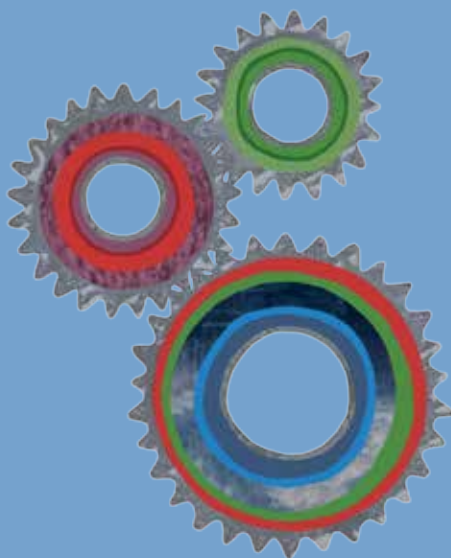


Bättre psykosvård genom bättre beställningar

Handbok för regionalt arbete

Schizofreniförbundet
2017



Bättre psykosvård genom bättre beställningar
Handbok för regionalt arbete
Schizofreniförbundet, 2017

Copyright: 2017 Schizofreniförbundet

Illustration: Nora Jonsson/Dynamo - Möjligheternas Förlag
Text: Lennart Lundin/Schizofreniförbundet
Grafisk form: Gabriel Gumucio/Capital Motion
Produktion: Dynamo - Möjligheternas Förlag

Rundabordssamtal kring vikten av att sluta beställa prestationer och börja beställa resultat

För någon som har schizofreni är ett återfall i psykos mycket allvarligt. De framsteg som har gjorts till exempel med rehabilitering med mera riskeras att gå förlorade. Risken att man ger upp och skadar sig själv ökar med varje återfall.

En genomgång av Stockholms schizofrenivård visar på skrämmande siffror, av de cirka 7 300 personer med Schizofreni som bor i Stockholm så hade över 1 000 av dessa personer ingen kontakt med vården. Schizofreniförbundet är mycket oroat över dessa siffror och föreslår en reform i politikernas psykiatribeställning; Sluta att beställa prestationer och börja beställa resultat. De föreslår beställningen: Färre återfall!

Lennart Lundin, förste vice ordförande i Schizofreniförbundet, skrev i juni en debattartikel om ämnet: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/06/27/mer-framsynt-att-bestalla-farre-aterfall/>.

För att få till en diskussion och få upp ämnet på politikernas agenda arrangerade förbundet ett rundabordssamtal i mitten av oktober. De ville lyfta frågan om en mer riktad beställning av en vård som innebär färre återfall i psykos är möjlig och lämplig.



Deltagare på mötet var:

- Lennart Lundin, förste vice ordförande, Schizofreniförbundet
- Yvonne Augustin (S), ordförande sjukvårdsnämnden SUND Region Skåne
- Märten Skogman, handläggare på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholm
- Andreas Gremyr, verksamhetsutvecklare, Psykiatri Psykos, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Maria Fälth (KD), ledamot i regionfullmäktige, Stockholms läns landsting (SLL)
- Dag Larsson (S), 2:a vice ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting
- Kerstin Evelius, nationell samordnare för psykisk hälsa, Socialdepartementet
- Ing-Marie Wieselgren, nationell samordnare för psykisk hälsa, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Zophia Mellgren, projektledare vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Joakim Ramsberg, projektdirektör vid Vårdanalys
- Ninon Maraha (L), 1:e vice ordförande landstingsstyrelsen, Stockholms läns landsting (SLL)

Moderator var Susanna Popova.

Mötet inleddes med att alla presenterade sig och kort gav sin syn på dagens ämne.

Märten Skogman, som arbetar som handläggare inom psykiatri, sa att de i Stockholm upphandlar en stor del av vården och ställde sig tveksam till hur mycket man kan ändra i de ersättningsmodeller som ligger i förfrågningsunderlaget, utifrån Lagen om Offentlig

Upphandling (LOU). Det rör sig förmodligen om långa tidscykler innan förändringar angående ersättning kan göras i den upphandlade vården. Den försvårande omständigheten finns dock inte i offentligt driven vård.

Samtidigt påpekade Andreas Gremyr att ersättningsystem går hand i hand med de som beställer.

Dag Larsson såg två utmaningar.

"Hur får man aktörerna runt patienten att samverka? Vi bygger upp system som inte samverkar. Hur konstruerar vi förnuftiga ersättningsmodeller?"

Dag ställde även frågan om någon runt bordet kände till något ersättningsystem som fungerade på ett bra sätt men ingen kunde ge något exempel.

Ninos Maraha lyfte fram vikten av att inkludera patienten. Hur kan man utveckla processer kring patienten? Ninos ansåg att det är upp till vården:

"Men det krävs att vi stimulerar vår vårdpersonal som vill hjälpa dessa patientgrupper på ett bra sätt och att de också ser kopplingen mellan somatisk och psykiatrisk vård."

Yvonne Augustin menade att det krävs samverkan. Hon gav ett tydligt exempel på hur de inom Region Skåne har arbetat aktivt med att få ner antalet självmord inom regionen.

"Programmet Uppdrag granskning hade ett reportage från Skåne om en ung man som tog sitt liv. Hans pojkvän la ut bilder på sociala medier

där man kunde se att han bland annat hade skärp på sig och även som lekman förstod man att detta inte var rätt skött. Vi fick även fler signaler om att psykiatrin inom regionen fungerade riktigt dåligt. Jag kände att detta måste vi ta tag i.”

Regionen genomförde en genomlysning av psykiatrin. Man skattade risken för självmord och utbildade all personal. Resultatet har blivit en kraftig minskning av antalet självmord. Regionen startade med vuxen- och går nu vidare med barnpsykiatri och sedan rättspsyk. Projektet har också lett till att man nu också samverkar bättre med kommunerna.

Kerstin Evelius sa till Yvonne att Region Skåne nu har ett mycket bra samarbete med ”blåljusorganisationerna”.

”Ni har byggt ihop ett system, suicidprevention, inte bara på sjukhuset.”

Samtidigt konstaterade Kerstin att ersättningsystemen är det som styr. Det finns hur många styrsystem som helst.

”Vi håller på att ta fram nyckelindikatorer för kommuner och landsting där vi tittar på vad som är värdeskapande för patienten. Jag skulle vilja komma ner till en nationell, en regional samt en kommunal nivå och att vi får med brukarperspektivet.”

Joakim Ramsberg, som arbetar på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, har till uppgift att följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv.

”Det behövs koordinerade insatser för denna grupp, men det är inte nödvändigtvis samverkan som är lösningen. Samverkan är i praktiken

svårt att få till. Även när det finns mått i till exempel kvalitetsregister som visar att koordineringen brister verkar patienter och brukare ofta falla mellan stolarna. Försöken att utveckla området lider dessutom av "projektfiering". Man ställer sig frågan: varför starta en försöksverksamhet om man inte har för avsikt att fortsätta även om försöket är lyckat? När projektet avslutas avvecklas de ofta."

Det behövs system för utfallsmått som följs upp.

Ing-Marie Wieselgren menade att vi måste samverka mellan olika funktioner och då inte "mazarinsamverkan". Vårdgivarna måste se helheten och sedan måste vi ha indikatorer. De ska både vara positiva som till exempel funktionsförmåga men även negativa som återfall. Generella ersättningsmodeller fungerar inte för ytterlighetsgrupper som detta är menade Ing-Marie.

Lennart Lundin lyfte just detta med återfall.

"För några år sedan gjorde vi inom förbundet en undersökning hos våra medlemmar vad som var "top-of-mind" hos dem. Det som då kom fram var att många var rädda för återfall. Därför vill vi gärna driva frågan kring färre återfall."

Maria Fälth lyfte fram det faktum att patienterna bollas mellan landsting och kommun, något som hon ser som ett stort problem. Ett problem som kan vara en orsak till återfall.

Ing-Marie undrade om återfall är det bästa att fokusera på. Kanske vi ska satsa på att räkna resultat istället? Inte bara på behandling utan även på andra parametrar som till exempel klarar barnen skolan bättre?

Mårten var inne på samma linje:

”Såklart är återfall en av de sakerna som gör att man inte återhämtar sig och inte får förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet. Sysselsättningen, försörjningen, familj, barn blir drabbade. Återfall är viktigt men det kanske blir lite för avgränsat. Kanske kan det slå fel. Det vore bra med lite mer positivt inriktade mått också.”

Kerstin sa att det kan vara brister i att mäta olika parametrar.

”Kanske patienten har fått en bra behandling men katten gick bort på grund av att man blev omhändertagen eller att pappren från Försäkringskassan inte blivit ifyllda. Då kan patienten vara missnöjd trots behandlingen.”

Ninos menade att resultatmått är viktiga men hur gör man för att undvika att endast de ”enkla” patienterna blir omhändertagna?

Under mötet presenterade Andreas hur han och hans kollegor jobbar med patienterna. Han visade ett exempel.

”Vi arbetar enligt FACT-metoden (Flexible Assertive Community Treatment). Patienternas behov varierar över tid så vi går igenom alla patienter och ger dem olika färger för att tydligt visa om det är någon som är på väg att få ett återfall och också kunna följa utvecklingen över tid.”

Yvonne berättade att de också arbetar efter FACT inom Region Skåne.

”Vi bjuder in verksamhetschefer till nämnden där de får presentera resultat, till exempel hur det har gått med antalet självmord. De har för övrigt halverats. Mötena uppskattas både av oss politiker och av vården.”

Joakim sa:

”Det finns en stor överdödlighet i gruppen med psykosjukdomar som inte i första hand förklaras av självmord utan mest av att dessa patienter har en väldigt dålig somatisk hälsa. Detta borde vara en mycket angelägen uppgift för vården. Om man jämför med utvecklingen inom hjärta/kärl och cancer så ser man stora skillnader. Dödligheten inom dessa grupper har minskat i snart flera decennier. Under samma tidsperiod har psykiatrin i princip stått still.”

Zophia Mellgren lyfte att hon gärna ser att huvudmän är ansvariga för olika instanser, som till exempel att Socialtjänsten och psykiatrin ska samarbeta. Zophia jobbar med arbetsmetoder och insatser för de svårast sjuka. Hon sa att vi idag har 17 psykoteam i Sverige som jobbar med FACT och några fler är på gång. Det borde finnas fler integrerade multidisciplinära team, med personal från både kommun och landsting, som jobbar med de svårast sjuka.

Yvonne sa:

”Jag tycker vi ska vara tydliga, detta är en av de svagaste grupperna och då måste vi som medborgarföreträdare stå upp för den här gruppen. Vi i Region Skåne lägger för lite pengar och det tycker jag är riktigt dåligt och något jag kämpar för att ändra. Vi har börjat arbeta med brukarstyrda inläggningar med gott resultat. Antalet vårddygn har minskat samtidigt som patienterna vet att om jag mår riktigt dåligt så finns det en vårdplats.”

Dag sa att så jobbar norra Stockholm också och även de har fått ett positivt gensvar.

Maria höll med om att dessa patienter lever lite i skuggan. Samtidigt

så tyckte hon att de som är engagerade i psykiatrifrågorna inom landstinget verkligen har ett stort intresse att föra viktiga frågor framåt som gagnar patienterna.

"Samtidigt måste vi skaffa oss mer kunskap, mer utbildning så att vi kan bli ännu bättre på att ställa rätt frågor och olika krav. Det bästa sättet att göra det på är att ge sig ut på studiebesök och verksamhetsbesök."

I slutet av mötet lämnade Susanna över ordet till Lennart.

"Anledningen till att vi, Schizofreniförbundet, tyckte att återfall var så viktigt, är att vi vill ta fram ett entydigt mått som vi kan mäta på nåt vis, och som vi kan göra något åt."

Sjukvården har i många fall effektiva organisations- och behandlingsmetoder samt effektiva läkemedel. Därför menade Lennart att då måste man kunna mäta resultat.

En undersökning som en av deltagarna lyfte fram och som hade besvarats av verksamhetschefer, visade att just resultat kom långt ner på listan över de delar i arbetet som var viktiga för respondenterna. Lennart ställde frågan varför inte resultat kom högst upp på listan.

"Tänk om chefen för Ericsson hade resonerat likadant. Vad hade styrelsen tyckt om det?"

Lennart menade att vården, med hjälp från politikerna, måste stödja utveckling av uppföljningssystem. Kan man mäta resultat så kan man också göra bättre beställningar.

Lennart tackade samtliga deltagare och medarrangörer.

"Vi har under vårt samtal haft en fördjupad diskussion om psykiatrins, och framförallt psykosvårdens, resultat vilket var syftet med mötet. Diskussionerna har varit mycket givande. Detta är startpunkten på att något ska hända!"



Hur vi kan driva våra frågor regionalt

Fakta

Schizofreniförbundet arbetar för ökad kunskap om schizofreni och liknande psykosjukdomar samt de funktionsnedsättningar som sjukdomen för med sig. Förbundet verkar även för att myndigheter och institutioner ska utveckla sina insatser för vård och rehabilitering utifrån individernas egna förutsättningar. Detta arbete görs både på nationell och regional nivå. Rapporten nedan syftar till att underlätta det regionala påverkansarbetet.

I den här delen av rapporten beskrivs hur det politiska beslutsfattandet fungerar och är organiserat i Sverige, med särskilt fokus på hälso- och sjukvården. Ansvaret för hälso- och sjukvården är uppdelat mellan staten, landstingen och kommunerna. Men det är ojämnt fördelat och landstingen bär det överlägset största ansvaret, i egenskap av ansvariga för organisationen av vården, så att alla medborgare får tillgång till en god sådan.

Hälso- och sjukvården är den viktigaste frågan på landstingsnivå och tar omkring 90 procent av landstingsbudgeten i anspråk. Landstingen väljer hur sjukvården ska organiseras och hur ersättningsmodellerna till utförarna utformas. Därför är det viktigt för Schizofreniförbundet att föra en kontinuerlig dialog med företrädare för landstingen och utförarna. Vilka företrädare som är särskilt viktiga och vad som är bra att tänka på i kontakterna för att Schizofreniförbundets behov och åsikter ska tillgodoses i så hög utsträckning som möjligt redogörs också för i den här delen av rapporten.

Riksdag och regering

Riksdagen består av 349 ledamöter från olika partier. En av riksdagens viktigaste uppgifter är att besluta om lagar, därför kallas den för den lagstiftande makten. Lagförslagen lämnas ofta av regeringen, men kan lämnas av enskilda riksdagsledamöter eller grupper av riksdagsledamöter. Kommer lagförslaget från regeringen kallas den för proposition, annars motion. För att en lag ska antas måste den stödjas av en majoritet av riksdagsledamöterna i en votering. Enskilda riksdagsledamöter kan skriva motioner under den allmänna motionstiden som varar från riksdagens årliga öppnande under hösten till 15 dagar efter regeringen har lämnat budgetpropositionen till riksdagen.

Regeringen, den verkställande makten, ser till att riksdagens beslut blir genomförda. Till sin hjälp har regeringen regeringskansliet med tillhörande departement, och myndigheterna och statliga bolag.

Riksdagens utskott

Riksdagen är uppdelad i 15 utskott, som driver riksdagens arbete framåt genom att förbereda besluten som tas av riksdagens samtliga ledamöter. Varje utskott har ett antal områden som det ansvarar för. Hälso- och sjukvårdsfrågorna behandlas i socialutskottet.

Varje utskott består av 17 riksdagsledamöter och sammansättningen speglar mandatfördelningen i riksdagen, vilket innebär att det största partiet har flest platser i varje utskott.

När regeringen lämnar en proposition eller en riksdagsledamot en motion hamnar den alltid först hos ett av utskotten, där frågan

bereds. Utskottet tar först ställning, varefter hela riksdagen fattar det slutgiltiga beslutet.

Statsbudgeten

En betydelsefull del i riksdagens arbete är att besluta om statens utgifter och inkomster i statsbudgeten, som presenteras varje år. Arbetet med statsbudgeten tar sin början under våren då regeringen drar upp riktlinjerna för den ekonomiska politiken i vårpropositionen. I september lägger så regeringen budgetpropositionen, som är ett fullständigt förslag till statsbudgeten. Riksdagen röstar sedan om statsbudgeten och det är regeringens uppgift att se till att riksdagens beslut genomförs.

Inkomsterna i statsbudgeten kommer till 90 procent från skatter, det vill säga skatter på medborgarnas löner och övriga inkomster, moms och tullar på varor som importeras. Utgifterna är uppdelade på 27 så kallade utgiftsområden. Det är alltså områdena som medlen i budgeten ska fördelas på. Hit hör till exempel hälso- och sjukvård, utbildning, försvar och EU-avgiften.

Landsting och kommuner

Landstingen

Sverige består av 20 landsting. Några av landstingen har ett utökat ansvar för regional utveckling och kan därför kalla sig regioner, fastän de formellt sett är landsting. Landstingen och regionerna har ansvaret för uppgifter som är gemensamma för större områden och som kräver ekonomiska resurser kommunerna själva inte har. Hit hör hälso- och sjukvården, som är landstingens överlägset största ansvarsområde, men också tandvård upp till 20 års ålder

och kollektivtrafik. Andra områden som landstingen kan välja att ansvara för är kultur, utbildning, turism och regional utveckling. Landstingen har således ansvar för vissa uppgifter, men väljer själva hur de vill använda sina pengar.

Största delen av landstingens inkomster kommer från landstingsskatten, som betalas av deras invånare. Cirka 30 procent av intäkterna kommer från annat håll, bland annat från statsbidrag och bidrag för läkemedelsförmånerna, bådadera tagna ut statsbudgeten. Landstingen bestämmer själva hur hög skatten ska vara och hur pengarna fördelas mellan olika verksamheter.

Till landstings- eller regionfullmäktige, som är det högsta beslutande organet, väljs politiker från olika politiska partier att representera befolkningen och besluta i de viktigaste frågorna. Fullmäktige väljer i sin tur en landstings- eller regionstyrelse som leder och samordnar allt arbete och ansvarar för ekonomin.

Kommunerna

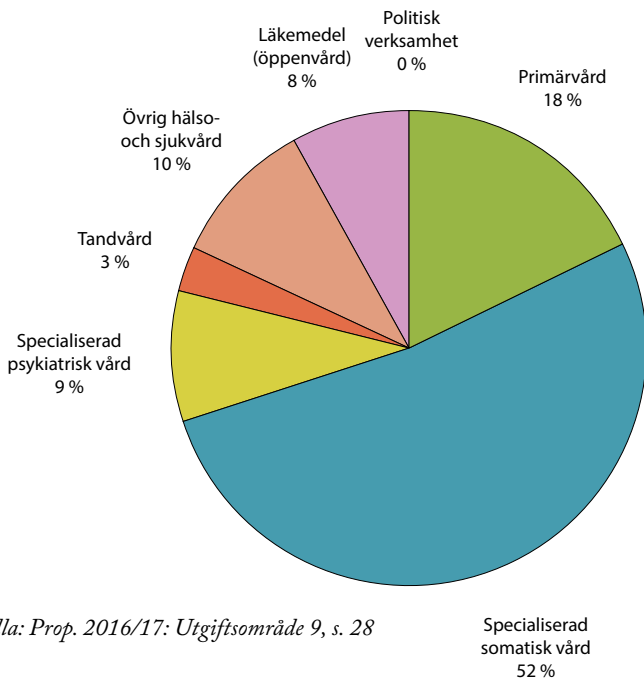
Sverige består av 290 kommuner. De ansvarar för en betydande del av servicen i samhällets närområde. Hit hör bland annat de obligatoriska verksamheterna, förskolan, skolan, socialtjänsten och äldreomsorgen. Ungefär 70 procent av kommunernas intäkter kommer från kommunalskatten. Kommunerna bestämmer själva hur hög skatten ska vara och hur pengarna fördelas. Staten bestämmer emellertid vad kommunerna får ta ut skatt på. Jämte kommunskalskatten får kommunerna intäkter från statsbidrag och från tjänster de tar betalt för, däribland äldreomsorgen.

På kommunalnivå heter den högsta beslutande församlingen kommunfullmäktige. Kommunfullmäktige väljs av kommunens

invånare och tar beslut i de för kommunen viktigaste frågorna. Kommunstyrelsen utses av kommunfullmäktige och leder och samordnar allt arbete och ansvarar för ekonomin.

Hälso- och sjukvårdens organisering

Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat mellan staten, landstingen och kommunerna. Staten är ansvarig för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken och för tillsynen av hälso- och sjukvården. Kommunerna ansvarar för äldrevården, stöd och service till personer som är färdigbehandlade och utskrivna från vården på sjukhusen, samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med personer med psykiska funktionsnedsättningar. Landstingen har störst ansvar för hälso- och sjukvården. De står för organisationen av vården och ser till att alla medborgare får en god sådan.



Källa: Prop. 2016/17: Utgiftsområde 9, s. 28

År 2014 var de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna i Sverige 438 miljarder kronor, vilket är 11,2 procent av BNP. Landstingen stod för 57 procent av utgifterna, kommunerna 25 och staten två. Resterande procent utgjordes i huvudsak av posten som i budgetpropositionen kallas ”hushållens avgifter ur egen ficka”.

Vad gäller psykiatrin anslår staten i statsbudgeten för 2017 knappt 1,1 miljarder kronor i form av bidrag och statsbidrag. Medel som alltså tillkommer utöver de som landstingen själva väljer att avsätta till psykiatrin.

På landstingsnivå står hälso- och sjukvården för cirka 90 procent av landstingens totala kostnader. Diagrammet (sid. 16) visar landstingens kostnader för hälso- och sjukvården fördelade på olika verksamhetsområden, i procent.

Medan staten ansvarar för att ge hälso- och sjukvården rätt förutsättningar har kommunerna, men framförallt landstingen det största ansvaret för planering, finansiering, organisation och genomförande av hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av att hälso- och sjukvården, och därmed också psykiatrin, i huvudsak påverkas av beslut och finansiering på landstingsnivå är det följaktligen här som påverkansarbetet är som viktigast.

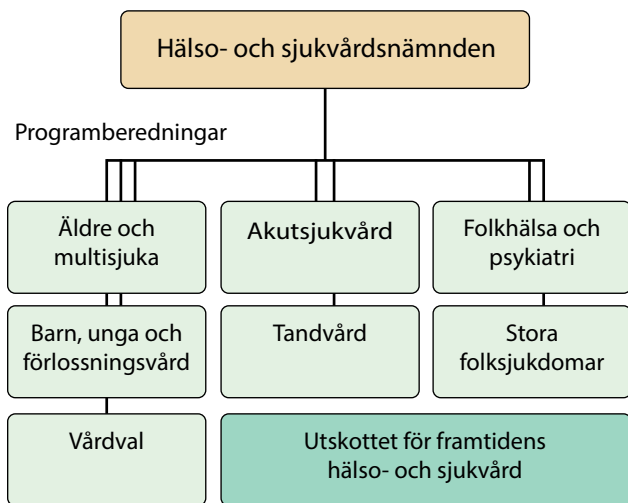
Så fungerar beslutsprocessen i landstingen

Pengar till hälso- och sjukvården i landstingen kommer alltså främst från landstingens egna inkomster, men också från bidrag från staten. Med vetskap om detta, hur ser den politiska beslutsprocessen i landstingen ut? Hur beslutar politikerna om landstingets styrning och hur hälso- och sjukvården ska utformas?

Den löpande politiska styrningen i landstingen sker genom möten i politiska organ där förtroendevalda politiker fattar beslut. Den politiska organisationsstrukturen ser inte exakt likadan ut i alla landsting, men gemensamt för dem är landstingsfullmäktige, landstingsstyrelsen, nämnder, utskott och beredningar. Fördelningen av mandat i landstingsfullmäktige speglar valresultatet. Ordföranden i landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen tillhör oftast, men inte alltid, det största partiet i den styrande koalitionen.

Nämnderna ansvarar för olika politikområden. Det är landstingsfullmäktige eller landstingsstyrelsen som beslutar vilka nämnder som ska finnas och vilka ledamöter som ska sitta i dem. Därför kan nämnderna skilja sig lite mellan landstingen. Samtliga landsting har dock en nämnd med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor.

Nämnden leds av en ordförande som ofta tillhör det största partiet i den styrande koalitionen. Nämnderna ansvarar för den löpande verksamheten och alla frågor som hanteras i landstingsfullmäktige förbereds i någon av dem. I mindre frågor kan nämnderna dock själva fatta beslut. Under nämnderna sorterar utskott och beredningar, som kan ha ansvar för särskilda frågor inom nämndens politikområde. För att ge ett exempel. Så här ser organisationsskissen ut för hälso- och sjukvårdsnämnden med underorgan i Stockholms läns landsting:



Källa: Stockholms läns landstings hemsida

Det är viktigt att skilja på de politiska organen, som styrs av förtroendevalda politiker, och landstingens förvaltning, som befolkas av opolitiska tjänstemän. Förvaltningsorganisationen följer den politiska organisationen och tjänstemännens uppgift är att se till att de beslut som de förtroendevalda fattar genomförs. Hälsa- och sjukvårdsnämnden har alltså en hälso- och sjukvårdsförvaltning knuten till sig.

Ärendehantering i landstingen

Variationer mellan landstingen förekommer, men ett typiskt ärende i landstinget hanteras på följande sätt. När ärendet, som kan vara en motion skriven av en politiker eller en statlig utredning på remiss, kommer in till landstinget hanteras det först av först av förvaltningen. Är det en fråga som berör hälso- och sjukvården är det således hälso- och sjukvårdsförvaltningen som arbetar med ärendet och skriver ett så kallat tjänsteutlåtande. Tjänsteutlåtandet

delas med de förtroendevalda i hälso- och sjukvårdsnämnden, som beroende på ärendets omfattning själva fattar ett beslut eller lämnar ett förslag till landstingsstyrelsen. Den opolitiska landstingsdirektören skriver därefter ett tjänsteutlåtande. Ärendet går vidare till landstingsrådsberedningen som lämnar ett förslag till landstingsstyrelsen, som själva beslutar i frågan eller lämnar ett förslag till landstingsfullmäktige, som då fattar det avgörande beslutet.

Uppdraget verkställs sedan i enlighet med landstingsfullmäktiges beslut och implementeras av de opolitiska tjänstemännen. Fastän de genomför landstingens beslut och sköter verksamheterna är det alltid de förtroendevalda som har det slutgiltiga ansvaret.

Det är värt att känna till att landstingsfullmäktige bara sammanträder ett visst antal gånger per år för att debattera och besluta om ärenden inom landstingets verksamhetsområden. I exempelvis Stockholms läns landsting sammanträder de åtta gånger.

Landstingsbudgeten

Politikens viktigaste styrdokument är budgeten. Budgeten beskriver mål, satsningar, ekonomiska ramar och anger inriktning som landstingets verksamheter ska uppnå. Budgeten styr landstingets verksamhetsbredd. Eftersom hälso- och sjukvården står för cirka 90 procent av landstingens totala kostnader utgör den en minst sagt central del av budgeten.

Processen för att anta budgeten kan skilja sig lite åt mellan landstingen. Exemplet här från Stockholms läns landsting ger ändå en generell bild av hur processen ser ut. Landstingsfullmäktige tar beslut om ett budgetdirektiv, varpå landstingets ekonomiska

förutsättningar analyseras. Landstingsdirektören tar fram ett planeringsunderlag som utgår från de ekonomiska ramarna och som skickas på remiss till nämnderna. Med stöd av planeringsunderlaget och de remissvar som kommit in från nämnderna tar koalitioner och partierna i landstinget fram sina budgetförslag. Efter att den styrande koalitionen har presenterat sitt budgetförslag presenterar oppositionen sitt. Den styrande koalitions förslag fastställs av landstingsstyrelsen. Därefter tas budgetbeslutet i landstingsfullmäktige, där budgetförslagen ställs emot varandra. Beslut om slutlig budget fattas i landstingsstyrelsen och läggs fram som ett så kallat anmälningsärende i landstingsfullmäktige.

Ersättningsmodeller i landstingen

Förutom att bestämma hur mycket pengar som ska satsas på olika områden inom hälso- och sjukvården bestämmer landstingen hur ersättningen, genom modeller, till utförarna ska utformas. Det finns stora variationer mellan olika landsting och mellan primär- och specialistvården.

Ersättningen kan bestämmas i förväg genom att utföraren får ett fast belopp, prospektivt, utan att hänsyn tas till de faktiska kostnaderna. Ersättningen kan också bestämmas i efterhand, retroaktivt. Det

innebär att utföraren får betalt utifrån de faktiska kostnaderna. Modellen som erbjuder ersättningen i förväg uppmuntrar utföraren att arbeta så resurssnålt som möjligt, medan modellen som betalar ut ersättningen i efterhand uppmuntrar utföraren att producera så mycket som möjligt. Ersättningen kan vara fast, alltså inte beroende av hur mycket som görs, eller rörlig. Det innebär att ersättningen baseras på hur mycket som levereras. När ersättningen är rörlig finns incitament att utföra så mycket som möjligt, men inte när den är fast.

I Sverige är fyra ersättningsmodeller dominerande i landstingen, och de används ofta kombinerat:

1. *Kapitation*: storleken på ersättningen baseras på antalet personer, populationen, som vårdgivaren har ansvar för – fast prospektiv ersättning.
2. *Anslag*: ersättningen baseras på en budget som bestäms i förhand – fast prospektiv ersättning.
3. *Ersättning per produktgrupp*: exempelvis diagnosrelaterade grupper (DRG) och vårdepisodersättning. ersättningen till vårdgivaren utgår från definierade åtgärds paket med ett pris som är bestämt i förväg – prospektiv, rörlig ersättning.
4. *Åtgärdsbaserad ersättning*: ersättningen till vårdgivaren betalas ut i efterhand för åtgärderna som har utförts – retrospektiv, rörlig ersättning.

Kapitationsmodellen den dominerande i primärvården

I primärvården är kapitationsmodellen den dominerande i alla landsting. I modellen bestäms ersättningsnivån utifrån en rad egenskaper, som ges olika vikt, hos populationen:

- Ålder tillämpas i 18 av 21 landsting
- Vårdtyngd, patienters diagnoser, ålder och kön, tillämpas i drygt hälften av landstingen utifrån måttet Adjusted Clinical Groups (ACG)
- Socioekonomi används i nästan trefjärdedelar av landstingen, ofta utifrån måttet Care Need Index (CNI)
- Vårdcentralens läge tillämpas i två tredjedelar av landstingen

Som komplement till kapitation används ofta åtgärdsbaserad ersättning i varierande grad. Från några få procent i vissa landsting upp till 50 procent i andra. Även målrelaterade ersättningar är ett vanligt komplement. I princip alla landsting har i olika utsträckning ersättningen knuten till graden av måluppfyllnad. Hur stor denna andel utgör varierar från landsting till landsting, men är ofta mellan en och fem procent.

Specialistvården

Alla landsting i specialistvården använder sig av anslagsersättning. Däremot skiljer sig förekomsten och utformningen av kompletterande modeller åt. En knapp tredjedel av landstingen använder sig enkom av anslag. DRG och vårdepisodersättning används av knappt hälften av landstingen för att beräkna delar av ersättningen.



schizofreniförbundet

BP-projektet
Schizofreniförbundet
Hantverkargatan 3 G
112 21 Stockholm

bp@schizofreniforbundet.se
08-545 559 80