaper om vad vårdgivare gör, eftersom man måste följa upp de aktiviteter som ska ersättas. Detsamma gäller målrelaterad ersättning som beskrivs närmare nedan.

Målrelaterad ersättning

En nackdel med både fast och rörlig ersättning är att de i princip ger samma utbetalning till vårdgivaren oavsett om de producerade insatserna har hög eller låg kvalitet. Så kallad målrelaterad ersättning är en ersättningsform som har utvecklats i syfte att skapa drivkrafter för kvalitetsförbättringar. Grundprincipen är att utföraren bara får ersättning om denne uppfyller de kvalitetsmål som huvudmannen formulerat.

Det finns begränsat med erfarenhet inom vården och omsorgen av att använda målrelaterad ersättning. I kommunerna förekommer den ersättningsformen i princip inte alls. Flera landsting har testat målrelaterad ersättning inom primärvården, men det har handlat om små andelar av den totala ersättningen, omkring ett par tre procent. Det finns även några landsting som har prövat att ersätta delar av den specialiserade vården utifrån hur väl de uppfyllt vissa specificerade mål.

De mål som används för att ge målrelaterad ersättning består oftast av processmål, det vill säga de beskriver olika insatser och åtgärder som vårdgivarna ska utföra. Ett mål kan exempelvis vara att en viss procentandel av de svårt sjuka patienter som behandlas vid vårdenheten ska ha fått en läkemedelsgenomgång. Incitamenten och effekterna av målrelaterad ersättning baserad på processmål har stora likheter med vad som gäller för rörlig ersättning.

Målrelaterad ersättning baserad på resultatmål, det vill säga mål för vilka effekter behandlingar ska ge, är generellt sett mycket ovanlig. Några landsting har dock genomfört pilotprojekt kring resultatbaserad ersättning för behandling av diabetes- och hjärtsviktspatienter inom primärvården. I de projekten användes medicinska kvalitetsregister för de aktuella patientgrupperna för att formulera behandlingsmål och resultatmått. Exempelvis gavs inom diabetesprojektet ersättning för andel patienter som uppnått vissa blodsocker-, kolesterol- och blodtrycksvärden.

Målrelaterad ersättning har även använts vid flera tillfällen av den statliga nivån för att fördela ersättning till sjukvårdshuvudmännen i form av så kallade specialdestinerade statsbidrag. Ett exempel är den så kallade kömiljarden som fördelas utifrån hur väl vårdgarantins krav om väntetider i vården uppfylls. Här handlar

Tabell 1: Effekter av grundläggande ersättningsformer

	STIMULERAR					
ERSÄTTNINGSFORM	HÖG PRODUKTIONS-VOLYM	LÅGA PRODUKTIONS-KOSTNADER/STYCK	HÖG KVALITET	MÖJLIGGÖR KOSTNADS-KONTROLL	RISK FÖR RUSSIN-PLOCKNING	SAMVERKAN MELLAN ENHETER
FAST (ANSLAG)	Nej	Nej	Nej	Ja	Ingen risk	?
FAST (PER INDIVID)	Nej	Ja	Nej	Ja	Hög risk	?
RÖRLIG	Ja	Ja	Nej	Nej	Hög risk	?
MÅL-RELATERAD	Ja	Ja	Ja*	Ja	Risk	?

* Under antagandet att målindikatorerna utgör relevanta och tillförlitliga mått på kvalitet.

Källa: Kammarkollegiet 2012, kompletterad med SOU 2009:84.

Tabell 2: Exempel på hur de grundläggande ersättningsformerna används inom olika vårdområden

VÅRDOMRÅDE	FAST	RÖRLIG	MÅLRELATERAD
SÄRSKILT BOENDE	Per antal platser (fast dygns-ersättning)	Per antal belagda platser (rörlig dygnsersättning)	Andel boende som registrerats i kvalitetsregistret Senior Alert
HEMTJÄNST	Bistånds-bedömd tid	Utförd biståndsbedömd tid	Få exempel
PRIMÄRVÅRD	Kapitering	Per besök (utfört av olika tjänstekategorier)	Mål avseende t ex läkemedels-användning, tillgänglighet, hälso-främjande insatser, behandlingsmål för vissa sjukdomar
SPECIALISERAD ÖPPENVÅRD	Utifrån tidigare utförd produktion	Per besök Per grupperade besök (DRG)	Väntetider till remiss och behandling
SLUTENVÅRD	Utifrån tidigare utförd produktion	Per dygn, per vårdtillfälle Per grupperade vård-tillfällen (DRG)	Väntetider på akutmottagningen, minskning av vårdrelaterade infektioner

Källa: Kammarkollegiet 2012, kompletterad med Anell 2012.

det följaktligen om resultatmål. Målrelaterad ersättning har även använts inom ramen för särskilda satsningar på vissa patientgrupper. Av särskild relevans här är den satsning som gjorts på gruppen mest sjuka äldre där man använt vissa mål av resultatkaraktär, till exempel undvikbara återinläggningar, för att ge incitament till samverkan i gränssnittet mellan sjukhus och primärvård samt äldreomsorg (se vidare avsnittet om ersättning för samverkan nedan).

Ekonomistyrningen fungerar ofta avgränsande

Beskrivningen ovan bygger på några av de svenska genomgångar av olika ersättningssystem och deras styrande effekter som gjorts under senare år (bl a Jacobsson 2007, Anell 2010, Kammarkollegiet 2012). Gemensamt för dessa genomgångar är att de i mycket begränsad omfattning belyser hur ersättningar till vårdgivare kan bidra till samverkan mellan olika enheter. Även i merparten av den internationella litteraturen ligger fokus på hur ersättningssystem ska utformas för att optimera vården hos enskilda aktörer (läkare, mottagningar, sjukhus, etc.). Detta avspeglar att kunskapen om ekonomisk styrning utvecklats i syfte att påverka och styra avgränsade organisatoriska enheter. Här finns en likhet med den reglering som styr hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Trots krav på samverkan så utgår lagar, förordningar och avtal från att varje organisatorisk enhet utgör en separat juridisk enhet med tydligt avgränsat ansvar.

En anledning till att både juridiska och ekonomiska styrsystem fokuserar på enskilda enheter är den så kallade påverkansprincipen. Principen innebär att ansvar bara ska utkrävas för handlingar och resultat som den verksamhet som styrs själv har full kontroll över. En verksamhet ska följaktligen vare sig belönas eller bestraffas för ett resultat som är beroende av hur andra verksamheter agerar (Siverbo et al. 2007). Med denna logik blir det naturligt att ekonomistyrningen riktas mot resursoptimering hos individuella vårdgivare.

En följd av att praktisera påverkansprincipen och ge enhetsspecifika ersättningar är att det tenderar att öka fragmentiseringen mellan verksamheter, eftersom uppmärksamheten riktas mot enskilda utförares prestationer och resultat snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Varje vårdenhet ges ett

avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Då ersättning ges som budgettilldelning till, eller per utförd åtgärd inom, en specifik utförarorganisation uppmuntras en effektiv vård inom varje del av vårdkedjan/processen, oberoende av vilken effekt det får för den övriga vården. Traditionell ekonomisk styrning leder följaktligen till att vårdgivare vars praktiska vårdinsatser är nära kopplade blir ekonomiskt avgränsade från varandra. Det primära för varje vårdgivare blir att klara sitt eget avgränsade uppdrag, snarare än att se till helheten för patienten.

Ett konkret uttryck för fragmenteringen av hälso- och sjukvården är när nödvändig samordning för enskilda patienter/brukare inte kommer till stånd. Även om sådana fall kan uppstå på grund av att en eller flera utförare inte tar sitt ansvar, kan också alla parter ha "gjort sitt" enligt de avtal och ersättnings- och utvärderingssystem som finns på plats. Ändå brister helheten. Den formen av bristande samverkan kan uppstå vare sig ersättningen är målrelaterad, rörlig, fast eller en kombination av dessa, om ersättningen utformas så att de ekonomiska incitamenten för att samverka i gränssnitten mellan vårdenheter är få, svaga eller till och med motverkar en sådan samverkan.

För att bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg behöver den ekonomiska styrningen utformas på ett mindre avgränsande sätt. Det behövs ersättningsprinciper som i högre grad synliggör och värderar, eller åtminstone inte motverkar, samverkan mellan olika vård- och omsorgsverksamheter som är ömsesidigt beroende av varandra för att ge den enskilde god vård. Det finns olika sätt på vilket detta kan åstadkommas. Vi presenterar i nästa avsnitt tre generella möjligheter att modifiera fast, rörlig och målrelaterad ersättning för att ge incitament till samverkan.

4. Ersättning för *samverkan*



I det här avsnittet introduceras tre principer som kan användas för att modifiera grundläggande ersättningsformer så att de ger incitament till och skapar förutsättningar för samverkan mellan vårdgivande enheter. De tre principerna är *viktning* av den patientgrupp som har behov av samverkan, *aggregering* av ersättningen till de verksamheter som ska samverka, och *direkt ersättning* för samverkansaktiviteter.

En utgångspunkt för diskussionen är att det saknas hållbara argument för att vare sig fast, rörlig eller målrelaterad ersättning i sig främjar eller motverkar samverkan mellan vårdenheter. Alla ersättningsformerna kan modifieras så att de ger incitament till samverkan.

De tre principerna för modifiering är avsedda att kunna hantera orsaker till bristande samverkan som traditionella ersättningsformer kan ge upphov till och som har identifierats i tidigare studier av effekter av olika ersättningsystem. Viktning ska ge utrymme för att ta emot, ge god vård och arbeta för samverkan för patienter som har sådana behov. Aggregering av ersättningen till flera vård- och omsorgsdelar ska uppmuntra vårdgivare att arbeta mot gemensamma resultat och minska problemet med patienter som faller mellan stolarna när enskilda enheter ersätts separat. Direkt ersättning för samverkansaktiviteter och -roller ska, utöver det värde som skapas för vårdtagarna genom dessa aktiviteter, sätta fokus på samverkansproblematiken som ett prioriterat område för hälso- och sjukvården och omsorgen

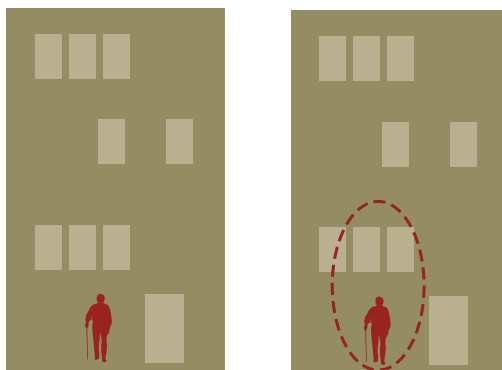
Nedan beskrivs principerna, hur de kan kombineras med fast, rörlig respektive målrelaterad ersättning, samt några för- och nackdelar med att använda respektive princip för att styra mot samverkan.

Det finns som tidigare nämnts begränsat med svenska diskussioner kring och förslag på hur ersättning för samverkan ska utformas. Avsnittet bygger till stor del på LHC:s tidigare rapporter inom området (se t ex Krohwinkel Karlsson 2012, Anell och Glenngård 2012, Bowin m fl 2012, Hagbjer 2012) samt på internationella arbeten (särskilt Charlesworth m fl, 2012).

Viktning

Viktning innebär att patienter/brukare grupperas efter förväntad resursinsats hos utförarna, och att ersättning utgår med högre belopp för vårdtunga individer, till exempel äldre med flera diagnoser. Viktning motverkar tendensen hos vårdgivare att försöka undvika de patienter/brukare som kostar mycket. Viktning anses också förbättra möjligheterna att ge vårdtunga patienter de insatser de har behov av – exempelvis utökade samverkans- och koordineringsinsatser. Det innebär att viktning kan medverka till att patientgrupper som är i behov av samverkan prioriteras högre hos berörda vårdgivare.

Principiellt ger emellertid viktning endast ett indirekt incitament till samverkan, eftersom det inte finns någon garanti för att den vårdgivare som får en viktad ersättning kommer att använda de extra resurserna till just samverkansaktiviteter, eller ens att resurserna kommer de komplexa patienterna till godo. Viktning måste därför kompletteras med andra styrformer än den ekonomiska, exempelvis uppföljning.



Figur 4:
Viktning av den
patientgrupp om har
behov av samverkan.

Viktning av fast ersättning

Viktning av fast ersättning handlar om att betala en högre förutbestämd ersättning till vårdgivare för individer som kan antas vara särskilt vårdkrävande och som vårdgivaren ska ta ett ansvar för. Inom primärvården viktas den fasta ersättningen per individ i de flesta landsting utifrån ålder och/eller med utgångspunkt i patienternas tidigare registrerade diagnoser, så kallade Adjusted Clinical Groups (ACG). På många håll justeras ersättningen även utifrån socioekonomiska förutsättningar. Enligt en nyligen genomförd undersökning uppfattar vårdcentraler att viktning utifrån diagnosklassificering och socioekonomi i högre grad stödjer en prioritering av patienter med stora vårdbehov (Anell 2012).

Viktning av rörlig ersättning

Viktning av rörlig ersättning innebär att den ersättning som ges för en viss insats varierar beroende på vem patienten eller brukaren är. Högre besöksersättning för multisjuka patienter och högre ersättning för hembesök hos äldre är två exempel. Syftet är att motverka tendensen till alltför korta eller få besök i primärvården, och därmed öka möjligheterna att adressera frågor kring till exempel vårdkoordinering utifrån individens sammantagna behov.

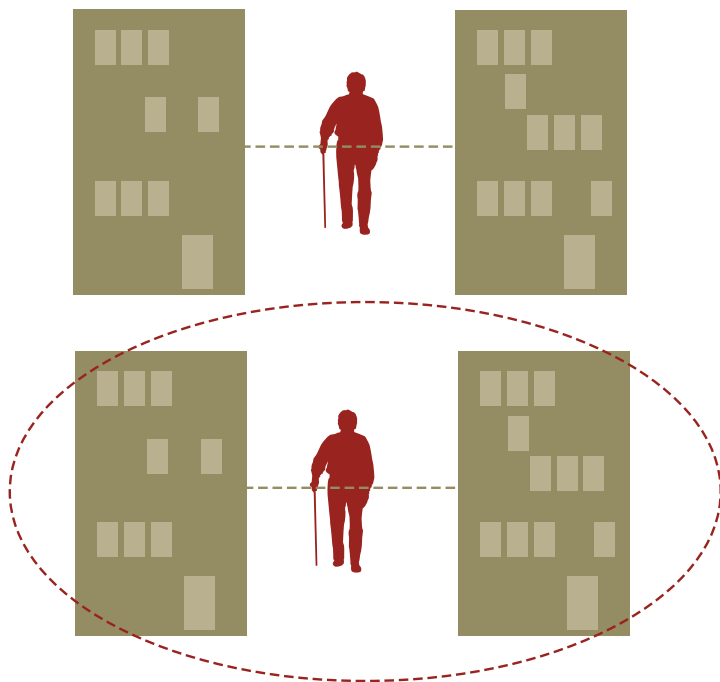
Viktning av målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning för en viss fördefinierad grupp av patienter är en tredje form av viktad ersättning. I vissa landsting utgår exempelvis ersättning till olika vårdgivare utifrån andelen av vårdenhetens äldre patienter som fått hälsosamtal. Hälsosamtal är relaterat till samverkan eftersom de syftar till att skapa en helhetsbild av den äldres hälsotillstånd för att därefter kunna hjälpa till med att initiera såväl behövlig vård som omsorg. Uppmätt minskning av olämpliga läkemedelskombinationer hos den äldre målgruppen är en annan indikator som används och som antas främja interaktion mellan förskrivande läkare.

Aggregering

Aggregering handlar om hur brett och omfattande det så kallade ersättningsobjektet ska vara. Det kan vara vilket åtagande som ligger till grund för en fast ersättning, vilka behandlingar som ingår i en rörlig ersättning eller för vilken typ av resultat som en målbaserad ersättning utgår. Aggregering utgör ett indirekt samverkansincitament i och med att det utvidgar gränsdragningen för vad som ska ingå inom ramen för en ersättning. Ju mer objektet för ersättningen aggregeras desto större möjligheter finns att fokusera på den enskilde patienten/brukarens sammantagna behov inom de områden som ersättningen täcker.

Om aktiviteter från flera vårdgivare aggregeras innebär det att varje enskild vårdgivare delvis kommer att ersättas baserat på andra inbegripna vårdgivares handlande. Detta är ett avsteg från den tidigare nämnda påverkansprincipen, men det kan ge incitament till att gemensamt skapa det bästa utfallet för patienten.



Figur 5:
Aggregering av
ersättningen till de
verksamheter som
ska samverka.

Aggregering av fast ersättning

Aggregering av fast ersättning innebär att man ger en klumpersättning för flera vårdområden eller till flera vårdgivare, som traditionellt brukar ersättas separat. De försök med breddade åtaganden över vårdområdesgränser som genomförts i Sverige har främst rört gränssnittet mellan hemsjukvård och hemtjänst och har inneburit att landsting har låtit hemsjukvården övergå till kommunal regi. Det uttryckliga syftet är att öka samverkan mellan den sociala och medicinska kompetens som äldre har behov av i sitt boende. Trots ett gemensamt huvudmannaskap har graden av finansiell integrering varierat. I ett lokalt försök med utveckling av vård och omsorg i samarbete mellan kommun och landsting (det så kallade Tiohundra-projektet) har budgeten för primärvård och socialtjänst gjorts gemensam, men alltså används separata ersättningsmodeller för utförare inom vård respektive omsorg.

Internationellt finns flera exempel på att ersättningssystem aggregeras på vårdområdesnivå, så att ersättningen delas ut på grundval av en gemensam modell som inbegriper utförare inom olika vårdområden. En genomgång av vårdsystem i andra länder, som brukar beskrivas som föregångare vad gäller att öka samordningen av vård och omsorg för äldre personer, visar att dessa föregångare ofta aggregerar den fasta ersättningen, så att en samlad ersättning per brukare bekostar den kontinuerliga vården från primärvård till socialtjänst (Hagbjer 2012).

Aggregering av rörlig ersättning

Aggregering av rörlig ersättning innebär att man ger ersättning för en serie av aktiviteter kring en patient där olika åtgärder utförs av olika kompetenser som är verksamma på olika håll och vid olika vårdenheter. Ett exempel är ersättning för så kallade vårdepisoder, där en förutbestämd ersättning kan täcka hela behandlingen från diagnosticering till eftervård. Alternativt kan ersättningen konstrueras som ett avräkningssystem, där ersättningen är preliminär och sedan fastställs när vårdepisoden är avslutad eller vid vissa punkter i vårdkedjan. Aggregering av rörlig ersättning skapar incitament för samordning mellan behandlande verksamheter och dem som utför den påföljande rehabiliteringen. Försök med denna ersättningsform pågår inom specialistvården i vissa landsting. Försöken gäller dock tydligt avgränsade diagnoser och behandlingar vars önskade förlopp är lätt att beskriva och mäta, och där relativt få vårdgivare är inblandade. Exempel är höftledsoperationer och vissa specifika cancerbehandlingar.

När det gäller aggregerad ersättning kan även utökat kostnadsansvar tas upp som ett alternativ. Om primärvården t ex får kostnadsansvar för diabetikers besök i specialistvården, ges incitament att fundera på hur de egna insatserna och samverkan med specialister ska se ut kring denna patientgrupp. En variant av ersättningsformen är att den rörliga ersättningen till en viss vårdgivare utgår när fel eller komplikationer uppstår i någon del av den vårdkedja som aggregerats. I ersättningsmodellen för höft- och knäledsoperationer i Stockholms läns landsting stipuleras till exempel att utföraren själv får stå för eventuella reoperationskostnader inom två år efter den första operationen.

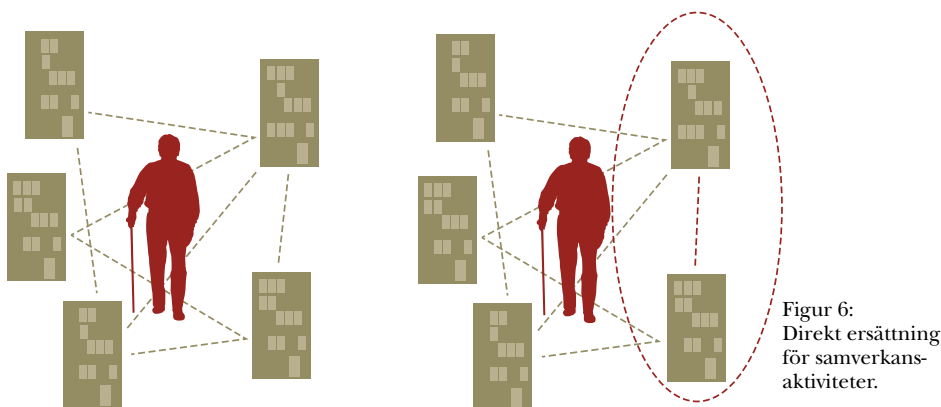
Aggregering av målrelaterad ersättning

Aggregering av målrelaterad ersättning handlar om att basera ersättningen för hemtjänst, hemsjukvård och primärvård på resultat på en mer övergripande systemnivå. Ett exempel skulle kunna vara att koppla ersättningen för hemtjänst, hemsjukvård och primärvård till mätningar av hur nöjda patienter/brukare är med den sammantagna vård och omsorg som de får. Ett mer långtgående förslag är vårdgivare skulle kunna ersättas för effekter hos de vårdgrannar som de avses samverka med.

Ersättning från statliga aktörer till huvudmännen utifrån indikatorer som mäts på landstings- respektive kommunnivå kan också beskrivas som en form av aggregerad målrelaterad ersättning. Ett exempel är den så kallade kömiljarden som delas ut utifrån andelen patienter inom ett landsting som fått vård inom vissa överenskomna tidsramar.

Direkt ersättning för samverkan

Direkt ersättning för samverkan innebär att man betalar för aktiviteter och processer som kopplar ihop flera parter. Till skillnad från viktning och aggregering, som bara skapar indirekta samverkansincitament, så sätter direkt ersättning för samverkan fokus på att belöna själva samverkan i sig. Detta innebär att samverkansaktiviteter och deras innehåll måste specificeras och fördefinieras i ersättningsmodellen.



Fast direkt ersättning för samverkan

Den vanligaste formen av fast direkt ersättning för samverkan är tidsbegränsade medel till olika samverkansaktiviteter i form av projektanslag. Projektanslag för samverkan har historiskt sett genererat många olika typer av samverkansförsök med deltagande från flera olika aktörer inom både vården och omsorgen. Det har getts anslag för lokala försöksverksamheter avseende samverkan kring mest sjuka äldre i de flesta, om inte alla, landets kommuner och landsting. Anslag för samverkansprojekt med liknande inriktning har också utlysts på nationell nivå, t e x från SKL.

I vissa landsting pågår försök med särskilda utförarenheter vars huvuduppgift är att få till stånd samverkan utifrån patientperspektivet (så kallade vårdcoacher). Coachernas tjänster erbjuds exempelvis personer som vid upprepade tillfällen uppsökt sjukhusens akutmottagningar. Ersättningen till dessa coacher kan beskrivas som en form av direkt samverkansersättning. Det har föreslagits att kommunala sjuksköterskor, som själva utgör en viktig del av vårdapparaten kring äldre, skulle kunna få ett liknande uppdrag (Anell och Glenngård, 2012).

Rörlig direkt ersättning för samverkan

Att ge rörlig direkt ersättning för samverkansaktiviteter är relativt vanligt förekommande. I många landsting ger man till exempel ersättning för att slutenvården, primärvården och den kommunala omsorgen ska genomföra en gemensam vårdplanering när en svårt sjuk äldre skrivs ut från sjukhus. Det kan också ges direkt ersättning för att man använder vissa kommunikationsmedel för samverkan, till exempel det så kallade Webcare. Oftast ges dock denna ersättning till varje vårdgivare separat, det vill säga hälso- och sjukvården har sin ersättning som ges separat till slutenvård och primärvård, och socialtjänsten har sin. För att få ersättningen krävs att man själv deltar, inte att alla övriga vårdgivare är med.

Målrelaterad direkt ersättning för samverkan

Målrelaterad direkt ersättning för samverkan innebär i princip ersättning för samverkansutfall i form av en bättre koordinerad och integrerad vård och omsorg. Sådana resultat är i dagsläget mycket svåra att mäta (Socialstyrelsen 2013). Som proxy har det gjorts försök med att ersätta för resultat som beror av flera olika verksamheter och där avsaknaden av samordning antas leda till sämre utfall. Exempel på detta är minskning av onödiga återinläggningar och undvikbar slutenvård, som i vissa landsting ligger till grund för ersättning till utförare. Huvudsakligen har denna typ av indikatorer dock använts i särskilda satsningar från statligt håll där ersättningen ges till huvudmännen. Vid denna användning är det snarare fråga om ersättning på grundval av aggregerade resultat.

En intressant utvecklingsmöjlighet för vården och omsorgen vore om samverkansutfall i högre grad kunde mätas på individnivå, till exempel avseende kontinuitet och koordinering mellan insatser. Möjligheterna att följa individers vårdvägar genom mer än en vårdform i taget måste isåfall utvecklas (se vidare under önskvärd utveckling av annan styrning).

Ett alternativ vore att basera ersättning på patienter/anhörigas upplevelser hur väl koordinerad vården och omsorgen varit, exempelvis genom enkäter som specifikt fokuserar på samverkan. Detta sätt att mäta lägger mindre vikt vid standardiserade definitioner av samverkan och större vikt vid den brukarupplevda kvaliteten i detta avseende.

Tabell 3: Alternativa former av ersättning för samverkan mellan vårdgivande enheter

	VIKTNING (UTIFRÅN PATIENTGRUPP)	AGGREGERING (AV TJÄNSTER ELLER OMRÅDEN)	DIREKT ERSÄTTNING FÖR SAMVERKANS- AKTIVITETER (INNEHÅLL)
FAST	Kapitering viktad för grupp med behov av samverkan	Klumpersättning för flera vårdområden	Anslag för samverkans- verksamhet
RÖRLIG	Prestationsersättning viktad för grupp med behov av samverkan	Klumpersättning för en serie av aktiviteter	Ersättning för prestationer där flera vårdgivare deltar
MÅL- RELATERAD	Målrelaterad ersättning viktad för grupp med behov av samverkan	Ersättning för resultat på systemnivå	Ersättning för samverkansutfall på individnivå

Tabell 4: Exemplifiering av alternativa former av ersättning för samverkan

	VIKTNING (UTIFRÅN PATIENTGRUPP)	AGGREGERING (AV TJÄNSTER ELLER OMRÅDEN)	DIREKT ERSÄTTNING FÖR SAMVERKANS- AKTIVITETER (INNEHÅLL)
FAST	Högre ersättning per listad multisjuk inom primärvården	Klumpersättning för hemsjukvård och hemtjänst	Tidsbegränsade anslag för samverkanprojekt, fast anslag till vårdcoach
RÖRLIG	Högre besöksersättning för patienter över 75 år inom primärvården	Ersättning för värdeperioder	Ersättning för gemensam vårdplanering, ersättning för aktiviteter som utförs av vårdcoach
MÅL- RELATERAD	Ersättning för andel äldre som fått hälsosamtal eller läkemedelsgenomgång	Ersättning för behandlingsresultat i vårdkedjor, patientupp- levd kvalitet, hälsotal	Mått på koordinering av/ kontinuitet i de samlade insatserna inom vård och omsorg

För- och nackdelar med olika sätt att ersätta för samverkan

Som upprepade gånger påpekats har olika sätt att ersätta för vård olika för- och nackdelar. Det gäller också de tre principer som presenterats som alternativ för att modifiera etablerade ersättningsformer så att de ger incitament till samverkan mellan vårdenheter.

För- och nackdelar med viktning

En fördel med viktning är att det är relativt enkelt att införa eftersom man kan utgå från och justera de fasta anslag eller rörliga ersättningar för vissa aktiviteter som redan ges till vårdgivare. Att avgöra för hur stor vikten ska vara kan dock vara svårt.

En annan svårighet ligger i att avgränsa den relevanta patientgruppen. Risken är både att grupper som inte är i behov av samverkan definieras in i gruppen som berättigar till extra ersättning, och att vården försämras för de patienter som har ett stort behov av samverkan men som av någon anledning, till exempel fel ålder, inte uppfyller de fastställda kriterierna.

En mer principiell nackdel är att ersättningsprincipen inte garanterar att de extra resurserna används för att åstadkomma samverkan. Det behövs följaktligen uppföljningar som kontrollerar den saken.

För- och nackdelar med aggregering

Aggregering är den ersättningsprincip som bör ge störst incitament till ökad samverkan eftersom den verkligen är gränsöverskridande. Ett stort dilemma är dock att aggregering lätt kommer i konflikt med påverkansprincipen, eftersom den ersättning vårdgivaren får inte enbart beror på det egna agerandet utan också på andras. För att aggregering ska fungera förutsätts att alla som är involverade i vården och omsorgen har ett likvärdigt engagemang och vilja att göra sin del av samverkansarbetet.

Ju mer aggregerad en ersättning är desto större blir flexibiliteten för varje vårdgivare. Samtidigt finns en risk att incitamenten för samverkan inte når ned till vårdgolvet, det vill säga att vårdgivaren i sin interna ekonomiska styrning får



Zon B

AVDARE

Revi- & ungdoms-
medicinä motbegring



Zon E

Revi- & ungdoms-
medicinä motbegring





ska ta ett övergripande samordningsansvar. Även aggregering behöver därför kompletteras med tydliga uppdragsbeskrivningar och uppföljning av att samverkan verkligen kommer till stånd.

Det bör också påpekas att aggregering av ersättning för avgränsade vårdepisoder inte löser samverkansproblematiken för svårt sjuka äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov. En vårdepisod är som begreppet anger ett förlopp som har en början och ett slut och som omfattar ett visst antal insatser, från diagnostisering till rehabilitering och eftervård. Det är metodologiskt enklare att definiera vårdepisoder för tidsmässigt avgränsade sjukdomar och diagnoser med få inblandade vårdgivare, t ex ett kirurgiskt ingrepp. Svårt sjuka äldre har inte sådana linjära, relativt lätt avgränsade vårdbehov. De behöver kontinuerliga insatser från en mängd olika instanser, och resursbehoven varierar stort mellan olika individer. Nyttan med samverkan för dessa patientgrupper är obestridd, men det är svårt att definiera entydiga vårdepisoder för dem. Med denna utgångspunkt kan hävdas att försök med aggregering av ersättning i Sverige hittills införts på områden där det är förhållandevis enkelt, snarare än där det är allra mest motiverat (Anell 2013).

För- och nackdelar med direkt ersättning för samverkan

Direkt ersättning för samverkansaktiviteter kan framstå som den optimala lösningen när det är samverkan som ska åstadkommas. Genom att betala för att vårdgivare ska ägna sig åt samverkansverksamhet säkerställer man i princip att ersättningen används till det och inget annat. En risk är dock att vårdgivaren närvarar vid samverkansaktiviteten, utan att det leder till produktiv och meningsfull samverkan i vårdpraktiken. God samverkan för en så komplex grupp som svårt sjuka äldre förutsätter flexibilitet och kreativitet. Att ersätta för samverkansaktiviteter garanterar inte de egenskaperna hos vårdgivarna. Snarare kan alltför stort fokus på mätning och ersättning av specifika aktiviteter leda till oengagerad konformitet snarare än produktivt engagemang och handling.

En stor del av den fasta direkta ersättning som används inom vård och omsorg ges dessutom i form av tillfälliga projektanslag. Ett tillfälligt projekt kan leda till att behovet av samverkan synliggörs och förs upp på vårdgivarnas agenda. Det kan i sin tur leda till mer bestående förbättringar av samverkan mellan berörda vårdgivare, till exempel nya sätt att kommunicera med varandra som kvarstår

också när projektanslaget är slut. Risken är dock stor att avgränsade samverkansprojekt som drivs under en begränsad tidsperiod inte får någon effekt på den ordinarie verksamheten.

När det gäller ersättning till en särskild samverkansaktör är det en fördel om denne kan fungera som informationsbärare mellan olika utförare för enskilda patienter. Precis som vid viktning finns dock svårigheter kring hur de individer som ska få ta del av medlingstjänsterna ska identifieras. I de försök som gjorts har målgruppen varit ytterst begränsad, och det finns anledning att befara att coachningen inte löser de grundläggande kommunikations- och samarbetsproblemen mellan vårdgivarna. Principiellt är det också en nackdel att ytterligare en ny aktör, utan direkt inflytande på hur behandlingen utformas, introduceras i ett redan komplext system.

En konstruktion som ännu är på idéstadiet i Sverige, men som testats i projektform i bland annat Kanada, är system där den samordnande aktören ges ekonomiska befogenheter i form en budget per patient med komplexa vårdbehov. Samordningsaktören blir alltså ansvarig för inköpet av vård och omsorg för individens räkning. Denne aktör saknar incitament att optimera någon enskild vårdgivares ekonomi och kan anlägga ett övergripande perspektiv på den enskildes vård- och omsorgsbehov. Om ersättningen till samordningsaktören kan göras beroende av den sammantagna kvaliteten i de insatser som köps in, innebär modellen att landstinget och samordningsaktören delar på risken. En nödvändig förutsättning för detta är att beskrivningssystem utvecklas så att resultatet av olika vård- och omsorgsinsatser kan kopplas samman (se vidare avsnitt 5).

Alltför snäva ersättningsmodeller hindrar samverkan

Syftet med den här vägledningen är att introducera samverkan som ett viktigt målvärde att ha för ögonen när ersättningssystem ska utformas. Vi har diskuterat olika alternativ för hur ersättning för samverkan kan utformas. Som framkommit har de olika ersättningsformerna olika för- och nackdelar och kan bidra till att uppnå olika mål och lösa olika sorters problem. Då samverkansproblematiken är komplex kan detta lätt leda till slutsatsen att de olika ersättningsformerna i princip bör kombineras för bästa effekt.

Att fler ersättningsformer är bättre än färre är dock en slutsats som ska dras med försiktighet. Resonemanget måste föras mot bakgrund av insikten att den ekonomiska styrningen inom vård och omsorg generellt sett har tenderat att bli alltmer komplex och detaljerad. Intresset för ersättning som styrmedel har ökat och ersättningssystem används för att adressera allt fler problem. I och med detta finns en tendens att lägga till komponenter i, snarare än renodla, ersättningsmodeller. När det gäller målvärdet samverkan över enhetsgränser är detta särskilt viktigt att beakta, eftersom alltför detaljerade ersättningssystem kan försvåra sådan samverkan i praktiken.

Riskerna med en alltför hög detaljeringsgrad i styrningen gäller såväl fast, rörlig som målrelaterad ersättning samt principerna viktning, aggregering och direkt ersättning för samverkansaktiviteter. Om den patientgrupp som viktas in är mycket snävt definierad, finns risken att vårdgivare fokuserar för hårt på att leverera samverkanstjänster till de "öronmärkta" patienterna, snarare än utifrån varje individs faktiska behov. Om de resultat som ersätts är mycket specifika, exempelvis genom sin koppling till enskilda handgrepp eller vissa förfaranden, kan incitamenten till samarbete mellan vårdgivare för att utveckla lämpliga metoder och arbetssätt försvagas. Aggregering av ersättningsobjekt motverkar i sig tendensen till en ökad detaljeringsgrad, men även här finns risken att det som aggregeras baseras på väl avgränsade diagnoser och behandlingar snarare än på den komplexa patientens sammantagna behov av insatser. Etablerade vårdområdesgränser och huvudmannaskapsansvar är andra typer av gränsningar som i praktiken begränsar möjligheterna till aggregering i ekonomistyrningen.

En slutsats är därför att vid utformningen av ersättningssystem för samverkan är det mycket viktigt med en noggrann underliggande problemanalys kring vilka gränssnitt som ska överbryggas och vilka kollektiva värden som ska skapas. Alltför snäva avgränsningar och definitioner kan annars förta effekterna av styrningen.

Det finns även en tidsdimension. En ersättningsform kan passa för en period när man vill åtgärda ett problem, men sedan behöva revideras när andra problem blir mer påträngande. Oavsett vilken modell som väljs så har den ett bäst-före-datum och behöver anpassas i takt med annan utveckling.

Är det conformance eller performance som ska uppnås?

Riskerna med detaljstyrning är också relaterad till svårigheten att formulera övergripande resultatmått för samverkan. Detta problem finns även i relation till andra breda målvärden inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Det är en huvudorsak till att uppföljning sällan sker utifrån övergripande måluppfyllelse, utan utifrån relativt snäva indikatorer. En risk med att fokusera på denna typ av mått är att verksamheterna börjar ägna sig åt ”conformance” snarare än ”performance”, det vill säga man lägger sin tid och energi på att uppnå snävt definierade prestationsindikatorer snarare än att använda sitt omdöme för att åstadkomma en verkligt kvalitativt god vård (jfr Fernler, Krohwinkel Karlsson och Holmgren 2013).

Problemet att definiera och ersätta det egentliga målvärde som eftersträvas illustras väl när det gäller komplexa patienter. En multisjuk äldre persons väg genom vården följer inte samma enkla linje med en början och ett slut som en patient med endast en tydlig diagnos. Multisjuka äldre har flera diagnoser, symtom och funktionsnedsättningar. En vårdprocess kan bromsa upp, eller rentav förhindra, en eller flera andra pågående processer. Det är en utmaning att hitta mått som fångar resultatet av den sammantagna vården och omsorgen. I brist på bra allomfattande mått för komplexa patienter tenderar resultatet att bli det motsatta. Ett exempel är den aktuella idén att ersätta vården för det hälsovärde som skapas av hela vårdkedjor, så kallad ”value-based healthcare” eller värdebaserad vård. Att aggregera ersättning och betala för det värde som skapas av sammanhållna vårdkedjor kan vara en mycket bra lösning, men det förutsätter data som på ett rimligt sätt fångar det värde som skapas. För komplexa patienter finns sådana data ytterst sällan tillgängliga. Det ”lämpliga” sättet att ersätta komplexa patienter blir då gärna som en residual under DRG-baserad ersättning, det vill säga styrningen via ersättning får en mycket hög detaljeringsgrad.

Utformningen av väl fungerande ersättningssystem som styr mot det resultat som eftersträvas ställer alltså stora krav på att den verksamhet som ska ersättas är väl definierad. Det gäller inte alltid för samverkan – tvärtom. Dessa arbetsuppgifter är ofta komplexa och svåra att mäta. Vi har visat hur man på olika sätt kan modifiera grundläggande ersättningsformer för att ge incitament till samverkan, men vi vill som diskuterats ovan betona att detaljerings-

graden i styrningen inte bör vara för hög. Detta gäller oavsett vilken grundläggande ersättningsform och modifieringsprincip man använder sig av.

För att en bredare och mer flexibel ersättning ska styra mot ökad samverkan är det emellertid viktigt att det finns annan motivation och styrning än den ekonomiska. Det innebär att den ekonomiska styrningen behöver kompletteras med andra styrmedel, till exempel uppdragsbeskrivningar kring samverkan, och uppföljning av samverkansutfall. Det finns inga hinder mot att en sådan uppföljning görs detaljerat, även om grunden för den ekonomiska ersättningen är bred.

Flexiblare ekonomistyrning kan ge motivation, men förutsätter en viss riskvillighet

Detaljstyrning är inte bara en administrativ fråga. Mycket tyder på att ett utrymme för inslag i arbetet som inte kan specificeras i förväg är en viktig premiss också för den vardagliga samverkan mellan vårdprofessionella. Om styrningen är bredare lämnas utrymme för variation i arbetssätt mellan enheter. Detta kan gynna den interna motivationen hos vårdpersonalen och innebär större möjligheter till lokal utveckling i t ex samverkansfrågor. En mindre snäv styrning lämnar också större utrymme för ett situationsanpassat omhändertagande av varje individ. En risk är samtidigt att likabehandling mellan patienter inte i lika hög utsträckning kan garanteras.

Det krävs alltså viss riskvillighet och tillit från huvudmännens, kanske också utförarnas sida för att våga sig på en mer flexibel ekonomistyrning. Här är det viktigt att förstå att aggregerade resultatmått avser ett genomsnittligt resultat för en viss verksamhetsform, snarare än en viss effekt för alla patienter eller brukare. Mycket breda indikatorer kan också vara olämpliga när man ger ersättning direkt till mindre enskilda utförare, till exempel primärvårdsmottagningar. Här kan variationer mellan olika enheters patientunderlag leda till orimligt stora orättvisor (Anell och Glenngård 2012).

Ersättningsnivån kan påverka utrymmet för samverkan

I likhet med de flesta arbeten kring ersättningsystem har denna vägledning sitt fokus på ersättningsprinciperna, det vill säga på vilka grunder ersättningen

ska betalas. När det gäller samverkan kan det dock vara relevant med en kommentar även kring vad man bör tänka på när ersättningsnivån ska fastställas. Resonemanget förs på ett principiellt plan. För vägledning kring hur konkreta prisnivåer i kan bestämmas, se exempelvis SKL (2009).

Studier har visat att samverkansproblem mellan exempelvis hemtjänst och hemsjukvård kan bli större när de ekonomiska resursbegränsningarna tilltar (Kraus 2008). Rimligen blir det svårare att samverka om ersättningsnivån är mycket låg. Om ersättningsnivån är satt enbart utifrån kostnaden för att genomföra de specifika insatser en vårdgivare har ansvar för, finns inte utrymme för samverkan om den kostar. Vid fasta ersättningar finns frihetsgrader för utförare att omfördela resurser internt så att exempelvis samverkan prioriteras, men dessa drivkrafter kan antas minska ju mer specifik ersättningen till varje vårdgivare är. Om samverkan i alla sina delar inte ersätts separat krävs det alltså ett visst mått av resursmässigt utrymme för att möjliggöra att vårdgrannar ska lägga tid och kraft på att samordna sina verksamheter.



A collection of writing instruments, including several pens and pencils, are scattered on a light-colored wooden surface. The instruments are in various colors, including blue, white, and black. The background is softly blurred, emphasizing the text in the foreground.

5. Önskvärd *utveckling* av annan styrning

En förutsättning för att de ersättningsprinciper för samverkan som diskuterats ska kunna införas och få önskvärda effekter i praktiken är att andra styrssystem samspelar med, eller åtminstone inte motverkar användning av dessa principer. Här finns ett antal svårigheter i dagens styrning av hälso- och sjukvården och omsorgen som kan skapa problem att åstadkomma samverkan. Vi ska avslutningsvis peka på några förutsättningar för att de ersättningsprinciper vi har presenterat med framgång ska kunna implementeras. I relation till detta diskuteras önskvärda förändringar i styrningen av vård och omsorg. Dessa förändringar är mer eller mindre svåra att genomföra. Det är även olika typer av förändring som krävs. Vissa förutsätter professionell och teknisk utveckling, andra en politisk viljeinriktning, ytterligare andra lagändringar och nya föreskrifter.

Förbättra förutsättningarna för bredare helhetslösningar

En princip för samverkan som prövats både i större skala internationellt och i några svenska försöksverksamheter är att skapa bredare helhetslösningar av vård- och omsorgstjänster. För gruppen svårt sjuka äldre kan det i ett första steg handla om hemtjänst, hemsjukvård och primärvård, men också dagverksamheter och viss specialistvård, såsom geriatrik.

Bredare helhetslösningar kräver ett antal förändringar av det nuvarande sättet att organisera svensk hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Bredare helhetslösningar kan även kräva ett nytt professionellt ledarskap, vilket kan utmana befintliga arbetssätt och omfördela resurser bland de vårdgivare som berörs. Hur kunskapsutveckling och utbildning inom vård och omsorgsområdena organiseras är andra viktiga aspekter som kan påverka utvecklingen av samverkan och helhetstänk i praktiken.

Möjlighet att formulera bredare uppdrag

En önskvärd förändring av dagens styrssystem är ökade möjligheter för beställare att utforma bredare uppdrag som omfattar ansvar för flera tjänster. Det förutsätter i sin tur samverkan mellan landsting och berörda kommuner, men också mellan olika beställare och andra uppdragsgivare inom enskilda kommuner och landsting. Här är det många juridiska, politiska, administrativa och ekonomiska gränser som behöver överbryggas för att dels formulera sådana

samordnade och breda uppdrag, dels komma överens om hur finansiering av dessa uppdrag ska fördelas.

Möjlighet att erbjuda och välja helhetslösningar

Möjligheten att formulera bredare uppdrag är nära relaterad till möjligheten för vårdgivare erbjuda breda helhetslösningar där alltifrån daglig omsorg till viss slutenvård kan ingå. Som patient/brukare innebär detta att en vårdgivare får ansvar för att helheten i ens behov av vård och omsorg fungerar. Samtidigt innebär val av ”servicepaket” en minskad valfrihet att själv utforma en individuell kombination av hemtjänst, primärvård och annan vård och omsorg.

Ett nationellt hinder för att möjliggöra utbud och val av helhetslösningar är Lagen om valfrihet (LOV) eftersom den haft sitt fokus på rätten för den enskilde att välja primärvård. LOV införs nu inom allt fler vårdområden men separat från varandra, vilket innebär allt fler val för individen utan inbördes koordinering av utförarna. För svårt sjuka äldre är detta särskilt problematiskt eftersom de ofta har svårt att själva agera som samordnare.

Samverkan och konkurrensutsättning behöver i princip inte stå i motsats till varandra. Helhetslösningar kan t ex erbjudas i konsortier där vårdgivare på en marknad går samman för att ta ett uppdrag gemensamt. Detta förutsätter dock större möjligheter än idag för vårdgivare att specialisera sig på och profilera sig mot vissa grupper, exempelvis svårt sjuka äldre. Det kan också kräva rätt för vårdgivare att bara acceptera patienter/brukare som dels har kvalificerat sig för att få en sådan helhetslösning, dels är villiga att binda upp sig för hela det paket av vård och omsorg som erbjuds.

Beskrivning och uppföljning av bredare helheter

Uppföljning och utvärdering har fått allt större betydelse som styrmedel inom vården och omsorgen under senare år. Samtidigt har vi gått mot en alltmer splittrad form av utvärdering med krav från myndigheter, beställare och andra uppdragsgivare på att vårdgivare ska samla in, sammanställa och rapportera alltfler mätvariabler, ofta på en mycket detaljerad nivå. Fragmentiseringen förstärks av att merparten av dessa mätvariabler endast berör vad enskilda vård- och omsorgsgivare har åstadkommit. För att underlätta ökad samverkan är det önskvärt att sträva mot bredare beskrivningssystem och uppföljningar av större helheter.

En svårighet ligger i hur dessa bredare data ska samlas in. De data som är tillgängliga och systematiserade om vårdens kvalitet följer den medicinska vetenskapens och vårdorganisationens stuprörsindelning. Medicinska kvalitetsregister är regelmässigt fokuserade på data gällande en viss diagnos eller sjukdomsgrupp. Även mer omvårdnadsinriktad data samlas vanligtvis in enhetsvis. Vid all form av styrning mot samverkan mellan vårdenheter och specialiteter blir därför en viktig fråga vilka nya krav som ställs på beskrivnings- och uppföljningssystemen.

En nyckelfråga i det fortsatta arbetet kring beskrivning och uppföljning av samverkan är att kunna koppla samman olika vårdkontakter kronologiskt till en process, trots att dessa inte konstituerar en enkel avgränsad vårdkedja med en början och ett slut. En väg framåt som för närvarande utreds av Socialstyrelsen är införandet av så kallade vårdprocess-ID. Systemet ska i sin grundversion möjliggöra att följa alla insatser från att en patient söker vård för ett visst hälsoproblem för första gången till att denne inte längre behöver vård för det hälsoproblemet. I samband med detta utreds också möjligheten att koppla ihop olika hälsoproblem som en individ kan ha samtidigt. När det gäller mest sjuka äldre är det dock ett problem att dessa ofta har många olika vårdkontakter som behöver koordineras löpande, snarare än att det är de faktiska hälsoproblemen som har samband (Socialstyrelsen 2013). Att skapa överblick över dessa är en komplicerad uppgift i sig, och att genom systemet utläsa de patientspecifika samordningssynergierna är en ännu större utmaning.

Ett alternativ – eller komplement – till en standardiserad beskrivning av komplexa vårdvägar och resultatet av dessa är att förändra den nuvarande föreställningen om vad som utmärker goda uppföljningar och utvärderingar. Snarare än att fokusera på standardiserade mått kan man tänka sig bredare, mer kvalitativt inriktade, analytiska uppföljningar av hur samverkan mellan vårdgivare fungerar och inte fungerar. Detta bör även inkludera dokumentation av patienter/brukares egna upplevelser av samverkan. Givet svårigheten att på förhand definiera vad som utgör god samverkan, och därmed att utforma lämpliga uppföljningsvariabler, kan sådana bredare utvärderingar i många fall vara att föredra. De är också lättare att införa.

Styrssystem samverkar – och motverkar

I inledningen till den här vägledningen påpekade vi att styrssystem inte kan behandlas oberoende av varandra. Vi konstaterade också att klassiska ersättningsformer där enskilda enheter får betalt för sina prestationer motverkar de incitament till samverkan som finns inom exempelvis lagstiftningen och i relation till vissa professionella normer. Att förändra ersättningssystemen är därför ett viktigt led i att åstadkomma samverkan.

Men ersättningssystem är som vi också beskrivit ovan inte den enda boven i dramat. Det finns många andra styrimpulser i dagens vård och omsorg som är minst lika hämmande för möjligheterna till samverkan. Förändringar av ersättningssystem kan ha en mycket måttlig effekt om andra styrssystem styr bort från samverkan mellan vårdgivare.

Givet de praktiska svårigheter som finns när det gäller att förändra såväl ersättningssystem som andra styrformer så att de stödjer samverkan, vill vi dock avslutningsvis argumentera för att man i utformningen av nya styrssystem åtminstone tar in samverkan som ett målvärde och försöker undvika att införa styrning som direkt motverkar samverkan.

Effekter i teorin och i praktiken

Även om de teoretiska kunskaperna är en viktig utgångspunkt i valet av ersättningsformer är frågan om vilka faktiska effekter de olika ersättningsformerna kommer att få i den aktuella verksamheten naturligtvis den mest intressanta frågan för den som står i begrepp att utveckla sitt ersättningssystem. Att på ett statistiskt säkerställt sätt kartlägga sambanden mellan ekonomiska incitament och deras empiriska effekter är dock svårt (jfr Jacobsson 2007, Anell 2010 och Krohwinkel Karlsson 2012). En orsak är att när nya ersättningsprinciper införs så görs detta sällan isolerat utan oftast tillsammans med andra förändringar, till exempel nya avtalsstrukturer och nya former för uppföljning. De effekter som i efterhand kan studeras beror då både på de införda ersättningsprinciperna och på alla andra förändringar som har genomförts.

Även om effekterna av en ersättningsprincip kan fastställas i en studie av principens användning i en viss lokal situation så är det också svårt att förutspå hur denna ersättningsprincip kommer att fungera i ett annat sammanhang. Det finns alltför många lokala faktorer som kan påverka effekterna, som inte kan kontrolleras för. Effekterna av ersättningssystem varierar dessutom över tiden. Dels på grund av övergripande förändringar av vården och omsorgens styrning och organisation, dels för att de verksamheter som styrs anpassar sig till systemet. Styrningens innehåll behöver modifieras över tid så att ersättningssystemet fortsätter att stimulera och ge upphov till nya effektivare och bättre sätt att åstadkomma, i det här fallet, god samverkan.

Hur stora eller små effekterna av den ekonomiska styrningen faktiskt blir beror alltså inte bara på principiella samband, utan också på omständigheterna i det enskilda fallet, bland annat hur ersättningssystem samverkar med andra typer av styrmedel och drivkrafter. För att i framtiden kunna utforma så bra ersättningssystem som möjligt krävs mer forskning, kanske särskilt av hur olika sätt att ersätta för samverkan påverkar vård- och omsorgspraktiken. Mer angeläget än att reda ut effekterna av enskilda ersättningsformer kan vara att studera hur olika ersättningsformer fungerar gemensamt, samt hur ersättningssystem samverkar med andra styrsystem när det gäller att skapa samverkan. Det är därför viktigt att landsting och kommuner fortlöpande dokumenterar de erfarenheter som erhålls från användningen av de olika principer som diskuteras i denna vägledning.

6. Referenser

- Anell, Anders (2013). *Vårdval i specialistvården: Utveckling och utmaningar*. SKL.
- Anell, Anders (2012). *Vårdval i primärvården: Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. SKL.
- Anell, Anders (2010). *Värden i vården en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. ESO-rapport 2010:7.
- Anell, Anders och Anna H Glenngård (2012). *Vad gör primärvården för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting*. LHC Report Nr 10 2012.
- Bowin, Rolf, Ulla Gurner, Anna Krohwinkel Karlsson och Jon Rognes (2012). *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor: En analys av komplexa flöden*. LHC Report Nr 11 2012.
- Charlesworth, Anita, Alisha Davies och Jennifer Dixon (2012). *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. London: Nuffield Trust.
- Fernler, Karin, Anna Krohwinkel Karlsson och Per Gunnar Holmgren (2012). *Ledande frågor: 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för eldning och styrning av vård*. Stockholm: LHC.
- Hagbjer, Eva (2012). *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. LHC Report Nr 5 2012.
- Jacobsson, Fredric (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård*. CMT Rapport 2007:2.
- Kammarkollegiet (2012). *Ersättningsformer vid upphandling av vård och omsorg*. Kammarkollegiet Rapport 2012:4.
- Kraus, Kalle (2008). *Sven eller pengarna+ Styrningsdilemman i äldreomsorgen*. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.
- Krohwinkel Karlsson, Anna (2012). *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?*
- I Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.) (2012). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.
- SKL (2009). *Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå: Hemtjänst och särskilt boende*.
- Siverbo, Sven, Lena Andersson-Felé, David Karlsson och Viveka Nilsson. *Demokratisk och effektiv styrning*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2013). *Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården*. Delrapport 2013-10-2.
- SOU 2009:84. *Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt*.

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makronivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienter och brukare får en bättre vård och omsorg.

Vill du veta mer?

På vår sajt hittar du information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

Checklista för utveckling av ersättningssystem för samverkan

	FRÅGA	EXEMPEL PÅ ASPEKTER SOM KAN UNDERSÖKAS	ÖNSKAT RESULTAT
NULÄGESBESKRIVNING			
1	För vilka patienter är bristande samverkan ett problem?		Definition av patientgrupp i fokus
2	Vilka vårdgivare har problem med samverkan?	• Berörda vårdområden? • Inbegripna utförare inom varje vårdområde? • Inbegripna huvudmän?	Lista på inblandade parter
3	Vilken typ av samverkansproblem är det fråga om?	Exempel på problemtyper: • Bristande prioritering inom varje enskild vårdform av berörda patienter? • Brist i kommunikationen och samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare? • Avsaknad av en aktör med helhetsansvar för samverkan kring patienterna?	Beskrivning av samverkansproblematik och relationer mellan vårdgivare
4	Hur är dagens ersättningssystem utformat?	Kartlägg för samtliga inblandade vårdgivare: • Fasta ersättningar • Rörliga ersättningar • Målrelaterade ersättningar	Beskrivning av befintliga ersättningssystem
5	Hur påverkar dagens ersättningssystem möjligheterna till samverkan?	Försvåras samverkan exempelvis av • Detaljeringsgraden i ersättningarna • Nivån på ersättningarna	Analys av effekterna av befintliga ersättningssystem
PRINCIPIELLA LÖSNINGAR			
6	Vilka ersättningsprinciper skulle kunna bidra till att lösa de aktuella samverkansproblemen?	Alternativa principer, jfr tabell 3: • Vikning av den patientgrupp som har behov av samverkan. • Aggregering av ersättningen till de verksamheter som ska samverka • Direkt ersättning för samverkansaktiviteter	Beskrivning av alternativa ersättningsprinciper för ökad samverkan

7	Hur kan ersättningsprinciperna tillämpas på dagens ersättningssystem?	Alternativ till förändring, jfr tabell 4: • Modifiering av fasta ersättningar? • Modifiering av rörliga ersättningar? • Modifiering av målrelaterade ersättningar? • Modifiering av andel/nivå på de olika ersättningarna?	Lista på konkreta möjligheter att förändra befintliga ersättningssystem
PRAKTISK TILLÄMPNING			
8	Finns praktiska förutsättningar för att genomföra alternativa förändringar?	Aspekter att beakta, t ex: • Datatillgång • Lagutrymme • Politisk vilja • Lokal samarbetsanda	Analys av förutsättningar och hinder för möjliga förändringar av ersättningssystemet
9	Hur påverkar övriga styrsystem den förväntade effekten av förändringarna av ersättningssystemet?	Beakta t ex utformningen av: • Uppdragsbeskrivningar • Kundval • Uppföljning	Lista på önskvärda förändringar av andra styrsystem
10	Sammantagen analys av genomförbarhet och effekt av olika alternativ		Beslut om och specificering av det nya ersättningssystemet
11	Införande och uppföljning av det nya ersättningssystemet	Följ upp hur systemet tas emot och genomförs. • Synpunkter från utförare • Faktiska effekter på samverkan i praktiken	Kontinuerlig utveckling av ersättningssystem för samverkan





Leading Health Care