FRÅN TVÅ TILL TIOHUNDRA

– Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall

Medical Management Centrum (MMC)

November 2011

Karolinska Institutet

FRÅN TVÅ TILL TIOHUNDRA

- Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammandrag ... 3

Utvärderingsuppdraget och dess genomförande ... 3
Samverkanseffekter samt kostnads- och produktivitetsutvecklingen ... 4
Mönster och förklaringsmekanismer ... 5

1 Bakgrund, uppdrag, utvärderingsansats och genomförande ... 8

1.1 Utvärderingsuppdraget ... 8
1.2 Utvärderingsansats ... 9
1.3 Utvärderingens upplägg ... 9
1.4 Genomförande ... 11
1.5 Rapportens disposition ... 11
1.6 Referenser kapitel 1 ... 12

2 Bedömning av verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, unga och familj ... 13

2.1 Bakgrund och metod ... 13
2.2 Verksamhetsområdet Psykiatri ... 14
2.3 Verksamhetsområde Barn, Unga och Familj (BUF) ... 37
2.4 Referenser kapitel 2 ... 39

3 Kostnads- och produktivitetsanalys ... 40

3.1 Bakgrund ... 40
3.2 Data och metod ... 40
3.3 Resultat ... 42
3.4 Sammanfattande slutsatser ... 52
3.5 Referenser kapitel 3 ... 53

4 Fallstudien ... 54

4.1 Fallbeskrivningens inriktning och design ... 54
4.2 Metoder ... 55
4.3 Resultat: aktörer och händelser ... 55
4.4 Sammanfattning och analys av organisationens uppkomst och utveckling ... 60
4.5 Diskussion ... 65
4.6 Referenser kapitel 4 ... 69

Sammandrag

Utvärderingsuppdraget och dess genomförande

Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun beslöt hösten 2005 att bilda ett kommunalförbund för att gemensamt upprätthålla hälso- och sjukvård samt socialtjänst på Norrtälje kommuns område (”Norrtäljeprojektet”). Samtidigt etablerades den gemensamma nämnd en förändring av kommunallagen i början av 2000-talet möjliggjorde. Kommunalförbundet samlade all produktion av hälso- och sjukvård samt sociala tjänster i ett helägt aktiebolag. I Tiohundra AB ingår Norrtälje sjukhus, den tidigare landstingsägda primärvården samt den tidigare primärkommunala socialtjänsten och vård- och omsorgsverksamheten. Den nya organisationen startade sin verksamhet den 2006-01-01. Senare separerades tjänsteproduktionen från beställar- och finansieringsfunktionen, varvid kommunalförbundets roll blev att utöva ägarskap över produktionsbolaget TioHundra AB, medan samordningen av beställningar och finansiering har skett i TioHundraförvaltningen under den gemensamma nämnden.

Huvudmotivet för denna i Sverige unika försöksverksamhet var att stödja den lokala horisontella samverkan för att möta de vanligast förekommande omsorgs- och sjukvårdsbehoven. Man skapade en organisation som utgick från 1) samlat befolknings- och finansieringsansvar, 2) ökad fokusering på befolkningens hälsa samt 3) integration i vård- och omsorgsorganisationen med ökad patient- och brukarnytta som följd.

Då beslut fattades år 2009 om att förlänga projektet överenskoms samtidigt att genomföra en utvärdering under år 2011. Utvärderingen har haft att analysera hur väl det ursprungliga syftet med Norrtäljeprojektet har uppnåtts, vilka faktorer som påverkat utvecklingen, och hur dragna slutsatser kan ge vägledning för fortsatta beslut.

Dessa övergripande frågeställningar belyses i en ”realistisk utvärdering” av Norrtäljeprojektet. Utifrån en mångsidig beskrivning av förändringar i yttre förutsättningar, organisation och strukturer samt genomförandeprocessen söks förklaringar till uppnådda effekter, bedömda som eventuella samordningsvinster och som förändringar i ekonomiska prestanda.

Efter diskussioner med företrädare för Norrtäljeprojektet valdes verksamhetsområdena Psykiatri respektive Barn, ungdomar och familjer till föremål för effektbedömningen. De potentiella vinsterna av samordning är särskilt stora inom de områdena, som också uppställt tydliga mål för ett bättre omhändertagande av sina patienter och klienter.

Hur ekonomin utvecklats i den sammanslagna landstingskommunala och kommunala verksamheten har analyserats utifrån utvecklingen av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare över tid i jämförelse med länet och landet i övrigt. Därtill har förändringar av produktionsvolym och kostnader på de olika verksamhetsområdena granskats. Forskargruppen har haft tillgång till uppgifter

om hur primärvårdens produktivitet utvecklats i länet under projektperioden och kunnat jämföra Norrtälje med andra delar av länet.

En omfattande analys av den internationella forskningslitteraturen om integrerade vårdtjänster och samverkan har genomförts. Den publiceras som en separat engelskspråkig bilaga till denna rapport. Den har också använts som en utgångspunkt för förslaget till alternativa former för organisering av vårdtjänster och samverkan i Norrtälje. Sammanlagt sju scenarier formulerades.

Ett omfattande material har insamlats. Utvecklingen av Norrtäljeprojektet över tid har beskrivits utgående från en analys av verksamhetsdokument och aktörsintervjuer. För de två verksamhetsområdena har därutöver verksamhetsstatistik och data från verksamhetsuppföljningar studerats. Bedömningen av effekterna av samordning har gjorts utifrån en karakteristik av god sammanhållen psykosocial insats enligt Forsner och Forsell samt Socialstyrelsens modell för God vård. Produktions- och kostnadsuppgifter för TioHundra AB har inhämtas från bolaget och TioHundra-förvaltningen samt landstingets s.k. VAL-databas och Socialstyrelsens jämförelsetal för socialtjänst och äldreomsorg.

Samverkanseffekter samt kostnads- och produktivitetsutvecklingen

Verksamhetsområdet Psykiatri inom TioHundra AB tillhandahåller en sammanhållen psykiatrisk och psykosocial insats för befolkningen i området. Verksamheten kännetecknas av en generellt hög kompetens, god läkarbemanning och en gynnsam rekryteringssituation. Arbetsformerna är gränsöverskridande. Beslutsvägarna är korta. TioHundra AB:s vision om att ingen ska falla mellan stolarna tycks här vara realiserad. Ett flertal unika, integrerade vårdformer finns – exempel är BeroendeRådgivningen, Unga Vuxna-mottagningen och Psykiatrisk korttidsverksamhet. Verksamheten följer förekommande nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. Sedan verksamheten startade har slutenvårdskonsumtionen minskat, suicidförsöken reducerats och suicidnivån fortsatt legat på en låg nivå. Det är en uttalad ambition att patienter och brukare görs delaktiga i sin vårdplanering. Verksamheten är lätt tillgänglig och vårdgarantin uppfylls.

Förbättringsmöjligheter finns vad gäller dokumentation och långsiktig uppföljning av utfall och följsamhet till rutiner och vårdprogram. Medverkan i kvalitetsregister borde vara aktivare. Uppföljning av patient- och brukarupplevd kvalitet skulle också kunna förbättras och systematiseras för att därmed ge möjligheter ytterligare utveckling av patient- och brukarfokuseringen i verksamheten.

Verksamhetsområdet Barn, unga och familjer är en unik organisatorisk sammanslagning av kommunala och landstingskommunala verksamheter som riktar sig till barn, unga och familj. Genom samlokaliseringen i Familjens Hus förstärks möjligheterna till effektiv samverkan. Däremot föreligger ett behov att utveckla metoder och mätetal för målrelaterad, långsiktig uppföljning av verksamheten, både vad gäller följsamhet till överenskomna rutiner och vårdprogram och bedömning av utfall vad gäller individ, grupp och processer.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg i Norrtälje under projektperioden har varit relativt oförändrade och utvecklats i samma takt som jämförbara områden. Kostnadsökningarna per capita har dock varit mindre än en tredjedel av genomsnittsökningen i hela länet. Av de tre huvudsakliga verksamhetsinriktningarna hade sjukhuset och primärvården de första åren kostnadsökningar per capita som svarar emot genomsnittet i länet, men substantiella kostnadsreduktioner de två senaste åren. Inom verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, unga och familjer har kostnaderna ökat, men det har skett p.g.a. väsentliga ökningar i volym, vilket samtidigt inneburit förbättrad tillgänglighet. Inom äldreomsorgen har kostnaderna per invånare varit lägre än i hela landet i snitt och bland kommuner av samma storlek har kostnadsreduktionen har varit kraftigare i Norrtälje än på jämförelseområdena. Norrtälje har väsentligt förbättrat sin position (från plats 171 till plats 61) i Socialstyrelsens rankning av kommunernas äldreomsorg.

Vårdcentralerna i Norrtälje uppvisade en minskande produktivitet mätt som kostnad per viktad vårdkontakt under de tre första åren efter projektstarten på TioHundra. Sedan 2009 har produktiviteten inom primärvården ökat – och det snabbare än länet i övrigt. Trendbrottet sammanfaller med införandet av vårdval inom primärvården. För äldreomsorgen finns produktionsmått tillgängliga endast t.o.m. 2008, varför produktivitet kunnat beräknas bara för projektets tre första år. Under den perioden sjönk produktiviteten i hemtjänsten men var oförändrad eller svagt stigande inom särskilt boende.

Mönster och förklaringsmekanismer

Kärnan i TioHundraorganisationen sammanfattas av aktörerna på följande sätt:

> ”Ett unikt samverkansprojekt som syftar till att utveckla hälsa, sjukvård och omsorg utifrån den enskilda människans totala behov”.

År 2006 förenades all landstingsfinansierad vård i Norrtälje med den kommunala omsorgen i en gemensam organisation som inkluderar vårdcentraler, Norrtälje sjukhus, äldreomsorg, psykiatrisk öppenvård, särskild omsorg, socialpsykiatrisk verksamhet samt handikappomsorg med dagverksamhet och boenden. Satsningens innebar ”sammanhållet lokalt befolknings- och finansieringsansvar, ökad fokusering på befolkningens hälsa och funktionsförmåga och integration i vård- och omsorgsorganisationen med ökad patient- och brukarnytta som följd”.

Utvärderingen visar att goda samverkanseffekter uppnåddes på två områden där betydelsen av bättre samordning bedömdes vara särskilt stor, d.v.s. verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, unga och familjer. Dessa verksamheter ökade sitt tjänsteutbud och därmed också kostnader. I övrigt uppvisar Norrtälje en god kostnadskontroll och en lägre ökning av kostnaderna för sjukvård och äldreomsorg än i länet i övrigt. Under projektperiodens sista år minskade kostnaderna för både sjukvård och äldreomsorg.

Under projektperioden skedde väsentliga förändringar i de yttre verksamhetsförutsättningarna. Inledningsvis tillkom Norrtäljeprojektet genom en blocköverskridande överenskommelse. Redan under det första verksamhetsåret skildes verksamhetsbolaget TioHundra AB från TioHundraförvaltningen, som låg under den

gemensamma nämnden. Situationen i Norrtälje svarade då emot den beställar-utföraruppdelning som rått i landstinget sedan början av 1990-talet. Maktskiftet i landstinget efter 2006 års val innebar att samma politiska konstellation styrde både landstinget och kommunen. Konkurrensutsättning av uppdrag kompletterades med kundval inom delar av socialtjänst och äldreomsorg år 2009 och vårdval inom primärvården år 2010. TioHundra AB utvecklades under projektperioden från en integrerad vårdorganisation till en av flera aktör på en lokal sjukvårdsmarknad – låt vara med en dominerande ställning. På motsvarande sätt blev TioHundraförvaltningens uppgift att utveckla beställarkompetens också på de områden (kommunal vård och omsorg) där kommunen tidigare haft andra styrformer.

Det interna förändringsarbetet inom TioHundra AB fokuserades initialt på att sammanföra och omfördela verksamheter. Tre helt nya verksamhetsområden som överskred de tidigare gränserna för kommun och landsting skapades och totalt fanns då fjorton verksamhetsområden. Under de följande åren reducerades antalet verksamhetsområden steg för steg för att ”underlätta den horisontella integrationen och undvika de traditionella gränsproblem som brukar finnas mellan sjukhusvård, primärvård och omsorgsverksamhet”. År 2009 fanns åtta verksamhetsområden. Anpassningen till konkurrensutsättning och vårdval skedde genom att verksamheten organiserades i tre övergripande divisioner – Norrtälje sjukhus, Närvård och Omsorg och verksamhetens styrning blev tydligare affärsinriktad.

Av väsentlig betydelse för en bättre samverkan var det målmedvetna arbetet med att reducera antalet journal system – som minskade från elva till två. Det var möjligt att genomföra inom den sammanslagna utförarorganisationen. Gemensamma informationssystem är den enskilt viktigaste faktor som underlättar och främjar samverkar mellan vårdgivare. Införandet av kund- och vårdval har inneburit att fler utförare etablerat sig, och därigenom har antalet journalsystem åter ökat.

Bland de organisatoriska mekanismer som kan förklara resultaten noteras en rad underlättande omständigheter: Norrtälje präglas av en lång samverkanstradition där situationsanpassade lösningar och täta personliga kontakter har underlättat samarbetet mellan Norrtälje kommuns omsorg och de lokala delarna av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsfunktioner. Vid hotet om sjukhusnedläggning uppstod en ”enande effekt” där parti- och blocköverskridande lösningar för fördjupad samverkan kunde växa fram och sättas i verket. Förändringen av kommunallagen möjliggjorde en gemensam nämnd mellan kommun och landsting som i sin tur skapade gynnsamma omständigheter för en totalintegrerad organisation som TioHundra. Bolagets drivande VD och andra engagerade nyckelaktörer genomförde och utvecklade konceptet med entusiastiska medarbetare som såg potentialen i horisontella lösningar.

Mekanismer som hindrat eller försvårat genomförandet har varit: Det medförda underskott*et* på cirka 20 miljoner kr inom den kommunala omsorgen måste åtgärdas och försenade arbetet med den nya organisationen. Dessutom innehöll budgeten ett sparbeting och inga extra pengar hade avsatts för förändringsarbetet. Huvudmännens bristande intresse för projektet och avsaknad av stöd från moderorganisationerna har påtalats av flera informanter, vilket också har noterats i tidigare utvärderingar. Avtalen mellan TioHundraförvaltningen och bolaget upplevdes som komplicerade och bristfälligt anpassade till de gränsöverskridande verksamheterna. Därutöver har avtalsförhandlingarna dragit ut på tiden. Problemen med

avtalen anses från flera håll bero på en bristande beställarkompetens i förvaltningen. Med många omorganisationer i bolaget upplever de delaktiga medarbetarna att det tar mycket kraft och energi från verksamheten.

Då Norrtäljeprojektet etablerades fyllde TioHundraorganisationen kriterierna på ett integrerat vårdsystem. Vid separeringen av TioHundra AB och TioHundraförvaltningen infördes en lokal beställar-utförarmodell. Eftersom TioHundraförvaltningen skiljde mellan uppdrag finansierade med kommunala respektive landstingskommunala medel låg ansvaret för koordinering och integration på utföraren (”utförarintegration”). Införandet av vård- och kundval ledde till konkurrens mellan olika utförare och minskade TioHundra AB:s möjligheter till tjänsteintegration. Flera aktörer inträdde på marknaden, vilket också var en politiskt uttalad målsättning. Utvecklingen ledde samtidigt till en mer komplex bild vad gäller samordningen av tjänster. TioHundraorganisationen har rört sig från ett integrerat vårdsystem med fullständigt lokalt tjänsteutbud och marknadsdominans i riktning mot att vara en aktör bland flera med ett reducerat tjänsteutbud på en allt tydligare sjukvårdsmarknad.

Den integrering av ekonomi och verksamheter som skett särskilt i den kontrakts-(anslags)finansierade verksamheten inom TioHundra AB har avlägsnat hinder och felaktiga incitament, vilket även i andra studerade organisationer har främjat klinisk integration. Litteraturen anger en rad åtgärder som kan vidtas också i Norrtälje för att ytterligare främja samverkan, förbättra vårdkvalitet och minska kostnader. Dessa blir särskilt angelägna om förutsättningarna för utförarintegration inom en sammantagen organisation minskar.

”Disease management” - (ofta sjuksköterskeledda) vårdprogram för kroniska sjukdomar (t.ex. astma, diabetes, hjärtsvikt och stroke) som också ger ett större ansvar till patienterna och organiserar vård i hemmet – har påvisade gynnsamma effekter på kostnader och kvalitet. Detsamma gäller ”utslussningsvård” av multisjuka äldre, lokala mentalvårdsteam för patienter med kronisk psykisk ohälsa och till primärvården ”utlokaliserade” specialisttjänster. Särskilda åtgärdsprogram kan riktas mot högriskpatienter och ”storkonsumenter” av vård och omsorg. Informationssystem som stödjer informationsutbyte, gemensam information och samverkan, är den enskilt viktigaste åtgärden för att förbättra integration och koordinering av kliniska insatser.

Att konstruera ersättningssystem som skapar incitament för samverkan är en uppgift för beställare och finansiärer. En möjlighet – som diskuterats livligt – är att ”ersätta vårdkedjor”. De exempel på program för koordinering av tjänster som anges ovan stödjer vårdkedjor, och de kunde bli föremål för upphandling eller vårdvalslösningar. I den mån utförare inte kan erbjuda ett fullständigt vårdprogram skulle det stimulera till frivillig samverkan.

Men också professionella drivkrafter för samverkan bör uppmärksammas. Frivillig samverkan mellan aktörer som drivs av ett gemensamt intresse att ge god behandling och ett värdig omhändertagande har sannolikt lika stor betydelse som finansiella incitament. För finansiärer gäller då att vara uppmärksam på att ersättningsformerna inte hindrar eller utgör disincentiv för samverkan.

1 Bakgrund, uppdrag, utvärderingsansats och genomförande

1.1 Utvärderingsuppdraget

Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun beslöt hösten 2005 att bilda ett kommunalförbund för att gemensamt upprätthålla hälso- och sjukvård samt socialtjänst på Norrtälje kommuns område (”Norrtäljeprojektet”). Samtidigt etablerades den gemensamma nämnd en förändring av kommunallagen i början av 2000-talet möjliggjorde. Kommunalförbundet samlade all produktion av hälso- och sjukvårds- samt sociala tjänster i ett helägt aktiebolag. I Tiohundra AB ingår Norrtälje sjukhus, den tidigare landstingsägda primärvården samt den tidigare primärkommunala socialtjänsten och vård- och omsorgsverksamheten. Den nya organisationen startade sin verksamhet den 2006-01-01. Senare separerades tjänsteproduktionen från beställar- och finansieringsfunktionen, varvid kommunalförbundets roll blev att utöva ägarskap över produktionsbolaget TioHundra AB, medan samordningen av beställningar och finansiering sker i TioHundraförvaltningen under den gemensamma nämnden.

Projektet var avsett att avslutas den 2009-12-31. Konsensus uppnåddes dock ej bland beslutsfattarna om formerna för den fortsatta verksamheten. Därför beslöt man att förlänga projektet med två år, och att låta utföra en utvärdering av projektet under år 2011.

Huvudmotivet för denna i Sverige unika försöksverksamhet var enligt ”Diskussionsunderlag inför planering av vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet under 2011”, daterat 2010-12-13, att ”stödja den lokala horisontella samverkan för att möta de vanligast förekommande omsorgs- och sjukvårdsbehoven”. Ytterligare anges att ”organisationen som skapades utgick från 1) samlat befolknings- och finansieringsansvar, 2) ökad fokusering på befolkningens hälsa samt 3) integration i vård- och omsorgsorganisationen med ökad patient- och brukarnytta som följd”.

Utvärderingsuppdraget preciseras i det ovan citerade dokumentet på följande sätt: ”Utgångspunkt för den slutliga utvärderingen är hur väl det ursprungliga syftet med TioHundraprojektet är uppnått, vilka faktorer som påverkat utvecklingen i den ena eller andra riktningen, och en analys av detta som kan ge vägledning för fortsatta beslut. Styrning ledning och organisation behöver belysas och analyseras. Frågeställningarna kan förenklat beskrivas i följande punkter:

1) Blev det bättre för brukare/patienter och invånare [med avseende på]
a. Hälsa i befolkningen
b. Utfall i vård- och omsorgskedjorna mätt i funktionsförmåga
c. ”Service” – upplevelse hos patienter/brukare och invånare att man möter ett integrerat system – en sömlös vård och omsorg
d. Effektivitet och kvalitet – blev vård- och omsorgskedjorna effektivare och de medicinska resultaten, tillgängligheten och verkställighetsgraden bättre?

2) Blev det billigare? Hur har kostnadsutvecklingen sett ut? [genom analys av]
a. Kostnad per behovsgrupp (barn/vuxna/äldre) eller sjukdomsgrupp
b. Jämföra med traditionella upplägget vård- och omsorgskedjan är bruten mellan landsting och kommun
c. Jämföra med andra integrerade system

3) Identifiering och belysning av faktorer som inverkat positivt respektive hindrande på utvecklingen (t.ex. kultursammansmältning, styrsystem som avtal, uppföljning, huvudmännens direktiv och årsprocesser etc.)

4) Hur har TioHundraorganisationen fungerat i praktiken och vilka slutsatser och lärdomar kan vi dra av detta? Har styrning ledning, organisation och rollfördelning fungerat på det sätt som man utgick ifrån i de initiala besluten?" [numreringen tillagd]

Styrgruppen för Norrtäljeprojektet tydliggjorde för utförarna av utvärderingen att den skall ligga till grund för en framtida positionsbestämning. Man önskade därför också rekommendationer gällande beslutsalternativ. Den typen av rekommendationer kan inte direkt härledas ur utvärderingen men kan formuleras i en kvalificerad expertbedömning.

1.2 Utvärderingsansats

Målen för utvärderingen så som de återgavs ovan nås bäst om bedömningen av TioHundraorganisationerna sker som en "realistisk utvärdering" (realist evaluation, Pawson och Tilley 1996). Med det avses att utvärderingen är förklarande, d.v.s. att verksamheten beskrivs allsidigt och att orsaksmekanismer och förklaringsmodeller identifieras. Vilka faktorer har bedragit till måluppfyllelse gällande kvalitet och kostnader samt eventuella icke-förutsedda effekter och konsekvenser? Vilken betydelse har olika aktörers motiv, strategier och åtgärder haft för händelseförlopp och slutresultat? Kan särskilda framgångsfaktorer eller hinder särskiljas? – Datainsamlingen vägleds av de rekommendationer som framförts av organisationsforskarna Pettigrew och Whipp (1991) och som bekräftats av bl.a. Greenhalgh m.fl. (2004). Information om projektets innehåll (content), genomförandeprocess (process), verksamhetsomgivning (content) och effekter (outcome) insamlas. De empiriska mönstren samlas i förklaringsmodeller och tolkas mot tidigare litteratur och relevanta teorier. Den ansatsen beaktar därmed samtliga de målområden som beskrivs i diskussionsunderlaget – effekter (1), kostnader (2), genomförandet (3) och möjligheterna att utnyttja och sprida de vunna erfarenheterna (4).

1.3 Utvärderingens upplägg

1.3.1 Bedömning av effekter (frågeställningarna 1 och 2)

Effekterna av Norrtäljeprojektet med avseende på utfallsmått angivna under frågeställning 1 och frågeställning 2 kan operationaliseras och analyseras enligt följande:

Medicinska effekter och patienttillfredsställelse

Fråga 1a om utvecklingen av befolkningens hälsotillstånd kunde analyseras med hjälp av landstingets folkhälsoenkäter som genomförts åren 2002, 2006 och 2010. Att knyta en konstaterad utveckling till organisationsförändringen blir dock svårt, också med tanke på det relativt korta tidsförloppet. Med uppdragsgivaren överenskoms att mätningar av hälsoutvecklingen inte skulle ingå i utvärderingen.

Frågorna 1b-d kunde sammanfattas i begreppen ”integration, kvalitet och tillgänglighet”. Ett viktigt motiv för Norrtäljeprojektet var att ”tillskapa effektivare vård och omsorg särskilt vid och över huvudmannaskapsgränserna”. Detta förutsattes innebära bättre sammanhängande vård- och omsorgskedjor. Denna kontinuitet i vårdkontakterna och problemfri tillgänglighet till vårdgivare studeras bäst för patientgrupper med långvariga sjukdomstillstånd eller då behov av mångsidiga vårdinsatser föreligger. Bedömningen görs i ett urval patientgrupper (s.k. tracer-ansats).

Efter diskussioner med företrädare för Norrtäljeprojektet gjordes bedömningen att den organisatoriska samordningen är av särskild betydelse för verksamhetsområdena Psykiatri respektive Barn, ungdomar och familjer. I båda fallen har verksamheterna sammanförts i gemensamma organisationer och deras ansvar gäller patientgrupper där samordningsvinsterna är potentiellt betydande, och där också tydliga mål uppställts. Beslutet blev därför att genomföra utvärderingen av Norrtäljeprojektets effekter på vård- och omsorgsverksamheten inom de två verksamhetsområdena utifrån de mål områdena uppställt för sin verksamhet med relevans för frågorna 1b, 1 c och 1d.

Kostnader

Ett övergripande mått på ”systemeffektivitet” är total hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, eventuellt justerad för demografiska faktorer och vårdbehov. Hur denna kostnad utvecklats över tid i jämförelse med länet och landet ger en grov uppfattning om hur väl man lyckats med den ekonomiska styrningen. Bilden kan kompletteras med en granskning av kostnadsutvecklingen på de olika verksamhetsområdena.

En annan synvinkel på verksamhetens effektivitet är att analysera prestationer, jämfört med kostnadsutvecklingen. En högre produktion som uppnås utan större kostnadsökningar vittnar om ett bättre utnyttjande av tillgänglig kapacitet.

En skattning av produktivitet möjliggör dels en kvantitativ bedömning av utvecklingen över tid, dels jämförelser med andra verksamheter. Forskargruppen har tillgång till data som möjliggör en produktivitetsanalys av primärvården i Norrtälje jämfört med länet.

1.3.2 Dokumentation av genomförandeprocessen (fråga 3)

Genomförandet av Norrtäljeprojektet, d.v.s. omstruktureringen av verksamheten i TioHundraorganisationen beskrivs utifrån tillgängliga dokument och aktörsintervjuer samt analyseras med avseende på faktorer som främjat respektive hindrat genomförandet av de ursprungliga ambitionerna.

1.3.3 Sammanfattande bedömning (fråga 4)

Utvärderingens delstudier enligt ovan sammanfattas i en övergripande fallbeskrivning som belyser dimensionerna ”content”, ”process” och ”context”, och dessas relation till ”outcome” (effekterna uppmätta enligt beskrivningen ovan). Empiriska mönster identifieras och förklaringsmodellerna härleds.

Alternativa scenarier

Utifrån den sammanfattande bedömningen och jämförelser med internationella förebilder skissas alternativa former för att organisera verksamheten i framtiden. Alternativens för- och nackdelar samt konsekvenser diskuteras. Analysen formuleras så att den kan fungera som beslutsunderlag för Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun.

1.4 Genomförande

Denna ”realistiska utvärdering” av Norrtäljeprojektet har genomförts av följande forskargrupp på Medical Management Centrum, Karolinska Institutet:

professor Mats Brommels var projektledare och har ansvarat för planering och upplägg, sammanfattning av delstudiernas analyser och sammanställningen av slutrapporten,

docent Magna Andreen Sachs och läkarstudenten Henrik Larsson har ansvarat för delstudien om Norrtäljeprojektets effekter,

docent Clas Rehnberg och hälsoekonom Sofia Sveréus har genomfört kostnads- och produktivitetsanalysen,

fil dr Johan L. Hansson och forskningsassistenten Emma Wåhlin har ansvarat för fallstudien och den övergripande analysen av Norrtäljeprojektet, och

professor John Øvretveit har gjort den internationella litteraturanalys om integrerade vårdsystem och klinisk koordinering som ligger till grund för förslaget till alternativa scenarier.

1.5 Rapportens disposition

Rapporten består av tre delar – studien av effekterna av samordning inom verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, unga och familj, kostnads- och produktivitetsanalysen samt fallstudien. För samtliga studier redovisas metod, genomförande, resultat och bedömning; fallstudien avslutas med en sammanfattad analys av Norrtäljeprojektet enligt ansatsen ”realistisk utvärdering” med tillämpning av Pettigrews och Whipps modell för strategisk förändringsledning.

Det förslag till sju alternativa scenarier inför framtiden, som framtog av forskargruppen, har diskuterats bland samtliga utvärderare och de presenteras i den sammanfattande rapporten.

Litteraturstudien ingår i denna rapport som en separat engelskspråkig bilaga.

1.6 Referenser kapitel 1

Greenhalgh, T, Robert, G, Macfarlane, F, Bate, P, Kyriakidou, O (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 82:581-629.

Pawson, R & Tilley, N (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage.

Pettigrew, AM &Whipp, R (1991). *Managing change for competitive success*. Oxford: Blackwell.

2 Bedömning av verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, unga och familj

2.1 Bakgrund och metod

Uppdraget beträffande bedömning av effekterna av den organisatoriska samordningen i TioHundra inriktades på att bedöma verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, ungdomar och familj (BUF). Ansatsen blev att beskriva verksamheterna brett och att bedöma effekterna av den samordning Norrtäljeprojektet möjliggjorde mot de mål verksamheterna uppställde och allmänna kriterier för god vård inom vård och omsorg, särskilt psykiatri.

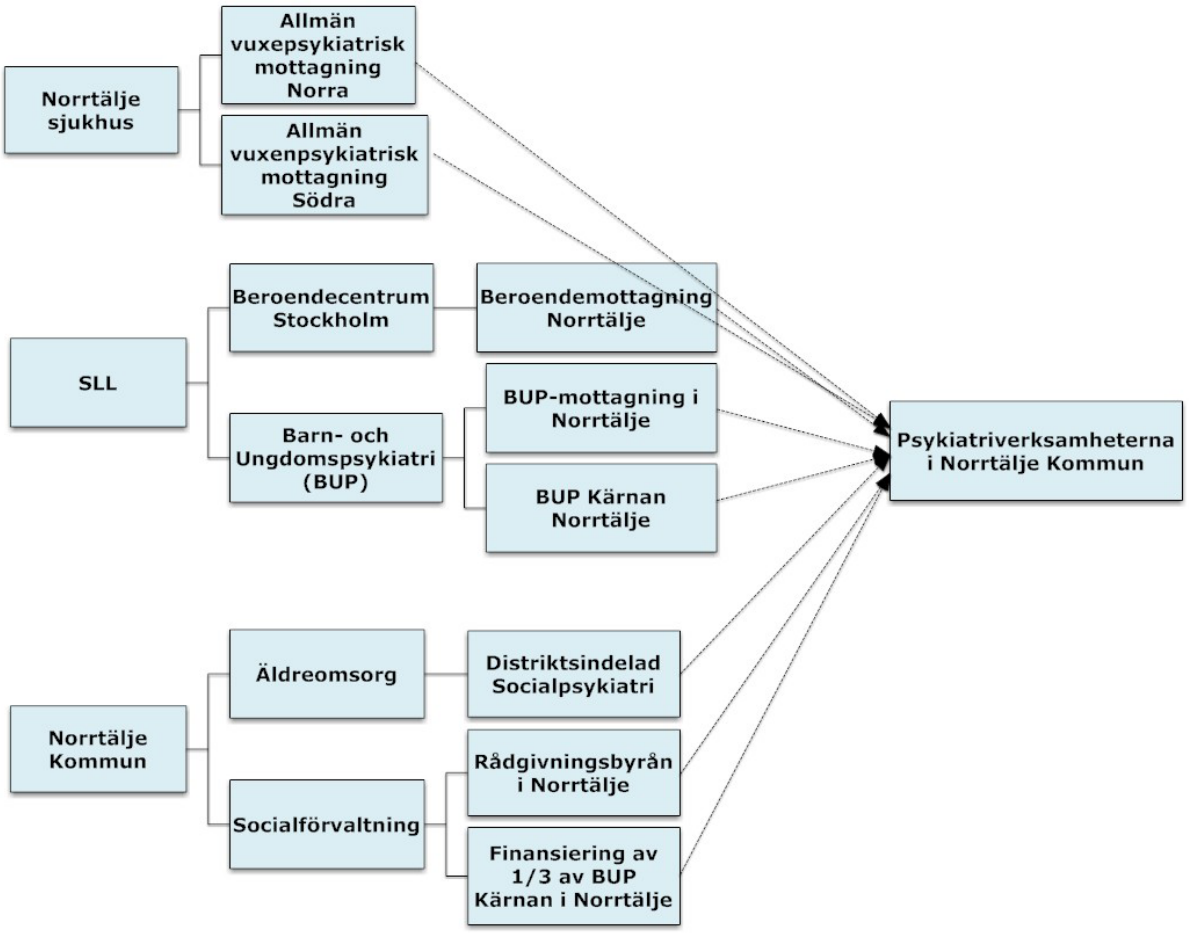
Beskrivningen av verksamheterna och deras resultat bygger i huvudsak på dokumentanalys och intervjuer. Följande material har utnyttjats: verksamhetsberättelser, verksamhetsplaner, avtal och avtalsuppföljningar. Därutöver har statistikuppgifter inhämtats dels från verksamheterna, dels från källor inom Stockholms läns landsting (Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Patientnämnden) och Socialstyrelsen (Tillsynsenheten). Uppgifterna har kompletterats genom intervjuer med verksamhetsområdenas chefer och chefen för TioHundraförvaltningen.

Två modeller har använts för att värdera verksamheten utifrån det insamlade materialet. Forsner och Forsell (2006) har gett en karakteristik av en god sammanhållen psykosocial insats. Därutöver har Socialstyrelsens modell för God Vård använts som bedömningsraster. Jämförelser har också gjorts med SLSO:s kvalitetsbokslut. Forskargruppen har lång erfarenhet av kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sjukvården (särskilt Magna Andreen Sachs, Mats Brommels och John Øvretveit) och därmed den expertis som krävs för att göra bedömningar enligt dessa modeller. Dessutom har specifik expertis inom specialiteten och verksamhetsområdet psykiatri konsulterats för en oberoende granskning av verksamheten (P-O Sjöblom, förvaltningschef, Psykiatrin i Skåne, tidigare biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, Stockholms läns landsting).

2.2 Verksamhetsområdet Psykiatri

2.2.1 Psykiatriverksamheternas organisation före bildandet av Tio-Hundra

Före starten av TioHundra tillhörde olika delar av psykiatriverksamheterna i Norrtälje kommun Norrtälje Sjukhus AB, Stockholms Läns Landsting (SLL) och Norrtälje Kommun. Nedan visas ett organisationsschema över organisationen av psykiatriverksamheterna åren 2005-2006.

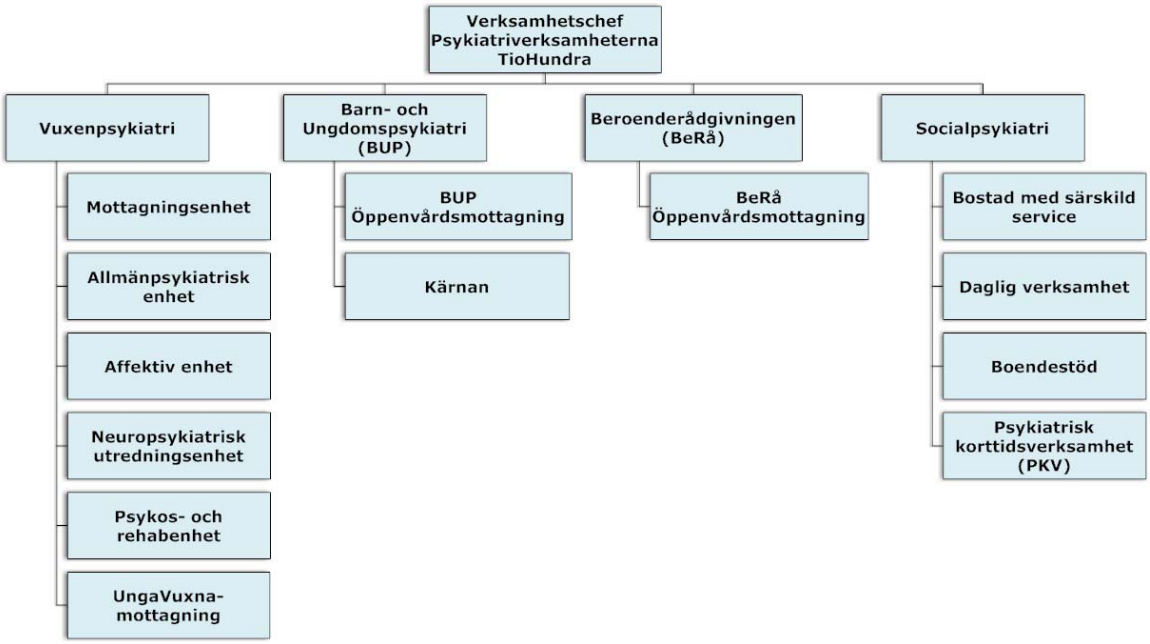


Vid Norrtälje Sjukhus AB fanns den Norra och den Södra allmänpsykiatriska mottagningen. Både Stockholms Läns Landstings Beroendemottagning och Norrtälje Kommuns Rådgivningsbyrå behandlade brukare/patienter med missbruksproblem. Verksamheterna var samlokaliserade och delade lokaler i Norrtälje.

Socialpsykiatrin var distriktsindelad och tillhörde organisatoriskt kommunens äldreomsorg. De tre distrikten var Norrtälje, Hallstavik och Rimbo. Barn- och Ungdomspsykiatrin (BUP) tillhörde organisatoriskt SLL och bestod av en öppenvårdsmottagning och av verksamheten Kärnan (Barn- och föräldraverksamhet för förskolebarn 0-6 år och deras föräldrar). Barn- och ungdomssektionen i kommunens Socialförvaltning finansierade 1/3 av Kärnan.

2.2.2 Dagens psykiatriverksamheter i TioHundra

Psykiatriverksamheterna i TioHundra består idag av verksamhetsdelarna vuxenpsykiatri, beroenderådgivning, socialpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Verksamheten tillhandahåller vård för c:a 2300 patienter i öppen vård och knappt 250 inom sluten vård. Befolkningen i området har en erkänt hög nivå av psykisk ohälsa. Organisationen visas i nedanstående organisationsschema.



Vuxenpsykiatrin

Vuxenpsykiatrin består av fem specialiserade mottagningar och en mottagningsenhet. Mottagningsenheten tar emot alla inkommande remisser och egenanmälningar till psykiatriverksamheterna. Remisserna skickas till lämplig, specialiserad enhet. Vid egenanmälningar gör personalen på mottagningsenheten en initial bedömning och tar ställning till vilken del av vuxenpsykiatrin som är lämplig mottagare. Den Allmänpsykiatriska enheten behandlar patienter med t.ex. ångest och depression. Den Affektiva enheten behandlar patienter med bipolär sjukdom och svårbehandlad depression. Den Neuropsykiatriska utredningsenheten gör utredningar av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hos vuxna. Psykos- och rehabiliteringsenheten behandlar patienter med psykosdiagnos.

Unga Vuxna-mottagningen tillhör vuxenpsykiatrin men är ett samarbete mellan BUP, Vuxenpsykiatrin och BeroendeRådgivningen (BeRå). Mottagningen tar emot alla patienter i åldersgruppen 16-24 år som sökt själva eller kommit på remiss till psykiatrin. Mottagningen behandlar patienter som bedöms behöva vård under kortare tid (<6 mån). Patienter som tros behöva vård under längre tid (>6 mån) behandlas av de övriga specialiserade enheterna. Vid missbruksproblem samarbetar mottagningen med BeRå.

Barn- och Ungdomspsykiatrin (BUP)

Barn- och ungdomspsykiatrin utreder och behandlar barn och ungdomar (0-17 år) med psykisk funktionsnedsättning. Neuropsykiatriska utredningar är en del av utbudet. Enheten finns i gemensamhetslokalen Familjens Hus, tillsammans med Barn, Ungdom och Familj-verksamheterna (BUF).

BUP Kärnan är barn- och föräldraverksamhet för förskolebarn 0-6 år och deras föräldrar. Verksamheten består främst av regelbunden gruppverksamhet.

BeroendeRådgivningen (BeRå)

BeroendeRådgivningen är en öppenvårdsmottagning för vuxna och ungdomar med missbruksproblem. Enheten har både medicinsk och psykologisk kompetens och behandlingsutbudet innefattar utredningar (inkl. neuropsykiatriska utredningar), rådgivning och motivations- och terapeutisk behandling i grupp och individuellt.

Socialpsykiatrin

Socialpsykiatrin har gruppboenden, stödboenden, boendestöd och enheter för daglig sysselsättning och träffpunkter för personer med psykiska funktionsnedsättningar. I gruppboenden bor brukare i egna lägenheter och har gemensamma utrymmen. Personal finns tillgänglig dygnet runt.
Daglig sysselsättning och träffpunkter utgörs av strukturerad gruppverksamhet och öppen verksamhet. Brukare erbjuds arbetsuppgifter utifrån individuellt biståndsbeslut. Stöd vid praktik på arbetsplats finns.

Boendestöd är individuellt anpassat stöd till brukare som syftar till att brukaren ska kunna bo och kunna sköta sitt hem på ett så självständigt sätt som möjligt. Brukaren har eget boende och får hjälp att sköta vardagliga rutiner. Stödboenden å andra sidan är särskilda bostäder med service för personer med psykisk funktionsnedsättning vars behov inte kan tillgodoses på annat sätt.
Psykiatrisk korttidsverksamhet (PKV) är en mellanvårdsenhet för brukare inom socialpsykiatrin som vid tillfällig svikt är i behov av vård. Vuxenpsykiatrin bemannar PKV med läkare under dagtid. PKV och personal från boendestöd delar lokaler och samarbetar för att täcka luckor i bemanning.

Verksamheter i samverkan med Norrtälje kommun

Mini-Maria är ett samarbete mellan Psykiatriverksamheterna TioHundra och kommunens socialtjänst. Det är en mottagning som är samlokaliserad med socialtjänsten och som arbetar med ungdomar upp till 20 år med beroende- och missbruksproblem. Ungdomar som riskerar att utveckla ett missbruk eller som har ett pågående missbruk eller beroende erbjuds behandling och familjesamtal tillsammans med föräldrarna. Mini-Maria samarbetar med Unga Vuxna-mottagningen.

Slutenvård

Den psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus tillhandahåller slutenvård för patienter inom Tiohundra. Akutmottagning finns i Stockholm på den psykiatriska länsakuten vid S:t Göran, BUP-akuten vid Södersjukhuset, Maria beroendecentrum och Maria Ungdom.

PKL-verksamhet

Psykologisk/Psykiatrisk Katastrofledning (PKL-verksamhet) finns vid Norrtälje sjukhus och utgörs till största del av personal från psykiatriverksamheterna.

Kommentar

- Psykiatriverksamheterna i TioHundra har en unik organisatorisk struktur med goda förutsättningar för dynamisk samverkan mellan psykiatri och socialpsykiatri. Unika, integrerade lösningar som t.ex. BeroendeRådgivningen, Unga Vuxna-mottagningen och PKV har skapats.
- Verksamheten är lättillgänglig med ”en väg in”.
- Uppdelningen i specialiserade enheter är fördelaktig ur ett vårdvalsperspektiv genom att organisationens utbud och kompetenser tydliggörs.
- Även med kommunen i övrigt har dynamiska samverkansmodeller utvecklats som exempelvis Mini Maria.

2.2.3 Mål för verksamheten

TioHundras övergripande vision ”Vi har en unik förmåga att möta varje individs behov och önskemål om vård och omsorg” utgör psykiatriverksamhetens ledstjärna liksom Tiohundraprojektets sammanfattande syfte ”att ingen ska falla mellan stolarna”.

Vad gäller psykiatriverksamheten har stolarna mycket konkret sammanfogats genom att ovan beskrivna ursprungliga kommun-, sjukhus- och landstingsdelar sammanförts i en organisation, som i sitt slag är unik i Sverige. I verksamhetsplan (VP) från 2010 framhävs *”trygghet och säkerhet i sammanlänkningen”* som ett konkret mål och i motsvarande dokument för 2011 framhävs organisationens unika varumärke på detta sätt: ”vi har korta beslutsvägar och arbetar gränsöverskridande”.

Andra mål för verksamheten är bl a att genom samverkan säkerställa
- att kunderna erbjuds vård och behandling på rätt nivå och
- med god tillgänglighet och hög kvalitet (Verksamhetsplan 2010 och 2011).

2.2.4 Effekter – resultat och utfall

Redovisningsmodeller

Med hänsyn till ovan citerade vision, syfte och mål för verksamheten beskrivs här psykiatriverksamheternas resultat och utfall utifrån 1) helhetsperspektiv/samverkan och 2) kvalitet i verksamheten.

1) En sammanhållen psykosocial insats, dvs verklig samverkan, innebär ett omhändertagande som utgår från ett helhetsperspektiv karakteriserat av

- Tydliga former för samverkan
- Ett gemensamt synsätt för omhändertagande av människor med psykiska funktionshinder
- En ömsesidig bild av målgruppens behov
- Metoder och verktyg att mäta effekterna av socialtjänstens och psykiatrins insatser.

2) Kvaliteten i verksamheten speglas mot bakgrund av iakttagelser och utfall enligt God Vård-modellen, dvs kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård och vård i rimlig tid. Modellens sjätte dimension, jämlik vård, har vi tyvärr inte haft möjlighet att belysa med det material som stått oss till buds.

Kvalitetsområde	Hur området belyses i utvärderingen
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	Följsamhet mot nationella riktlinjer och regionala vårdprogram, kvalitetsregistermedverkan och -utfall, beaktande av den somatiska hälsan
Säker vård	Suicid och suicidförsök, Lex Maria anmälningar, avvikelser, Patientnämndsärenden, Rapporter från tillsynsmyndigheten
Patientfokuserad vård	Delaktighet i individuell vårdplanering, gemensam vårdplanering, överföring från BUP till vuxenpsykiatri, övrig hälsofrämjande verksamhet, patient-/brukarupplevd kvalitet, samverkan med brukare och brukarorganisationer
Kvalitetsområde	**Hur området belyses i utvärderingen**
Effektiv vård	Slutenvårdskonsumtion, kontinuitet i vården inklusive läkarbemanning
Vård i rimlig tid	Väntetider, tillgänglighet

Material

Det material vi använt för uppdraget har varit verksamhetsplaner och – rapporter, avtalsuppföljningar, diverse internt arbetsmaterial, regionala vårdprogram, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, patientenkätdata, mm. Information har också inhämtats via telefon från chefläkaren och från enhetscheferna och verksamhetschefen för Psykiatriverksamheterna. En intervju har hållits med samtliga enhetschefer tillsammans med verksamhetschefen för Psykiatriverksamheterna. Underlag har också inhämtats från Tiohundraförvaltningen och Patientnämnden. Jämförelser har gjorts med SLSO:s kvalitetsbokslut 2010 samt med Beställarrevision av implementering av regionala vårdprogram, utförd av Ernst&Young 2006 och 2009.

Följsamhet mot regionala vårdprogram belyses framför allt mot bakgrund av ett urval av de kvalitetsindikatorer, som åtföljer varje enskilt vårdprogram. I så lång utsträckning som möjligt har vi sökt information beträffande alla indikatorer föreslagna i regionala vårdprogrammen och/eller nationella riktlinjer. Dock har vi måst begränsa oss till vad som varit möjligt att få fram och till vad som varit relevant för vårt övergripande uppdrag.

1) Helhetsperspektiv i verksamheten

När den nya psykiatriorganisationen bildades skulle tre kulturer smältas samman: dels den från vuxenpsykiatrin på Norrtälje sjukhus, dels den inom socialpsykiatrin och rådgivningsbyrån på Socialförvaltningen och slutligen den inom barn och Ungdomspsykiatrin (BUP) och beroendemottagningen som tillhörde Stockholms läns landstings sjukvårdsområde (SLL/SLSO). Uppgiften utlöste ett målmedvetet och uthålligt förändringsarbete från ledningens sida.

Tydliga former för samverkan

Med den nya organisationen har man gått från traditionella samarbetsöverenskommelser till naturligt samarbete som inte kräver överenskommelser på papper, då det inte föreligger några organisatoriska eller andra hinder för att tillsammans göra det som gagnar kunden bäst. Även om de olika delarna inom Psykiatriverksamheterna budgeteras separat läggs dessa budgetar samman till en gemensam pott, varför det är i allas intresse att medverka till att använda resurserna på effektivast möjliga vis. Det bidrar till ett gränsöverskridande arbetssätt och en sammanhängande vård.

Som exempel kan nämnas att om en patient som är känd vid BeRå vårdas på intensivvårdsavdelningen för en akut överdosering av en drog kopplas ansvarig BeRå-läkare in och inte en okänd läkare från Vuxenpsykiatrin, och eftervården kan ske lokalt på PKV i stället för vid psykiatrisk klinik på Danderyds sjukhus. Likaså kan PKV ta över patienter från sluten vården eller ta in patienter direkt från boendet vid behov av avlastning, vilket bidragit till en väsentlig neddragning på behovet av psykiatrisk slutenvård. Personalen på PKV arbetar integrerat mellan boendena i boendestödsärenden och vårdavdelningen.

Unga Vuxna-mottagningen är exempel på hur samverkan inom organisationen förtydligas genom skapandet av en särskild enhet som bättre gagnar målgruppens behov.

Processen

Sammansmältningen av de ursprungliga delarna till den nya organisationen Psykiatriverksamheterna TioHundra har skett genom ett målmedvetet och uthålligt arbete från ledningens sida. Ledningsgruppen, som består av samtliga enheters chefer samt två medicinskt ledningsansvariga läkare hade från början en positiv inställning till samverkan. Utmaningen för cheferna var att fortplanta inställningen till sina respektive verksamheter och bidra till skapandet av den gemensamma kulturen genom sammansmältning av de ursprungliga kulturerna.

En gemensam arena – Psykiatriforum

Viktiga instrument i denna process har varit de regelbundna träffarna då all personal möts och som det första året ägnades åt att presentera sig för varandra och informera varandra om vad man gjorde. Denna arena (Psykiatriforum) består alltjämt och ägnas nu åt allmän intern utbildning. Alla arbetsgrupper som tillsätts är alltid tvärsammansatta, d.v.s. innehåller representanter med olika kompetens och från olika delar av organisationen.

Därutöver gjordes det första åren en stor kompetenssatsning som lett till att idag är lägsta kompetensnivå skötarutbildning. Många har genomgått eller inlett KBT-utbildning och alla har gått en orienteringskurs i KBT. Grupperna vid all utbildning är likaså alltid tvärsammansatta. Exempel på annan utbildning som har bedrivits inom verksamheten är Modern teori och vetenskap (för att ”sy ihop KBT och psykodynamisk terapi”). Denna strategi för att främja och avlägsna hinder för samverkan är helt i överensstämmelse med de rekommendationer som Forsner och Forsell lyfter fram i ovan nämnda rapport som avgörande för framgång.

Ett gemensamt ledningssystem

Utöver den gemensamma arenan (Psykiatriforum) och satsningen på kompetensutveckling i tvärsammansatta grupper har ytterligare en faktor varit starkt bidragande till sammansmältningen, nämligen utvecklingen av det internetbaserade ledningssystemet, som kallas Juris. Här samlas alla styrdokument för Psykiatriverksamheten, d.v.s. alla policydokument, arbetsrutiner, handlingsprogram, blanketter, m.m. Under begreppet handlingsprogram finns de regionala vårdprogrammen som i vissa fall är omarbetade och anpassade till de lokala förutsättningarna. Alla dokument är försedda med länkar till gällande lagar och regler. Initiativet att skapa det gemensamma ledningssystemet togs av ledningsgruppen direkt efter att den nya organisationen skapats. Det innebär att alla har lätt att informera sig om gällande rutiner vilket underlättar, när man t.ex. ska täcka upp för varandra och förstås vid nyanställning. Webbplatsen är levande: den uppdateras kontinuerligt, är välbesökt och lätt att hitta till. De regler, rutiner och handlingsprogram som där beskrivs är de, som gäller för verksamheten.

Genom det levande ledningssystemet och den gemensamma arenan vidmakthålls den sammansmälta organisationen och säkras det fortsatta samarbetet inom organisationen. Andra bidragande faktorer är samlokaliseringen av vissa av delarna såsom PKV och boendestödsverksamheten och delarna inom vuxenpsykiatrin. Socialpsykiatrin och PKV har dessutom gemensam chef vilket ytterligare förstärker samhörigheten.

Samverkan utåt

Samverkan med verksamheter utanför Psykiatriverksamheterna utvecklas kontinuerligt. Med primärvården har man ett samverkansavtal om första linjens psykiatri. Primärvården har också erbjudits psykiaterkonsult på vårdcentralerna, vilket nu prövas på en av vårdcentralerna 1 dag/månad. Inställningen till primärvårdens arbete är att aldrig avböja en remiss från dem och att gärna utveckla former för konsultation och intern kompetensutveckling.

Med socialtjänsten har man regelbundna (var 14:e dag) behandlingskonferenser för att säkra att klienter inte faller mellan stolarna och för att koppla samman socialtjänstens resurser för exempelvis extern behandling med psykiatrins insatser.

Gemensamt synsätt för omhändertagande av personer med psykiska funktionshinder

Ledningssystemet innehåller tydliga rutiner för de flesta insatser och utgör därmed en garanti för ett gemensamt synsätt genom hela organisationen. Följande kvalitetsindikatorer, hämtade från aktuella regionala vårdprogram, exemplifierar förekomst av ”gemensamt synsätt”.

Kvalitetsindikatorer för Schizofreni och andra psykossjukdomar	Resultat år 2011
Finns det tillgång till 1) subspecialiserad enhet eller 2) lokalt program för nyinsjuknande och för långtidssjuka i psykossjukdom?	1) Ja. Psykos/rehab-enheten. 2) Ja. Lokala formulär/checklistor för nyinsjuknade och långtidssjuka har utformats med hjälp av det regionala vårdprogrammet
Har kliniken ett program för stöd till barn och anhöriga?	Ja
Finns det en skriftlig samverkansöverenskommelse upprättad mellan socialtjänsten och kliniken?	Behövs inte – samverkan sker naturligt inom den gemensamma organisationen

Ytterligare exempel på stöd till ett gemensamt synsätt är den psykiatrisköterskетjänst som inrättades av den nya organisationen för att uppmärksamma den somatiska hälsan bland dem med boendestöd. Sköterskan knyter samman insatserna från Vuxenpsykiatrin med socialpsykiatrins och med primärvårdens. (Se avsnitt ”Den somatiska hälsan”).

Ömsesidig bild av målgruppens behov

Den gemensamma arenan Psykiatriforum och de gemensamma och tvärsammansatta utbildnings- och arbetsgrupperna (beskrivna ovan) bidrar verksamt till skapa en ömsesidig bild av olika behovsgruppers behov. Därtill bidrar också nationella riktlinjer och regional vårdprogram samt gemensamma vårdplaner.

Nationella riktlinjer och regionala vårdprogram

De nationella och regionala riktlinjerna gäller för all vård och omsorg inom Psykiatriverksamheterna. Alla har tillgång till dem genom ledningssystemet.

Gemensamma vårdplaner

När flera enheter inom psykiatriverksamheterna är involverade i vård och omsorg om patienter/brukare skall en ömsesidig bild genom gemensamma vårdplaner alltid säkras. Det gäller exempelvis för samtliga patienter med komplexa vårdbehov (KPM patienter, d.v.s. patienter med psykiskt funktionshinder och samtidigt missbruk). Vårdplanerna innehåller mål för vården, planerade insatser, tidpunkt för uppföljning och uppgifter om ansvaret för vården.

Metoder och verktyg att mäta effekterna av den samlade psykiatrins och socialpsykiatrins insatser

Följande kvalitetsindikatorer, hämtade från aktuella regionala vårdprogram, exemplifierar förekomst av ”metoder och verktyg att mäta effekterna av den samlade psykiatrins och socialpsykiatrins insatser.”

Kvalitetsindikatorer för:	Resultat 2011
Schizofreni och andra psykossjukdomar	
Andel nyinsjuknade som genomgått strukturerad utredning under en 12-månaders period.	100%
Andel nyinsjuknande som genomgått strukturerad diagnostisk bedömning under en 12-månadersperiod.	100%
Depression och Bipolär sjukdom	
Andelen patienter med depression som följs med skattningsinstrument.	I stort sett alla, några faller ur systemet pga utebliv-na besök
Andelen patienter med depression respektive bipolär sjukdom som skattats med instrument för diagnostik av beroendeproblem.	100%
Ångestsyndrom	
Andel nya patienter med ångestsyndrom som genomgått strukturerad psykiatrisk diagnostik.	100%
Andel patienter med ångestsyndrom som följts med skattningsinstrument.	100%

Den strukturerade funktionsbedömningen GAF (Global Assessment of Functioning) utförs tre gånger under behandlingen eller halvårsvis vid långvariga kontakter med vården. GAF kommer att ersättas med PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) när all personal genomgått utbildning i instrumentet.

Instrument och metoder för mätning av hälsorelaterad livskvalitet används inte.

Kommentar

- Ett målmedvetet arbete med att skapa en sammanhållen psykiatrisk och psykosocial insats har präglat Psykiatriverksamheterna allt sedan starten. Arbetet har varit framgångsrikt. Det är en för Sverige unik verksamhet som skapats.
- Det finns tydliga former för samverkan, ett gemensamt synsätt och en ömsesidig bild av målgruppens behov samt integrerade metoder för att mäta insatsernas effekter.
- Unika vårdformer har skapats som exempelvis PKV – en mellanvårdform som ger närhet o samband med den lokala vården och stöden i boendena och Unga vuxna-mottagningen, som knyter ihop psykiatri, BUP och BeroendeRådgivning.
- Verksamheten har också lyckats skapa bra samverkansformer med omgivande strukturer som exempelvis primärvården gällande psykossjukas somatiska hälsa.

2) Kvaliteten i verksamheten

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Följsamhet mot nationella riktlinjer och regionala vårdprogram

Psykiatriverksamheterna har som mål att följa de nationella riktlinjerna och regionala vårdprogrammen. Följsamheten mot det regionala vårdprogrammet för depressionssjukdomar föranledde exempelvis en kraftfull utbildningssatsning i behandlingsmetoden kognitiv beteendeterapi (KBT).

Implementering av riktlinjer och vårdprogram sker under enhetschefernas ledning och anpassning till de lokala förutsättningarna tydliggörs i lokala handlingsprogram. De nationella riktlinjerna, de regionala vårdprogrammen och de lokala handlingsprogrammen är tillgängliga via intranätet i Juris.

Alla förväntas följa de regionala vårdprogrammen/lokala handlingsprogrammen. Tyvärr finns inget uppföljningssystem för att spegla följsamheten. Verksamheterna har haft flera olika dokumentationssystem och först på senare tid fått ett gemensamt – Take Care – där osäkerhet om hur man registrerar på ett enhetligt sätt fortfarande råder. Därför ges det inte förutsättningar att studera utvecklingen av de till vårdprogrammen knutna indikatorerna över tid. Vi har fått nöja oss med nulägesredovisningar.

Nedan redovisas utfallet för ett urval av de indikatorer som föreslås i de regionala vårdprogrammen. Vissa kvalitetsindikatorer knutna till vårdprogram har redan redovisats ovan. Redovisningen görs diagnosvis.

Kvalitetsindikatorer för Schizofreni och andra Psykossjukdomar	Resultat i augusti 2011
Andel patienter med schizofreni som någon gång deltagit i strukturerad utbildning kring sin psykossjukdom.	Hittills 0% (strukturerad utbildning har inte funnits men håller på att utvecklas)
Andel patienter med schizofrenidiagnos som haft kontakt/besökt psykiatrisk öppenvård minst en gång per månad efter utskrivning från heldygnsvård.	> 90%
Andel patienter med schizofrenidiagnos som återintagits i psykiatrisk heldygnsvård inom 30 dagar efter utskrivning från slutenvård under en 12-månadsperiod.	5 av 10 under det senaste året

Se även andra tabeller i det här kapitlet med indikatorer gällande behovsgruppen.

Kvalitetsindikatorer för Depression och Bipolär sjukdom	Resultat i augusti 2011
Väntetid till nybesök för patienter med depression	Vanligen 7 dagar. Vid akut behov samma dag
Andelen patienter med depressionsdiagnos som diagnostiserats med kriteriebaserat diagnostiskt instrument (andel av totala antalet personer med depressionsdiagnos).	0%. (kriteriebaserat diagnostiskt instrument används inte).

Se även andra tabeller i det här kapitlet med indikatorer gällande behovsgruppen.

Kvalitetsindikatorer för Ångestsyndrom	Resultat i augusti 2011
Andel patienter med ångestsyndrom som erhåller psykologisk behandling med KBT	I regel alla. I enstaka fall bedöms annan behandling mer lämplig

Se även andra tabeller i det här kapitlet med indikatorer gällande behovsgruppen.

Kvalitetsindikator för Suicidnära patienter	Resultat
Antal patienter som vårdats efter suicidförsök och som bedömts av specialistläkare inom ett dygn efter inkomsten till vårdenheten	80% (år 2010)
Andel patienter som omhändertagits efter suicidförsök där en plan för uppföljning formulerats respektive genomförts	100% (år 2011)

Kvalitetsindikatorer för ADHD, lindrig utvecklingsstörning och autismspektrum hos barn, ungdomar och vuxna	Resultat 2011
Erbjuds alla barn och ungdomar utredning när det finns misstanke om svårigheter som omfattas av vårdprogrammet?	Ja
Har alla patienter en utsedd patientansvarig läkare/behandlare?	Ja
Finns det inom alla utredande verksamheter möjlighet att erbjuda läkemedelsbehandling?[1]	Ja
Har alla barn med ADHD, utvecklingsstörning och/eller autismspektrum och deras föräldrar fått information om habiliteringen?	Ja
Har föräldrar till barn som utretts erbjudits utbildning om barnets funktionsnedsättning?	Ja
Har föräldrar till alla barn som tillhör målgrupperna fått information om kommunalt stöd enligt SoL respektive LSS?	Ja
Har alla ungdomar med ADHD, utvecklingsstörning och/eller autismspektrumtillstånd med behov av fortsatt psykiatrisk kontakt efter 18-årsdagen remitterats till vuxenpsykiatrin i god tid inför övergången?[2]	Ja. Såväl skriftlig som muntlig överlämning enligt fastlagd rutin
Har all berörd personal fått utbildning om de svårigheter som omfattas av vårdprogrammet?	Ja, pågående interna studiecirklar i handlingsprogrammet
Har läkare och psykologer fått fördjupad utbildning?	Ja, en del har fått riktad utbildning via läkemedelsföretag och via UBI (intern utbildningsenhet för BUP inom SLL)

Särskild kommentar beträffande Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd utgivna av Socialstyrelsen 2011

I början av detta år publicerade Socialstyrelsen ”Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – stöd för styrning och ledning”. Riktlinjerna lyfter fram och rekommenderar evidensbaserade och utvärderade behandlingsmetoder inom området. Psykiatriverksamheterna TioHundra står i begrepp att se över sin verksamhet mot bakgrund av de nya riktlinjerna och rekommendationerna. I rekommendationerna ingår bl.a. samord-

[1] Vid autism med tilläggsbesvär tas medicineringsansvaret i Tiohundra omhand av vuxenpsykiatrin medan övrig vård sköts av habiliteringen.
[2] Där man bedömer ett långsiktigt vårdbehov hoppar man initialt över Unga Vuxna-mottagningen och patienten remitteras direkt till någon av vuxenpsykiatrins specialiserade enheter.

ning av psykiatrisk behandling och psykosociala insatser genom intensiv case management enligt ACT (assertive community treatment) -modellen för personer med schizofreni. Den modellen har ännu inte tagits i bruk av TioHundra. För social färdighetsträning rekommenderar Socialstyrelsen arbetsmodellen ESL (Ett självständigt liv), som däremot används av Psykiatriverksamheterna i TioHundra. Socialstyrelsen rekommenderar även användning av IPS-modellen (Individual placement and support) för arbetslivsinriktad rehabilitering, något som inte heller tagits i bruk ännu av Psykiatriverksamheterna TioHundra. I IPS-modellen ingår samarbete med Arbetsförmedling och Försäkringskassa, vilket också ingår i den modell Psykiatriverksamheten för närvarande arbetar efter.

Kvalitetsregistermedverkan och -utfall

Psykiatriverksamheterna deltar i två kvalitetsregister, PsykosR och BipoläR. Trots deltagande har information från registren aldrig tagits ut och använts, varför inga registerutfall kan redovisas.

År 2010 startade deltagande i kvalitetsregistret PsykosR (Nationellt kvalitetsregister för psykosvård). Under året gjordes 5 stycken nyregistreringar av 140 möjliga patienter. Det ger en täckningsgrad på endast 3,6 %.

TioHundra har sedan starten år 2006 deltagit i kvalitetsregistret BipoläR (Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom). Antalet registreringar har ökat genom åren, år 2010 var antalet nyregistreringar 18 och antalet uppföljningsregistreringar 11 på totalt 156 patienter.

Andra kvalitetsregister såsom exempelvis BUSA (Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD), LAROS (Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende), SBR (Svenska beroenderegistret) och Kvalitetsstjärnan (Kvalitetsregister för uppföljning av psykiatrisk vård) har verksamheterna ännu inte valt att ansluta sig till.

Beaktande av den somatiska hälsan

Den somatiska hälsan och läkemedelsöversyn för boenden på Socialpsykiatrins särskilda boenden följs av en läkare från vuxenpsykiatrin och en sjuksköterska anställd av Socialpsykiatrin. Före tillblivelsen av TioHundra ansågs personer som bodde i Socialpsykiatrins särskilda boenden färdigbehandlade av vuxenpsykiatrin. De boende var medicinskt hänvisade till primärvårdens omhändertagande. Tyvärr var inte behovsgruppen prioriterad inom primärvården och möjligen missbedömde man gruppens medicinska behov. När psykos- och rehabiliteringsteamet startades 2007 fick läkare från vuxenpsykiatrin ansvaret för att även följa upp (i enlighet med vårdprogrammet) den somatiska hälsan hos gruppen. En sjuksköterska anställdes av socialpsykiatrin med uppgift att vara navet mellan psykiatrin, socialpsykiatrin och primärvården i omhändertagandet av de boendes somatiska hälsa. Vid ansvarsövertagandet upptäcktes flera somatiska problem hos de boende, t ex diabetes och höga blodfetter.

Nedan presenteras några av kvalitetsindikatorerna från de regionala vårdprogrammen, nämligen dem med riktning mot patienters somatiska hälsa.

Kvalitetsindikatorer för Schizofreni och andra psykossjukdomar	Resultat år 2011
Andel av patienter som står på antipsykosläkemedel som genomgått metabol undersökning under en 12-månadersperiod	Alla patienter erbjuds. Endast ett fåtal vägrar undersökningen
Andel patienter med psykossjukdom som under en 12-månadersperiod bedömts avseende alkoholkonsumtion med hjälp av screeningformulär eller strukturerad intervju	Mindre än 10%. Den låga siffran beror på att man hävdar att man har kontroll på deras alkoholkonsumtion på annat sätt.
Andel patienter med psykossjukdom som under en 12-månadersperiod bedömts avseende biverkningar av läkemedel.	100%

Kvalitetsindikator för Depression och bipolär sjukdom	Resultat år 2011
Finns formaliserade rutiner för uppföljning av patienter som behandlas med litium eller antiepileptika?	Ja.

Kompetensnivå

I dagsläget har Psykiatriverksamheterna 16 heltidsanställda läkare. Inom vuxenpsykiatrin är 6 av femton psykologer legitimerade terapeuter. Inom 1 år är ytterligare 2 av psykologerna klara med sin legitimation som terapeut. Av 5 socionomer har 4 stycken utbildning som legitimerad terapeut och bland de 9 psykiatrisjuksköterskorna kommer 1 att vara färdig med sin terapeututbildning inom 1 år. Samtlig personal har Steg1-utbildning i vuxenpsykiatri och all personal erhåller obligatorisk, kvalificerad extern handledning.

Jämförelser med utfall av beställarrevision 2006 och 2009 samt med SLSO 2010

Vid beställarevision gällande implementering av regionala vårdprogram och dess effekter inom länets allmänpsykiatriska öppenvård för vuxna, som gjordes på initiativ av Beställare Vård, SLL åren 2006 och 2009, konstaterades att fortfarande, år 2009, var följsamheten mot vårdprogrammen på en generellt anmärkningsvärt låg nivå. TioHundra ingick inte i revisionen 2009. Vår uppfattning är att i psykiatriverksamheterna TioHundra är vårdprogrammen/de lokala handlingsprogrammen levande dokument och uppfattas som styrande för verksamheten.

Kommentar

- Inom psykiatriverksamheterna är det tydligt uttalad policy att förekommande nationella riktlinjer och regionala vårdprogram ska följas. De ingår i det interna ledningssystemet.
- Följsamheten förefaller generellt god. Vårdprogrambaserade åtgärder visavis psykossjukas somatiska hälsa har exempelvis genomförts och beaktas fortlöpande. Likaså är man nu på gång med utbildning till schizofrenipatienter i sjukdomen – i enlighet med vårdprogrammet.
- Det finns ett behov av att närmare beakta nyligen utkomna riktlinjer för psykosociala insatser.
- Kvalitetsregistermedverkan och nyttjande av datauttag från registren är ett förbättringsområde. Likaså finns behov av att införa användning av kriteriebaserade diagnostiska instrument vid depression och bipolär sjukdom.
- Förutsättningar och rutiner för uppföljning av följsamhet mot vårdprogram och förändring i patienternas psykiska hälsoläge behöver utvecklas.

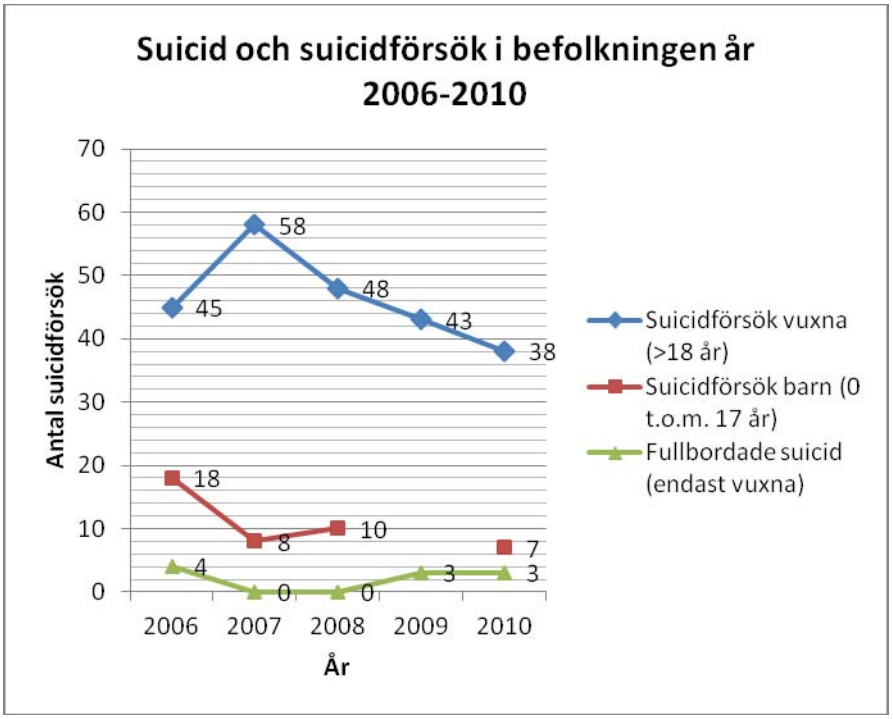
- Det föreligger en relativt hög återintagningsfrekvens för patienter med schizofrenidiagnos. Siffran är en skattning och kan eventuellt påverkas av det faktum att den är beräknad på ett relativt lågt antal patienter.
- Kompetensnivån är hög med lägsta nivå Steg 1- utbildning för all personal. Stor andel psykologer och socionomer har legitimation eller är på väg att få legitimation som terapeut.

Säker vård

Suicid och suicidförsök

Strukturerad suicidbedömning ska ske med alla patienter som söker sig till verksamheten. Redan vid egenanmälan via telefon ställs initiala frågor om patientens livslust. Statistik beträffande utförd suicidbedömning och uppfattad suicidrisk finns inte tillgänglig på grund av registreringsproblem i journalsystemet.

I nedanstående diagram visas utveckling inom suicid och suicidförsök under åren 2006-2010.



Lex Maria-anmälningar

Samtliga suicid under åren 2006 och fram till nuläget har anmälts enligt Lex Maria och varit föremål för händelseanalys. Därutöver har inga Lex Maria-anmälningar gjorts under perioden. Inte heller har det förekommit några Lex Sarah-anmälningar under perioden.

Avvikelser

Under åren har relativt få avvikelser dokumenterats i det elektroniska systemet för avvikelserapportering. Det tillskrivs framförallt att systemet ej varit anpassat för vårdområdet (psykiatri). I samarbete med SLSO har detta åtgärdats under 2010 (viss fortsatt utveckling pågår fortfarande) och rapporteringsfrekvensen är i stigande. De flesta anmälningar gäller bristande dokumentation.

Patientnämndsärenden

Antalet patientnämndsärenden har under perioden 2006 och fram till dagsläget varierar mellan 4 och 7 per år. I endast ett av dessa ärenden gällde klagomålet samverkan. De flesta anmälningarna har gällt behandling.

Rapporter från tillsynsmyndigheten

Under den aktuella perioden (från 2006 och fram till dags dato) har psykiatriverksamheten vid tre tillfällen varit föremål för tillsyn. Samtliga tillfällen har ägt rum inom ramen för tematisk tillsyn och inget av dem har varit av karaktären riktad tillsyn. Den första tillsynsaktiviteten (2006) gällde sjukskrivning av patienter med vissa psykiatriska sjukdomstillstånd och föranledde inga anmärkningar. Den andra (2007) gällde läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende och riktade sig till BeroendeRådgivningen i Norrtälje. Myndigheten konstaterade att ändamålsenliga rutiner fanns dokumenterade samt att vårdplaner enligt föreskrift fanns inklusive rutiner för uppföljning och omprövning av vårdplan och för dokumentation och samordning med kommunens socialtjänst. Den tredje tillsynsaktiviteten ägde rum 2008 inom ramen för tematisk verksamhetstillsyn avseende barns och ungdomars psykiska hälsa. Tillsynen gällde alltså verksamheten vid BUP. I den sammanfattande bedömningen framkommer att ”Socialstyrelsen har inte konstaterat några brister av betydelse för patientsäkerheten inom de granskade områdena. Socialstyrelsen gör bedömning att verksamhetens arbete med kvalitet och patientsäkerhet är väl utvecklat”. Man bedömde också att verksamheten behövde utarbeta rutiner för överlämnande av patienter från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin. Detta åtgärdades omedelbart genom att den rutin som redan praktiserades nedtecknades och lades in i ledningssystemet Juris. Vidare ansåg man att fler vårdprogram borde införas. Även det påpekandet har lett till ett förbättringsarbete

Kommentar

- Det är en tydligt nedåtgående trend beträffande suicidförsök i kommunen och suicidfrekvensen har också under observationstiden (2006-2010) legat på konstant låg nivå, vilket är glädjande.
- Avvikelserapporteringen är i stigande vilket tyder på att en säkerhetskultur håller på att utvecklas. Dock har ännu inga andra allvarliga vårdskador eller händelser där risk för allvarlig vårdskada förelegat rapporterats enligt Lex Maria.
- Huruvida andra händelser än suicid har föranlett strukturerad händelseanalys framgår ej. Huruvida riskanalyser görs i verksamheten framgår inte heller – utom vid ett tillfälle: BUP gjorde en riskanalys inför flytt till Familjens hus (se avsnitt om Verksamhetsområdet Barn, Unga och Familj nedan).
- Antalet Patientnämndsärenden har enbart varit lågt genom åren vilket är ett positivt tecken förutsatt att patienter och brukare är informerade om möjligheten att väcka klagomål den vägen.
- Tillsynsmyndigheten inom Socialstyrelsen har vid 3 tillfällen under perioden 2006-2010 gjort tematisk tillsyn. Vid senaste tillfället gjordes två smärre påpekanden som har åtgärdats.

Patientfokuserad vård

Delaktighet i individuell vårdplanering

Ett mål för Psykiatriverksamheterna är att patienter ska vara delaktiga i sin vårdplanering och genom sin signatur i vårdplanen styrka att så skett. Ett aktivt arbete för att uppnå målet pågår. I nedanstående tabell visas andelen patienter med undertecknad vårdplan i några av psykiatrienheterna. Uppföljning av andelen patienter med individuella vårdplaner försvåras av brister i journalsystemet när det gäller att registrera vårdplan och delaktighet. De låga andelarna som redovisas nedan förklaras av att vårdplaner inte har registrerats.

Enhet	Andel patienter med undertecknad vårdplan år 2010
Beroenderådgivningen	43%
Allmänpsykiatriska mottagningen, Vuxenpsykiatrin	55%
Unga Vuxna-mottagningen	61%
BUP	46%

Gemensam vårdplanering

När flera enheter inom psykiatriverksamheterna är involverade i vård och omsorg om patienter/brukare skall en ömsesidig bild genom gemensamma vårdplaner alltid säkras. I slutet av 2009 hade samtliga KPM-patienter gemensamma vårdplaner med aktiva vårdgivare. I slutet av år 2010 var andelen KPM-patienter med gemensam skriftlig vårdplan med BeRå, socialpsykiatri och socialtjänst 80 %. För patienter som har kontakt med vuxenpsykiatrins psykos/rehabteam och socialpsykiatrin var andelen gemensamma vård- och samverkansplaner 85 % år 2010.

Jämförelse med SLSO

Nedan visas en tabell där förekomst av vårdplaner inom psykiatriverksamheterna i Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och i TioHundra jämförs. För både TioHundra och SLSO har registreringsproblem förekommit, varför jämförelser ska göras med försiktighet.

Indikator	Tiohundra år 2010	SLSO år 2010
Andel patienter i beroendevård som efter tre besök har vårdplan	49%[3]	72%
Andel patienter i BUP öppenvård som efter tre besök har vårdplan	45%	93%

Överföring mellan BUP och vuxenpsykiatrin

Följande rutin gäller för verksamheten: ”När en patient bedöms behöva fortsatt vård efter 18 års ålder ska denna patient aktualiseras inom vuxenpsykiatrin eller BeroendeRådgivningen senast sex månader innan patienten fyller 18 år. Därefter ska ett gemensamt möte mellan mottagande enhet och BUP-familjen komma till stånd innan patienten fyller 18 år, där alla ”ansvariga” för den tidigare vården och den framtida vården deltar. I undantagsfall som t.ex. vid enkla rutinmässiga medicineringsärenden kan överföring ske till vuxenpsykiatrin med endast en remiss”.

[3] Osäkra siffror på grund av registreringsproblem i journalsystem

Övrig hälsofrämjande verksamhet

Anhörigstöd

Enligt Socialtjänstlagen ingår det i TioHundras uppdrag att ge stöd till anhöriga till missbrukare. Strukturerad anhörigverksamhet finns. Dels tillhandahåller BeRå stöd på individ och på gruppnivå till personer som har anhöriga med missbruksproblem och dels håller BeRå och Unga Vuxna-mottagningen tillsammans i särskild gruppverksamhet för unga, vuxna som vuxit upp med missbrukande föräldrar. BUP och Vuxenpsykiatrin driver tillsammans gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka personer. Parallellt går även föräldrarna i gruppverksamhet. Kärnan håller i samspelsbehandling i grupp för föräldrar med barn med psykiskt nedsatt funktionsförmåga. Gruppverksamheten ger föräldrar möjlighet att utforska och bearbeta bekymmer som finns i kontakten med barnet.

Daglig sysselsättning

För socialpsykiatrins kunder ordnas dels dagliga träffpunktsaktiviteter, dels - på uppdrag av biståndshandläggarna - praktiktjänstgöring. Inför praktik gör arbetsterapeut en kartläggning av möjlig plats på basen av kundens önskemål och utfall av ett antal olika självskattningsinstrument (COMP, Min mening, DOA, m.fl.). Förhoppningen är att praktikplatser ska leda till fast anställning. Samarbete med Försäkringskassan (FK) och Arbetsförmedlingen (AF) är väl etablerat. Under förra året gick en person vidare till en tillsvidare anställning på den öppna arbetsmarknaden. För närvarande är 11 personer (ungefär var fjärde i den aktuella målgruppen) ute i praktik varav 2 personer har påbörjat samarbete med FK och AF inför möjlig anställning. Detta är en väsentlig förbättring jämfört med läget år 2006 då inga kunder var ute i praktik.

Preventivt arbete

Psykiatriverksamheterna bedriver preventivt arbete för att förebygga psykisk ohälsa. Unga Vuxna-mottagningen arbetar preventivt genom att ta emot och bedöma alla som söker vård. Genom att tidigt hindra symptomutveckling undviks längre behandlingstid i framtiden. Barn- och anhöriggrupper till psykiatrins patienter pågår kontinuerligt (se ovan) och har preventiv funktion. För patienter med psykossjukdom och högt BMI finns programmet ”Ett sundare liv” som syftar till att ge sundare kostvanor och mer motion. BUP deltar också tillsammans med Barnmottagningen och sjukgymnaster i Familjeviktskolan, som är ett program för överviktiga barn där barn och föräldrar deltar i gruppverksamhet. Psykiatriverksamheterna deltar i föreläsningar till elever på vårdprogrammen på gymnasieskolan. Vidare deltar verksamheten tillsammans med MVC i nätverk för gravida kvinnor med eventuellt missbruk. Andra förebyggande aktiviteter är: träffar med polis och skola kring drogförebyggande åtgärder och föreläsningsserier för allmänheten kring psykisk ohälsa.

Patient-/brukar-/kund upplevd kvalitet

Patientenkäter för TioHundra utförs av Institutet för kvalitetsindikatorer. Patientenkäter har genomförts någon gång för alla enheter under TioHundra, för vissa enheter fler gånger och för andra färre. I olika rapporter redovisas resultatet som patientupplevd kvalitet och i andra som förbättringsutrymme. Jämförelser över tid är därmed ofta inte möjliga. I nedanstående tabell visas den patientupplevda kvaliteten för ett antal olika frågor som förekommit i patientenkäter utförda av Institutet för kvalitetsindikatorer på nationell nivå och för TioHundra. Den maximala

patientupplevda kvaliteten är 100, frågorna är ställda med svarsalternativ som viktas för att få fram aktuell patientupplevd kvalitet.

Dimension	Fråga ställd i patientenkät	Resultat nationell patientenkät psykiatrisk öppenvård 2010	Resultat vuxenpsykiatri och BeRå TioHundra 2010
Tillgänglighet	Hur upplever du mottagningens tillgänglighet? (kan gälla telefon, e-post, personligt besök)	60	59
Bemötande	Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	84	81
Delaktighet	Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskade?	67	58
Information	Fick du tillräcklig information om ditt tillstånd?	67	57
Förtroende	Kände du förtroende för den läkare som du senast träffade?	71	63
Upplevd nytta	Anser du att ditt aktuella behov av vård blivit tillgodosett vid ditt senaste besök på mottagningen?	75	68
Rekommendera	Skulle du rekommendera den här mottagningen till andra?	78	74

Socialpsykiatrin utformade år 2010 en egen kundenkät, då nationell sådan inte finns färdigt utformad. Tre dimensioner följdes; Nöjd kund, Självbestämmande och integritet och Genomförandeplan. Inom Arbete och sysselsättning ansåg sig 28 % vara mycket nöjda (5 av 5 på skala) med sitt arbete inom socialpsykiatrin och 51 % ansåg sig ha varit delaktiga i utformandet av genomförandeplan. Inom särskilda boenden var 55 % mycket nöjda (5 av 5) med sitt boende och 74 % ansåg att det var enkelt att komma i kontakt med personalen när de behövde det. Inom boendestöd uppgav 62 % att de var mycket nöjda (5/5 på skala) med sitt boendestöd och 83 % ansåg att de fick hjälp att utföra vardagliga rutiner i sin egna takt med hjälp från personal.

Samverkan med brukare och brukarorganisationer

Det finns ingen strukturerad samverkan med brukarna. Verksamhetschefen träffar eller talar med på telefon dem som har klagomål att framföra direkt eller via Patientnämnden. Den erfarenhet det ger vägs samman med resultaten från patientenkäterna och innehållet i de fria kommentarerna och bildar underlag för planering av nästa års förbättringsarbete.

Psykiatriverksamheterna samarbetar med brukarorganisationerna IPH (Intresseföreningen för psykiskt handikappade i Norrtälje) och RSMH Roslagen (Riksförbundet för social och mental hälsa Roslagen) som är en lokal förening inom Intresseförbundet för schizofreni (RIKS IFS). IPH syftar till att öka förståelsen för

psykisk sjukdom i samhället och för stöd till anhöriga genom att skapa mötesplatser samt arrangera föreläsningsserier (”Babels hus”). RSMH arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska ges förutsättningar att komma tillbaka till ett gott liv. År 2011 genomfördes en temavecka på temat ”Återhämtning ur ett brukarperspektiv” tillsammans med RSMH, IPH och förvaltningen. Brukarorganisationer använder psykiatriverksamheternas lokaler för sina möten.

Båda organisationerna vittnar om ett gott samarbete med Psykiatriverksamheterna. Man har regelbundet återkommande möten då information delas och möjligheter ges att lyfta aktuella frågor. Ingen av föreningarna uttrycker konkret upplevelse av förändring till följd av skapandet av den nya organisationen, Psykiatriverksamheterna TioHundra. Upplevelsen av psykiatrin som ett finansiellt oprioriterat område består där behovet av boenden inte är tillgodosett och avståndet till specialiserad psykiatri ökats genom att primärvården ska vara ”vägen in”. Man tycker också ”närhetsprincipen” förfuskats genom att det s.k. mobila teamet som tidigare fanns inom psykiatrin har tagits bort.

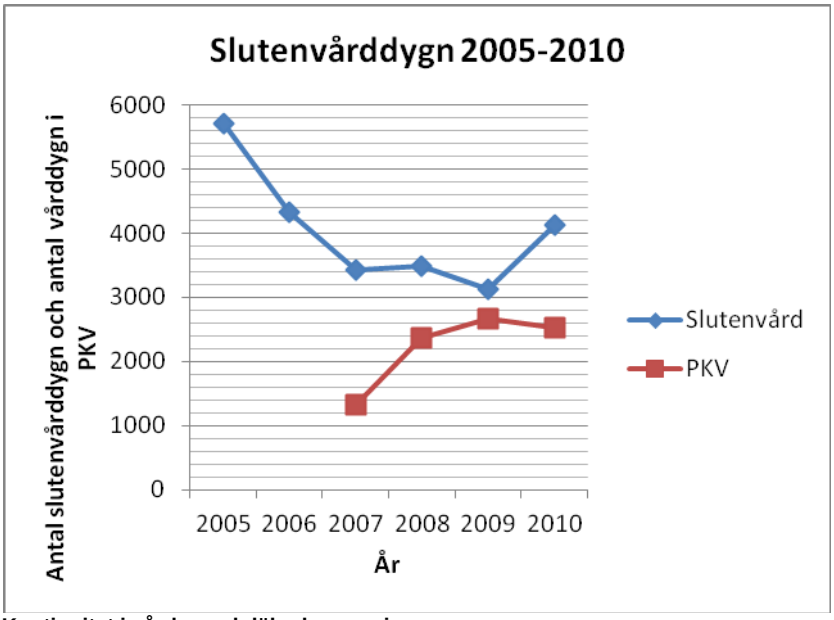
Kommentar

- Verksamheten har som tydligt mål att skapa patient-/brukardelaktighet i den individuella vårdplaneringen. Dokumentationssystemen stöder emellertid inte ändamålsenlig dokumentation och uppföljning.
- Rutinerna för överföring mellan barn- och vuxenpsykiatri liksom för anhörigstöd är välutvecklade.
- Ett framgångsrikt arbete med att skapa daglig sysselsättning och kontakt med arbetslivet med syfte att få ut kunderna i sysselsättning har utvecklats.
- Likaså förmärks ett starkt engagemang när det gäller att förebygga psykisk ohälsa i samhället genom diverse åtgärder.
- Samverkan med brukarorganisationerna är aktiv. Däremot finns ingen struktur för brukarmedverkan i vården.
- Användningen av patientenkäter kan förbättras så att jämförelser kan göras över åren genom att använda samma instrument/frågor och enhetligt utvärderingssystem.
- Komplettering med intervjuer och fokusgrupper skulle kunna fördjupa förståelsen för den patient-/kundupplevda dimensionen av kvaliteten i verksamheten.
- Förbättring av dokumentationssystemet och rutinerna för dokumentation är ett angeläget förbättringsområde för att bättre kunna följa upp vårdplanerna - både individuella och gemensamma.
- Slutligen verkar det föreligga ett behov att förstärka informationen ut till ”kunderna” om Psykiatriverksamheternas organisation och tjänster. Exempelvis saknas kännedom om möjligheten till råd- och stödsamtal dygnet runt.

Effektiv vård

Slutenvårdskonsumtion

Slutenvård sker på Danderyds sjukhus och ett ständigt återkommande processinriktat verksamhetsmål är att minska antalet slutenvårdsdygn. Åtgärder har genomförts för att minska antalet slutenvårdsdygn, främst inrättandet av mellanvårdformen Psykiatrisk korttidsverksamhet (PKV) för Socialpsykiatrins patienter/brukare. I nedanstående diagram redovisas slutenvårdskonsumtionen under åren 2005-2010. Uppgången i slutenvårdsdygn år 2010 har flera orsaker. En av orsakerna hänger samman med förändringen i slutenvårdspsykiatrin i landstinget fr o m 2010. Tidigare samverkade psykiatriverksamheterna i Tiohundra med en enda slutenvårdsavdelning på Danderyds sjukhus (DS). Det gav goda möjligheter att utveckla bra rutiner. I och med den organisatoriska förändringen inom slutenvårdspsykiatrin replierar nu TioHundra på ett flertal avdelningar på DS och även någon avdelning på Löwenströmska lasarettet. Det har skapat en hel del informations- och kommunikationsproblem. Under året har emellertid samförstånd om effektiva rutiner skapats med de flesta avdelningar och vikten av att ansvarig, beslutsfattande läkare på slutenvårdssidan deltar i veckokonferenserna tydliggjorts. Utfallet för 2011 kommer troligen att leda till en viss nedgång i slutenvårdskonsumtion. Andra omständigheter som påverkar slutenvårdskonsumtionen är bl a bristen på psykogeriatrisk kompetens inom Norrtälje-geriatriken. Det leder till att c:a 200 slutenvårdsdygn/år konsumeras av behovsgruppen äldre med demenssjukdomar.



Kontinuitet i vården och läkarbemanning

Kvalitetsindikator för Ångestsyndrom	Resultat TioHundra	Resultat SLSO 2010
Andel av de patienter som behandlas för ångest eller depression som har haft kontakt med samma person vid de tre senaste läkarkontakterna (besök el. tfn-samtal)	Mindre än 50% under föregående år pga rekryteringsproblem på läkarsidan. Fr o m i år en klar förbättring – se nedan.	77%

Innan och strax efter att TioHundra bildades var läkarrekrytering och -bemanning ett stort problem. Det problemet är nu helt borta och man har dessutom höjt kompetensen hos befintlig personal och utökat antalet. Se sid 16 om kompetens i verksamheten.

När Psykiatriverksamheterna Tiohundra bildades fanns endast ett fåtal läkare i verksamheten. Från att ha haft en 80 % läkartjänst på BUP i början av 2006 har man nu två specialister. Antalet läkare inom vuxenpsykiatrin har under samma period ökat från två till tolv. BeRå hade i början en läkare en dag i veckan. Nu är två läkare heltidsanställda på BeRå.

En betydande kompetensökning har genomförts för personal i övrigt. Personal- och kompetensökningen har givit förutsättningar för högre kvalitet och förbättrad kontinuitet i vården. Andelen patienter som har kontakt med samma person vid flera läkarkontakter i rad kommer nu att kunna öka.

Med den förbättrade läkarbemanningen har också följt ett väsentligt förbättrat tillflöde av AT-/ST-läkare. Inte minst ST-läkare ser möjligheter i att under utbildningen skaffa erfarenheter av att arbeta i en integrerad och sammanhållen psykiatriorganisation.

Uppföljning av vårdplaner

Detta är ett förbättringsområde som organisationen arbetar med för närvarande. Rutinen i nuläget är att följa upp vårdplanerna tillsammans med behandlande läkare 2 gånger om året. Förbättringsarbetet omfattar bl. a. utveckling av dokumentationssystemet och tydliggörande av rutiner för hur vårdplaner dokumenteras. Nästa steg är att vidareutveckla metoden för uppföljning av vårdplaner.

Kommentar

- Det har skett en kraftfull minskning i slutenvårdskonsumtionen tack vare inrättande av interna mellanvårdformer. Ökningen under 2010 visar dock på en uppkommen svaghet i systemet som nu är under bearbetning.
- Den radikalt förändrade rekryteringssituationen med en läkarbemanning som gått från knappt tre anställda till ett femtontal borgar i sig för en väsentlig kvalitetsförbättring. Det är samtidigt ett uttryck för att Psykiatriverksamheterna i Tiohundra är en attraktiv arbetsplats.
- Systematiken i uppföljningen av vårdplaner är under utveckling.

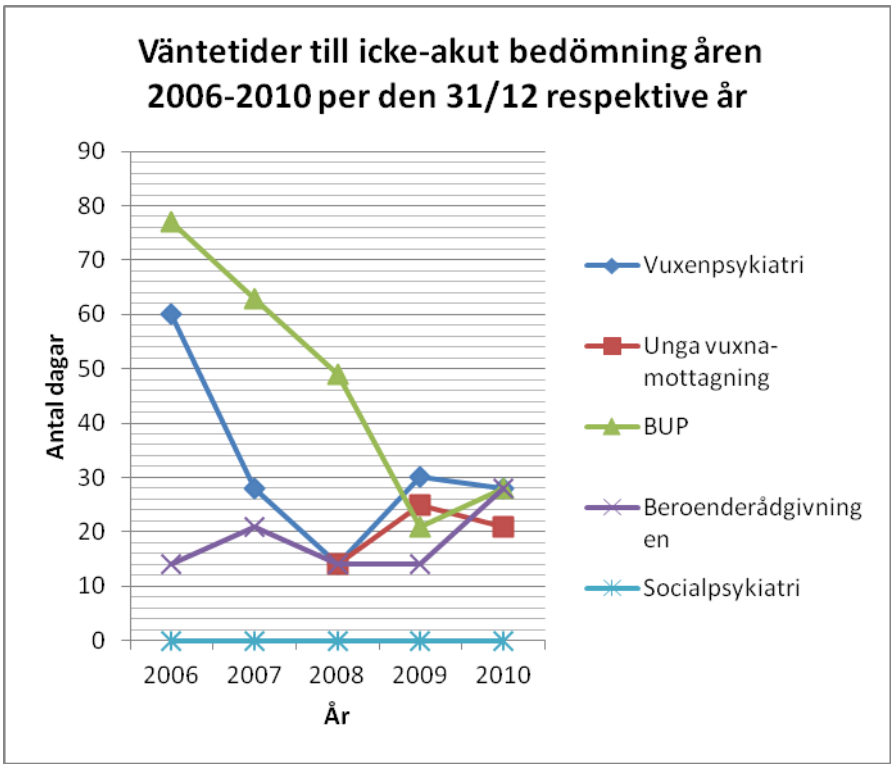
Vård i rimlig tid

Väntetid till icke-akut bedömning

Ett av verksamhetens mål är ett snabbt omhändertagande på rätt nivå. Målet nås genom lättheten att komma i kontakt (ett nummer in) där kompetent personal gör en preliminär bedömning av behovet och slussar den sökande vidare till rätt mottagning.

I nedanstående diagram redovisas väntetider till bedömning för åren 2006-2010. Det har skett en klar förbättring av väntetiderna inom vuxenpsykiatrin och BUP. År 2006 kunde BUP erbjuda endast 54 % av patienterna vård inom tiden för vårdgarantin.

Omorganisationen av vuxenpsykiatrin från två allmänpsykiatriska mottagningar till fem specialiserade mottagningar har bidragit till att väntetiderna för alla enheter i augusti 2011 var en vecka och att akuta patienter oftast kan få besök samma dag. I nedanstående diagram visas väntetiderna per den 31/12 för respektive år. *Notera att dagens väntetid (oktober 2011) som är 1 vecka inte framkommer i diagrammet.*



Väntetid till neuropsykiatriska utredningar

Under den tidigare organisationen gjordes de allra flesta neuropsykiatriska utredningarna på Karolinska sjukhuset. Väntetiden var betydande. Idag görs neuropsykiatriska utredningar inom BUP, elevhälsan, barnmottagningen, BeRå och Vuxenpsykiatrin. Väntetiden har reducerats markant och håller sig inom vårdgarnatinivån. När det gäller barn är samförstånd med skolans ledning en viktig förutsättning för utredningen. Det måste vara tydligt att skolan är beredd att ta på sig konsekvenserna av utredningsresultatet. Det medicinska behandlingsansvaret sker där

utredningen gjorts med undantag av elevhälsan, där behandlingsansvaret vilar på BUP, Unga-Vuxna eller barnmottagningen. Utvecklingen av den egna kapaciteten att genomföra neuropsykiatriska undersökningar har skett utan tillförsel av extra medel.

Tillgänglighet

Ett av verksamhetsmålen är god tillgänglighet. Väntetider är ett mått på tillgänglighet men tillgänglighet handlar också om läget och möjligheterna till kontakt. Ett telefonnummer in underlättar tillgängligheten liksom samlokalisationen av verksamhetens delar. Vid akuta problem – oavsett dag i veckan och tid på dygnet – kan man ringa på samma telefonnummer som för sedvanlig tidbokning. Via numret ges möjlighet till ”råd- och stödsamtal dygnet runt”. Tjänsten tillhandahålls av personal (skötare) på PKV som vid behov har möjlighet konsultera jourhavande psykiater på Danderyds sjukhus för back up.

Kommentar

Psykiatriverksamheterna Tiohundra har lyckats skapa en organisation som klarar vårdgarantin och som har en god tillgänglighet såväl på kontorstid som akut genom möjligheten till ”råd- och stödsamtal dygnet runt”.

Jämförelse av utfall inom psykiatrin i SLSO (kvalitetsbokslut 2010) och Tiohundra (nuläge)

Psykiatriverksamheten TioHundra ser positivt på möjligheten att jämföra sig med exempelvis SLSO och kommer att införa en del av SLSO:s kvalitetsindikatorer i sin uppföljning av verksamheten. Syftet är också att lägga ut kvalitetsinformation på den publika webbplatsen. Nedan visas jämförelser mellan SLSO:s kvalitetsbokslut för 2010 och aktuellt läge för Psykiatriverksamheterna TioHundra.

Kvalitetsindikator	Psykiatri-verksamheterna TioHundra 2011	Psykiatri-verksamheterna SLSO 2010
Andel patienter i vuxenpsykiatrin som har diagnos efter tre besök (varav minst ett läkarbesök)	100%	95 %
Andel patienter med bipolär sjukdom typ 1 som varit utan sjukdomsepisod det senaste året	ca 25%	57%
Bedömning av barn och ungdomars funktionsnivå, andelen patienter som bedömts med CGAS före och efter behandling	100% (vid inledning, mitten och avslutningen av vården)	87%
Andel patienter med psykossjukdom som haft kontakt med öppenvård minst en gång under månaden efter utskrivning från heldygnsvård	> 90% (exakta siffror går inte att få fram)	77%
Täckningsgrad BipoläR	Okänt	55%
Andel patienter som söker vård för depression eller ångestsyndrom.	Ca 1/3	Ca 1/6

Kommentar

- Jämförelsen med psykiatrin inom SLSO pekar på en viss förbättringspotential beträffande vård och behandling av patienter med bipolär sjukdom typ 1. Dock bör beaktas att siffran är osäker.
- Medverkan i kvalitetsregister behöver förbättras vilket redan kommenterats.

- Den angivna höga andelen patienter som söker vård för depression eller ångestsyndrom i jämförelse med SLSO skulle kunna tolkas som en otydlighet mellan primärvården och psykiatrin om var gränsen för första linjens psykiatri går. Det är emellertid inte den sannolika förklaringen. Tvärtom anser primärvården att Psykiatriverksamheterna tar emot för få av patienterna med psykiska problem. Siffran speglar kanske snarare omfattningen av den psykiska ohälsan i området.

2.2.5 Sammanfattande bedömning

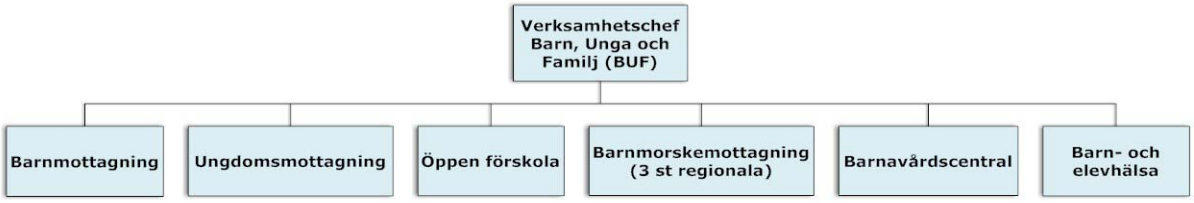
Psykiatriverksamheterna i TioHundra tillhandahåller en unik sammanhållen psykiatrisk och psykosocial insats för befolkningen i område. Verksamheten kännetecknas av en generellt hög kompetens, god läkarbemanning och en gynnsam rekryteringssituation. Arbetsformerna är gränsöverskridande. Beslutsvägarna är korta. TioHundras vision om att ingen ska falla mellan stolarna tycks här vara realiserad. Ett flertal unika, integrerade vårdformer finns som t ex BeroendeRådgivningen, Unga Vuxna- mottagningen och Psykiatrisk korttidsverksamhet. Verksamheten följer förekommande nationella riktlinjer och regionala vårdprogram. Sedan verksamheten startade har slutenvårdskonsumtionen minskat, suicidförsöken reducerats och suicidnivån fortsatt ligga på en låg nivå. Det är en uttalad ambition att patienter och brukare görs delaktiga i sin vårdplanering. Verksamheten är lätt tillgänglig och vårdgarantin uppfylls.

Förbättringsområdena ligger inom dokumentation och långsiktig uppföljning – både av följsamhet till rutiner/vårdprogram och av utfall - samt kvalitetsregistermedverkan. Uppföljning av patient-/brukarupplevd kvalitet skulle också kunna förbättras och systematiseras för att därmed ge förutsättningar för ytterligare utveckling av patient-/brukarfokuseringen i verksamheten.

2.3 Verksamhetsområde Barn, Unga och Familj (BUF)

2.3.1 Organisation

Vid starten av TioHundra slogs kommunala verksamheter och landstingsverksamheter gällande barn, unga och familj samman till verksamhetsområdet BUF, Barn, Unga och Familj. I BUF-verksamheterna ingår åtta enheter - barnmorskemottagningar, barnavårdscentraler, ungdomsmottagning, barn- och elevhälsa, barnmottagning och Öppna förskolan (se organisationsschema nedan).



Samtliga verksamheter förutom barnmottagningen är sedan början av 2011 samlokaliserade i Familjens Hus.

Barnmottagningen tillhandahåller barnmedicinsk öppenvård för barn och unga upp till 18 år. Mottagningen finns på Norrtälje Sjukhus. En stor del av patientkli-

entelet utgörs av barn med kroniska besvär såsom astma och diabetes samt barn med neurologiska sjukdomar.

Ungdomsmottagningen arbetar med sex- och samlevnadsfrågor samt stödjande samtalskontakter. På mottagningen finns barnmorskor, kuratorer och läkare.

Öppna förskolan (hette Familjecenter fram till 2010) bedriver kostnadsfri öppen verksamhet för barn upp till sex år tillsammans med föräldrar. Verksamheten innefattar bland annat gruppverksamhet och råd och stöd till föräldrar.

Barnmorskemottagningarna (Norrtälje, Hallstavik, Rimbo) ger kvinnor tillgång till hälso- och sjukvård så att graviditet och förlossning kan ske i trygghet. Verksamheten innefattar vård under graviditet, preventivmedelsrådgivning och cellprovtagning.

Barnavårdscentralen arbetar förebyggande med nyfödda upp till 6 års ålder. Uppdraget är att säkerställa barnens hälsa, trygghet och utveckling. Verksamheten omfattar bland annat regelbunden uppföljning av barns utveckling och tillväxt och stöd i föräldraskapet.

Barn- och elevhälsan bedriver skolhälsovård för elever i grund-, gymnasie- och särskola. I verksamheten ingår neuropsykiatriska utredningar, hälsokontroller och enklare sjukvårdsinsatser i syfte att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra psykisk och fysisk hälsa samt verka för sunda levnadsvanor. I Familjens hus finns också BUP och Kärnan.

Samverkan inom organisationen och omgivande strukturer
Ett väl utvecklat samarbete finns internt mellan BUF-enheterna och andra Tio-Hundra-verksamheter, främst BUP och BUP Kärnan, socialtjänsten och skol- och förskoleverksamheterna. Så till exempel samarbetar barnmottagningen med BUP inom området barn med koncentrationssvårigheter (ADHD, mm).

Barnavårdscentralen har ett väl utvecklat samarbete med andra verksamheter (primärvård, Folktandvården, socialtjänst, förskoleverksamheter, etc). Regelbundna möten mellan socialtjänst, barnmorskemottagning och psykolog från BUP sker för att fånga upp och stötta gravida och nyförlösta kvinnor inom riskzonen för psykisk ohälsa. Samarbete finns även med socialtjänsten och polisen rörande kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp.

Kommentar

- BUF är en unik organisatorisk sammanslagning av kommunala verksamheter och landstingsverksamheter gällande barn, unga och familj.
- Genom samlokaliseringen i Familjens Hus förstärks möjligheterna till effektiv samverkan.

2.3.2 Mål för verksamheten

BUF har till uppgift att förnya och utveckla sjukvård och förebyggande arbete runt varje barn, ungdom och familj så att vårdkedjor och insatser fungerar optimalt ur ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Målet med samlokaliseringen i Familjens hus är att möjliggöra tidigare upptäckt av familjer i behov av stöd, utveckla arbetsformer mellan olika professioner för att främja

barns hälsa och förebygga ohälsa och stödja föräldrar i sin föräldraroll.
I ett vidare perspektiv är syftet att nedbringa ohälsotalet bland ungdomarna i kommunen som för närvarande är högst i länet.

2.3.3 Effekter

Verksamheten har gjort betydande framsteg för att skapa sammanhållna vårdkedjor runt barn, unga och familjer. Samlokaliseringen i Familjens hus kommer sannolikt att förstärka ambitionerna genom tätare samarbete och ökat kunskapsutbyte. Journalsystemet är nu gemensamt för alla delarna liksom webbplatsen där aktuell information, gemensamma rutiner och dokument är tillgängliga. Telefonnumret till Familjens hus är gemensamt för alla verksamheterna. Ännu saknas gemensamma mått för att följa upp verksamheten.

2.3.4 Sammanfattande bedömning

BUF är en unik organisatorisk sammanslagning av kommunala verksamheter och landstingsverksamheter gällande barn, unga och familj. Genom samlokaliseringen i Familjens Hus förstärks möjligheterna till effektiv samverkan.

Det föreligger ett behov att utveckla metoder och mätetal för målrelaterad, långsiktig uppföljning av verksamheten både vad gäller följsamhet till rutiner/vårdprogram och utfall på olika nivåer (individ, grupp och processer).

2.4 Referenser kapitel 2

Forsner, T. & Forsell, Y. (2006). *Samverkan – Gemensam kompetensutveckling för socialtjänst och psykiatri med inriktning på personer med psykiskt funktionshinder*. Stockholm: Stockholms läns landsting. ISBN 91-976043-4-8.

Socialstyrelsen (2006). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

3 Kostnads- och produktivitetsanalys

3.1 Bakgrund

Detta kapitel behandlar de ekonomiska förändringarna under perioden med TioHundraprojektet. De ekonomiska konsekvenserna berör såväl olika huvudmän som individer i rollen som medborgare och förmånstagare. Slutresultatet av resursinvesteringar i hälso- och sjukvård och äldreomsorg är hela befolkningens hälsa och välbefinnande. Systemets effektivitet är viktigt både för dess hållbarhet och för att legitimera användandet av begränsade resurser. Dock beror utvecklingen av hälsa och välbefinnande i befolkningen på en mängd aspekter som ligger utanför hälso- och sjukvårdens och äldreomsorgens organisering. Detta gör effektivitet mätt som hälsoutfall per investering svårt och komplext att utvärdera. Begränsningarna i utvärderingsinsats och tillgänglighet på data tillåter ingen helhetsbedömning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av TioHundraprojektet. Däremot kan utvecklingen av kostnader och produktivitet inom olika verksamheter följas upp och jämföras med andra system.

Kapitlet behandlar tre huvudområden:

1. Kostnadsutveckling
   - Totalkostnad per invånare för primärvård, sjukhusvård och äldreomsorg
   - Kostnad per verksamhetsområde för Barn/Ungdom/Familj, Psykiatri och Äldreomsorg
2. Prestationer och vårdutnyttjande
   - Inom primärvård, sjukhusvård och äldreomsorg
3. Produktivitetsutveckling
   - Inom primärvård och äldreomsorg

Inledningsvis redogörs för vilken data och metodik som använts. Därefter presenteras resultatet för de tre huvudområdena, varpå kapitlet avslutas med en summering av resultaten. Redogörelsen av kostnadsutvecklingen visar dels på hur de reala resurserna utvecklats totalt, och dels hur resurser omfördelats mellan områden inom TioHundra. Produktivitet avser hur mycket vård och omsorg som presterats i relation till de resurser som investerats. Både kostnadsutveckling och produktivitet jämförs med andra jämförbara kommuner och/eller övriga Stockholms läns landsting (SLL).

3.2 Data och metod

3.2.1 Data

Tidsramarna för utvärderingen har föranlett att data ur befintliga register använts. Befintlig data över kostnader respektive vårdtillfällen har inhämtats dels från TioHundra AB och TioHundra-nämnden, men också från Stockholms läns landsting, den landstingskommunala VAL-databasen för primärvård, slutenvård och

öppenvård, samt från Socialstyrelsens jämförelsetal för socialtjänst med avseende på äldreomsorg (se tabell 1).

TABELL 1. SAMMANFATTNING AV DATAKÄLLOR

Datakälla	Avser	År
TioHundra-nämnden	Kostnader för privata vårdgivare inom husläkarverksamhet	2006-2010
TioHundra AB	Kostnader per verksamhetsområde	2006-2010
VAL-databasen	Besök/inskrivningar i primärvård, slutenvård, öppenvård	2006-2010 (2009)
Socialstyrelsen	Icke-bearbetade jämförelsetal socialtjänst äldre 2003-2009	2003-2009
SCB	Befolkningsstatistik	2003-2010

En annan viktig del i utvärderingen är jämförelser med andra kommuner och landsting. Resultat från tidigare uppföljningar av Vårdval Stockholm (Rehnberg et al., 2010; Janlöv & Rehnberg, 2011) har därför också använts i jämförande analyser.

Inom området kostnadsutveckling per verksamhetsområde – äldreomsorg har även Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL:s) öppna jämförelser tagits i anspråk. Öppna jämförelser är baserad på årliga data från kommuner (jämförelsetal för socialtjänsten, se tabell 1), som presenteras och jämförs, varpå kommuner rankas för olika indikatorer. För äldreomsorg finns öppna jämförelser tillgängliga för 2007 samt 2010.

3.2.2 Metod

Den integrerade vårdkedjan är grundläggande i idén om att omorganisera till TioHundraorganisationen. Omorganiseringen har bland annat inneburit att vissa verksamhetsområden innefattar både tidigare kommunal- och tidigare landstingskommunal verksamhet. Samtidigt presenteras den data som finns tillgänglig för uppföljning endast med traditionella uppdelningar mellan kommunalt ansvar och landstingansvar. För att hantera denna begränsning jämför vi konsekvent respektive *utveckling av* kostnader och produktivitet i Norrtälje och jämförelsekommunerna, snarare än att vid varje tidpunkt jämföra *faktiska* kostnader och produktivitet.

Utvecklingen av totalkostnad per invånare för vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg är ett mycket ungefärligt mått som syftar till att ge en fingervisning om den totala kostnadsutvecklingen efter det att kostnadsposter inom ramen för TioHundraprojektet mellan åren flyttats mellan olika verksamhetsområden. Kostnadsutvecklingen relateras till den genomsnittliga kostnadsutvecklingen i övriga Stockholms län. En fördjupande kommentar till metodiken bakom uträkningen av total kostnad per invånare för vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg återfinns i en fotnot i det aktuella resultatavsnittet.

Kostnadsutvecklingen per verksamhetsområde följs upp, i den mån det är möjligt, med avseende på verksamhetsområdena *Barn, ungdom och familj* samt *Psykiatri*. Som tidigare nämnts har dessa delområden valts ut som genomgående fokus för utvärderingen. Det är därför av intresse att bedöma kostnadsutvecklingen, även om verksamhetsområdenas förändring över tid försvårar möjligheten att relatera kostnaderna till vilken vård som producerats inom verksamhetsområdet. I den

mån det är möjligt har VAL-databasen använts för att ge en ungefärlig bild av hur mycket som producerats inom respektive verksamhetsområde.

Att organiseringen av verksamhetsområdena är unik för Norrtälje försvårar jämförelser med andra landsting och kommuner. För verksamhetsområdet äldreomsorg kan dock kostnadsutvecklingen enkelt följas upp och jämföras i och med data som finns tillgänglig från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Produktivitetsutvecklingen i primärvården (husläkarmottagningar) följs upp genom beräkningar av kostnad per viktad vårdkontakt, där viktningen baserar sig på vilken personalkategori besöket avser. Ett besök hos sköterska (undersköterska, sjuksköterska, distriktssköterska) antas motsvara en resursåtgång på 40 procent av ett läkarbesök. Läkarbesök ges därför en vikt av 1 och sköterskebesök av 0,4. Kostnad per viktad vårdkontakt är en vanlig metod för att beräkna produktivitet i primärvården, som tillämpas av bland andra SKL, och har även används i utvärdering av Vårdval Stockholm. För äldreomsorgen används ett par enklare produktivitetsmått, d.v.s. kostnad per brukare för hemtjänsten och kostnad per boende för särskilda boenden, vilka finns sammanställda i Socialstyrelsens ovan nämnda statistik. För sjukhusvården å andra sidan beräknas inte produktivitet, då Norrtälje sjukhus inte deltagit i KPP (Kostnad Per Patient) projektet, och då data på kostnad per DRG (diagnosrelaterade grupper), som används för viktning av sjukhusvårdtillfällen, är ofullständig. Däremot kan vi utifrån de data som finns registred i VAL-databasen säga någonting om vårdutnyttjandet inom slutenvården, vilket presenteras som ett eget resultatavsnitt.

Produktivitet har en svagare koppling till befolkningens hälsa än effektivitet. Användandet av produktivitetsmåttet gör dock att eventuella förändringar över tid blir lättare att härleda till omorganisationen. Produktivitet är även det mått som används i andra utvärderingar, till exempel av Vårdval Stockholm, vilket underlättar jämförelser med andra områden (Rehnberg et al., 2010; Janlöv & Rehnberg, 2011).

3.3 Resultat

3.3.1 Kostnadsutveckling

Utveckling av total kostnad per invånare för primärvård, sjukhus och äldreomsorg

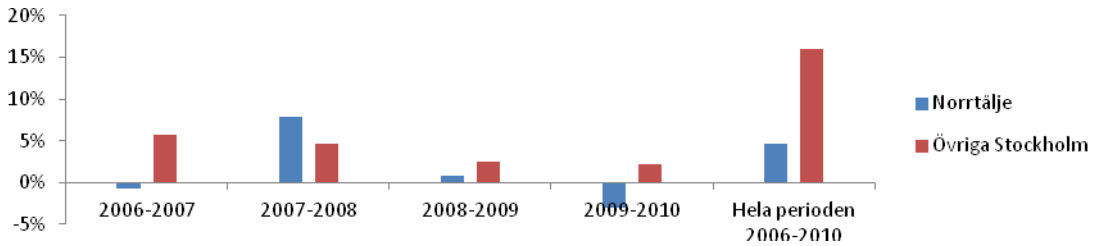
Utformningen av TioHundraprojektet gör det svårt att i absoluta termer jämföra den totala kostnadsutvecklingen med den i andra kommuner. Samtidigt är det relevant att undersöka den relativa kostnadsutvecklingen för att få en bild av totalutfallet när kostnader överförts mellan olika verksamhetsområden inom TioHundra. Det har dock inte varit möjligt att inkludera kostnader för samtliga verksamhetsområden, utan kartläggningen av vad vi kallar totalkostnad utgörs av sjukhusvård, primärvård och äldreomsorg. Kostnadsutvecklingen kan beskrivas med olika mått. Utvecklingen av kostnad per invånare är ett mått som använts, där utvecklingen för vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg i Norrtälje jämfört med övriga Stockholms län har studerats med hjälp av följande data:

TABELL 2. DATAUNDERLAG FÖR BERÄKNING AV KOSTNAD PER INVÅNARE

Befolkningsdata	SCB
Äldreomsorg	Socialstyrelsen/SKL (Öppna Jämförelser) [4]
Vårdcentraler Norrtälje	TioHundra AB, TioHundranämnden
Vårdcentraler SLL	Raindance (SLL:s ekonomisystem)
Sjukhus Norrtälje	TioHundra AB
Sjukhus SLL	Stockholms läns landstings (SLL:s) årsredovisningar

Ett problem med tillgänglig data är att den är produktionsbaserad, d.v.s. avser kostnader för den vård och service som produceras i Norrtälje oavsett vem som konsumerar vården. För verksamhetsområden som äldreomsorg och primärvård är detta i regel inget problem. Huvuddelen av den vård som produceras konsumeras av Norrtäljebor. För sjukhusvård innebär produktionsdata förmodligen en underskattning av konsumtionen, då Norrtäljebor även konsumerar avancerad specialistvård vid sjukhus utanför kommungränsen. För utvecklingen över tid behöver detta inte vara ett problem om vi antar att den typen av vård är konstant över tiden. I figur 1 presenteras den totala kostnadsutvecklingen för produktionsenheter i Norrtälje jämfört med utvecklingen för övriga Stockholms län.

FIGUR 1. UTVECKLING AV TOTAL KOSTNAD PER INVÅNARE FÖR VÅRDCENTRALER, SJUKHUS OCH ÄLDREOMSORG (LÖPANDE PRISER) [5]



Utvecklingen av totalkostnad per invånare för vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg visar att Norrtälje med undantag från 2007-2008 haft en mer gynnsam kostnadsutveckling än Stockholms län i övrigt. Om totalkostnaden delas upp i komponenterna vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg framträder att kostnads-

[4] Då data saknas för äldreomsorgens kostnader 2010 har gjorts antagandet att 2009=2010 för både Norrtälje och övriga kommuner.

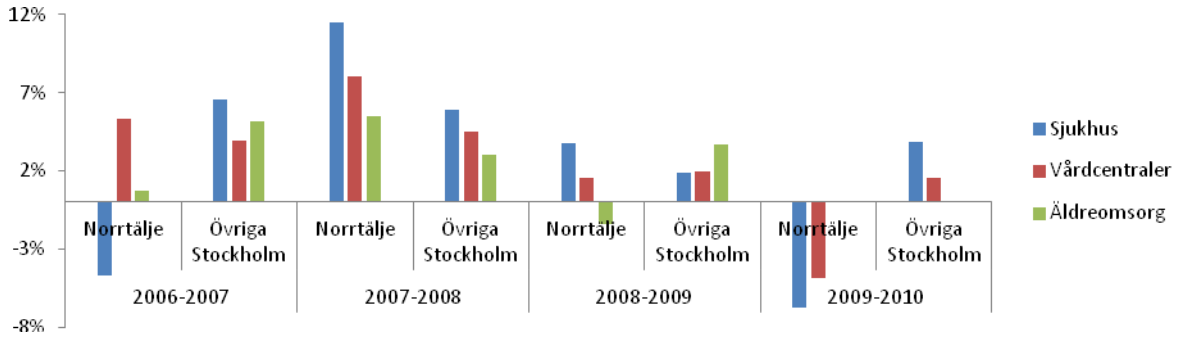
[5] För vårdcentraler och äldreomsorg har kostnaden beräknats per invånare och kommun, vilket därefter genererat ett medelvärde för övriga kommuner i Stockholms län. Avseende sjukhus har denna princip ej kunnat tillämpas, då de stora sjukhusen behandlar patienter från ett flertal kommuner. Att även patienter från Norrtälje får avancerad vård vid övriga sjukhus är också en bidragande orsak till att det inte går att jämföra kostnaderna för Norrtälje och övriga SLL i absoluta termer. Sjukhusets kostnader har efter korrespondens med ekonomidirektör för TioHundra AB korrigerats i förhållande till årsredovisningarna enligt följande: (2006) reducering med 198,3 mkr som avser kostnader för patienter på Danderyds Sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset, vilka övriga år debiteras TioHundra-nämnden, samt (2010) reducering med interna debiteringar, uppgående till 268,1 mkr 2009 samt 283,1 mkr 2010.

Södertälje sjukhus har strukits ur medelvärdet för sjukhuskostnad per invånare då det p.g.a. organisationsförändringar varit svårt att följa upp kostnadsdata. Då de absoluta talen fortfarande inte är jämförbara mellan Norrtälje och Stockholms läns landsting (SLL), i och med att all avancerad sjukvård är i SLL och inte Norrtälje, exkluderas dock inte invånarna i Södertälje kommun.

Samtliga kostnader, även äldreomsorg, är uppdelade på totalantalet invånare. Detta motiveras med att jämförelsen endast sker inom den egna kommunen, och inte i relation till övriga kommuner. Ett alternativ vore att t.ex. beräkna kostnaden för äldreomsorg per invånare över en viss ålder. Befolkningens åldersstruktur, liksom andra bestämningsfaktorer för vårdbehov, kan dock antas påverka även antalet besök på vårdcentraler, art och antal av sjukhusbesök med mera. Då det i fallet med vårdcentraler och sjukhusvård inom ramen för utvärderingen inte är möjligt att kontrollera för alla relevanta faktorer, har det bedömts som mer konsekvent att undersöka kostnader för det totala antalet invånare även i fallet med äldreomsorg.

utvecklingen för vårdcentraler är likartad i Norrtälje och övriga Stockholm utslaget på hela perioden 2006-2010 (tio procent i Norrtälje respektive tretton procent i övriga Stockholm, i löpande priser). Övriga Stockholm uppvisar dock minskande kostnadsökningar per invånare under hela perioden 2006-2010, medan Norrtälje har en stigande utveckling till och med 2008 och en kostnadsminskning mellan 2009 och 2010 (figur 2). Liknande mönster återfinns i äldreomsorgen. Minskningen för Norrtälje inträder dock redan under 2009, och kostnadsökningen under hela perioden är mer begränsad för Norrtälje än övriga länet (fem respektive tolv procent i löpande priser).

FIGUR 2. UTVECKLING AV TOTAL KOSTNAD PER INVÅNARE FÖR VÅRDCENTRALER, SJUKHUS OCH ÄLDREOMSORG, PER VERKSAMHET I NORRTÄLJE OCH ÖVRIGA LÄNET (LÖPANDE PRISER)



Den stora skillnaden mellan Norrtälje och övriga Stockholm återfinns i kostnader för sjukhus. Möjligen gör detta att Norrtälje, även givet att endast relativa kostnader jämförs, får en något underskattad kostnadsutveckling när svåra sjukdomsfall hänvisas till andra sjukhus. Det finns utifrån resultaten i vilket fall inget som tyder på att Norrtälje haft en kraftigare ökning av kostnader än länet i övrigt.

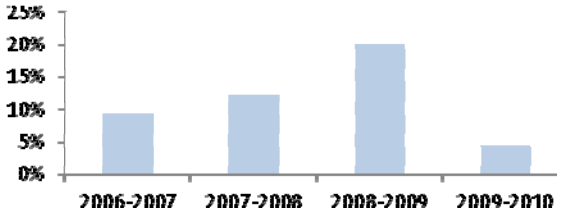
Kostnadsutvecklingen för övriga verksamhetsområden

Sammanställningen ovan inkluderar inte samtliga verksamhetsområden. Nedan följer en sammanställning av kostnadsutvecklingen för verksamhetsområdena *Barn, ungdom och familj* samt *Psykiatri*.

Kostnadsutveckling Barn, ungdom och familj

TioHundras verksamhetsområde *Barn, ungdom och familj* innefattar verksamheterna barnmorskemottagning (inklusive mödravård), barnavårdscentral, ungdomsmottagning, familjecenter, skolhälsovård och barnmottagning. Kostnaderna för verksamhetsområdet har stadigt ökat, särskilt mellan 2008 och 2009, då kostnaderna ökat med 20 procent.

FIGUR 3. KOSTNADSÖKNINGAR SEDAN FÖREGÅENDE ÅR FÖR TIOHUNDRA AB: S VERKSAMHETSOMRÅDE BARN/UNGDOM/FAMILJ (LÖPANDE PRISER)



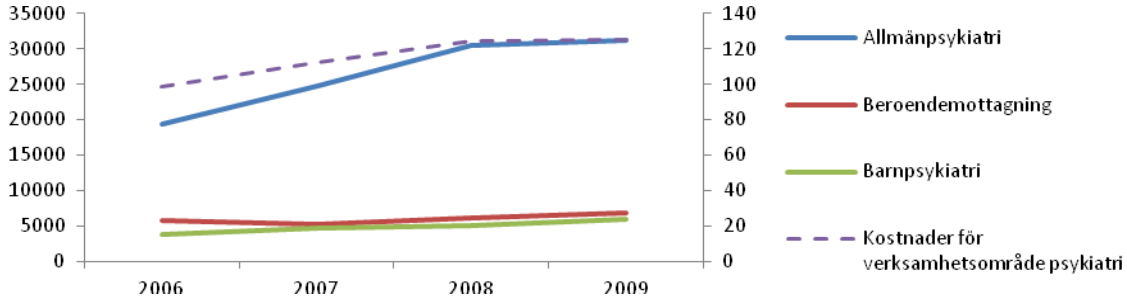
Källa: TioHundra AB:s årsredovisningar 2006-2010.

Det är inom ramen för utvärderingen inte möjligt att fastställa huruvida ökningen kan tillskrivas ett ökat vårdutnyttjande inom verksamhetsområdet, då data för flera av de aktuella verksamheterna inte rapporterats till den landstingsgemensamma VAL-databasen förrän 2010. Detta gäller MVC, som tidigare registrerades i systemet MUSSE, och BVC, som tidigare registrerades manuellt. I VAL-databasen, liksom i TioHundra AB:s egen verksamhetsredovisning, framkommer dock att kostnadsökningen mellan 2008 och 2009 sammanfaller med en kraftig ökning i antalet besök på ungdomsmottagningen (från 2781 besök år 2008 till 4807 besök år 2009).

Kostnadsutveckling Psykiatri

I TioHundras verksamhetsområde Psykiatri ingår specialistpsykiatri, socialpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), beroendevård samt rådgivningsbyrå. Ökningen i kostnader för verksamhetsområde psykiatri motsvaras av en ökning i antal besök, särskilt i den allmänpsykiatriska öppenvården. Även antalet besök i barnpsykiatrin (BUP) har ökat kraftigt under perioden. För slutenvårdspsykiatrin finns inga tillförlitliga data i VAL-databasen.

FIGUR 4. ANTAL BESÖK PER VERKSAMHET I PSYKIATRISK ÖPPENVÅRD, SAMT TIOHUNDRA AB: S KOSTNADER (MKR, LÖPANDE PRISER) FÖR HELA VERKSAMHETSOMRÅDET PSYKIATRI (PRODUKTIONSDATA)

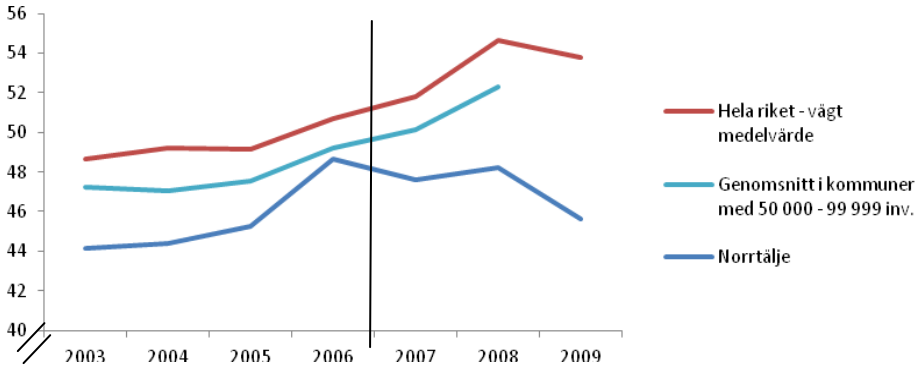


Källa: VAL-databasen samt TioHundra AB:s årsredovisningar 2006-2009.

Kostnadsutveckling Äldreomsorg

Med uppgifter från Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings projekt ”Öppna Jämförelser” finns möjlighet att jämföra kostnader för olika kommuner. Baserat på data från dessa sammanställningar klättrar Norrtälje markant i rankningen av kommuner mellan 2005 och 2009 beträffande den procentuella skillnaden mellan nettokostnad och standardkostnad för äldreomsorgen. Där 1 är den bästa kommunen och 290 är den sämsta klättrar Norrtälje från plats 171 år 2005 (Öppna Jämförelser 2007) till plats 61 år 2009 (Öppna Jämförelser 2010). I figur 5 framgår hur totalkostnaderna för äldreomsorg i Norrtälje utvecklats i jämförelse med dels det nationella genomsnittet, och dels med kommuner i Norrtäljes storlek.

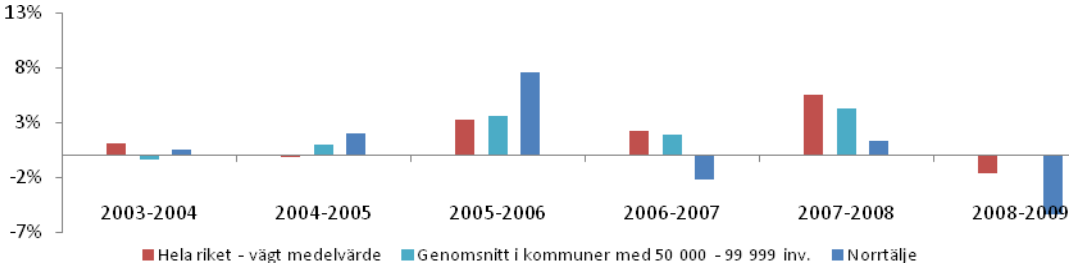
FIGUR 5. UTVECKLING AV TOTAL KOSTNAD FÖR ÄLDREOMSORG, TKR PER INVÅNARE 65 ÅR +, LÖPANDE PRISER



Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra.

När vi följer upp data för flera år framträder att den totala kostnaden för äldreomsorg i Norrtälje når en tillfällig topp under TioHundra-organisationens första år (2006), men därefter uppvisar en stabil eller sjunkande utveckling. Den totala kostnaden är lägre än genomsnittet för riket samt för kommuner med motsvarande folkmängd.

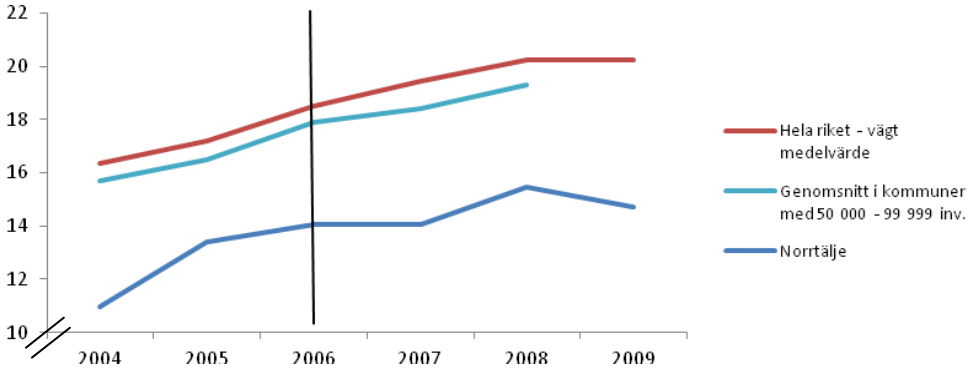
FIGUR 6. TOTAL KOSTNAD FÖR ÄLDREOMSORG PER INVÅNARE 65 ÅR+, FÖRÄNDRING SEDAN FÖREGÅENDE ÅR, LÖPANDE PRISER



Källa: Socialstyrelsen

I figur 5 och 6 framkommer att Norrtälje uppvisar stora skillnader i förändring mellan åren, men att det totala utfallet 2006-2009 är en minskning av total kostnad för äldreomsorg per invånare över 65 år. Om endast kostnaden för vård av äldre i ordinärt boende (hemtjänst mm) beaktas är trenden i kostnadsutveckling mycket lik riksgenomsnittet, men kostnadsnivån konsekvent cirka 50 procent lägre (figur 7).

FIGUR 7. TOTAL KOSTNAD FÖR BOENDE I ORDINÄRT BOENDE, TKR PER INVÅNARE 65 ÅR+, LÖPANDE PRISER



Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra

3.3.2 Prestationer och vårdutnyttjande

Prestationer och vårdutnyttjande inom primärvården

Vårdutnyttjande inom primärvården har traditionellt mätts med enkla mått som besök för olika yrkeskategorier. Nedanstående tabell baseras på data för de vårdcentraler som är etablerade i Norrtälje kommun (produktionsdata). Sex vårdcentraler är offentliga, och tillhör TioHundra AB, medan två är privata och upphandlade av TioHundranämnden.

TABELL 3. ANTAL MOTTAGNINGSBESÖK PER VÅRDCENTRAL (PRODUKTIONSDATA)

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Läkare	Sköterska	Läkare	Sköterska	Läkare	Sköterska	Läkare	Sköterska	Läkare	Sköterska
Bergshamra DM	7 357	4 288	7 568	4 077	8 311	4 214	8 450	3 259	8 180	3 086
Blidö husläkarmottagning					138	199	371	1 583	714	1 753
Hallstaviks vårdcentral	10 930	4 961	8 687	4 629	8 595	4 389	8 965	4 842	9 716	4 424
Husläkarna i Rimbo- Edsbro	16 395	6 809	17 151	7 235	16 329	6 465	18 595	6 439	17 309	6 896
Norrtälje Norra vårdcentral	17 909	8 383	17 401	10 433	18 747	11 079	18 032	11 288	18 854	13 475
Norrtälje Södra Vårdcentral	12 158	6 768	13 335	7 216	14 500	7 886	13 525	7 585	14 875	8 379
Roslagshälsan	4 474	1 444	4 988	1 735	6 030	1 987	8 152	2 506	5 784	1 605
Väddö vårdcentral	6 625	2 991	6 027	2 940	5 760	3 170	6 661	3 975	7 252	4 382
Summa	75 848	35 644	75 157	38 265	78 410	39 389	82 751	41 477	82 684	44 000
Totalt per år	111 492		113 422		117 799		124 228		126 684	

Källa: VAL-databasen. Husläkarna i Rimbo-Edsbro samt Roslagshälsan är privata, övriga ingår i TioHundra AB.

Med sköterska avses besök hos undersköterska, sjuksköterska eller distriktssköterska. I tabell 3 framkommer att såväl antalet läkar- som sköterskebesök ökat under perioden. Förhållandet mellan läkar- och sköterskebesök på mottagning är i genomsnitt stabilt över tid, men varierar mellan de olika vårdcentralerna (tabell 4).

TABELL 4. RATIO LÄKARBESÖK/SKÖTERSKEBESÖK PÅ MOTTAGNING (PRODUKTIONSDATA)

	2006	2007	2008	2009	2010
Bergshamra distriktsläkarmottagning	1,7	1,9	2,0	2,6	2,7
Blidö husläkarmottagning			0,7	0,2	0,4
Hallstaviks vårdcentral	2,2	1,9	2,0	1,9	2,2
Husläkarna i Rimbo- Edsbro	2,4	2,4	2,5	2,9	2,5
Norrtälje Norra vårdcentral	2,1	1,7	1,7	1,6	1,4
Norrtälje Södra Vårdcentral	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Roslagshälsan	3,1	2,9	3,0	3,3	3,6
Väddö vårdcentral	2,2	2,1	1,8	1,7	1,7
Totalt	2,1	2,0	2,0	2,0	1,9

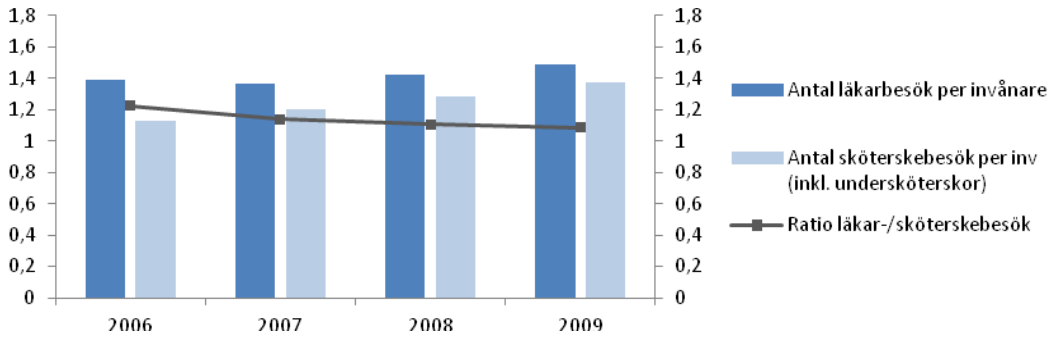
Källa: VAL-databasen. Husläkarna i Rimbo-Edsbro samt Roslagshälsan är privata, övriga ingår i TioHundra AB.

Antal läkar- respektive sjuksköterskebesök per invånare (på mottagning och i hemmet)

Till skillnad från i föregående stycke inkluderas här både mottagningsbesök och hembesök, och antalet besök sätts i relation till antalet invånare. I Norrtälje ökar både antalet läkar- och sjuksköterskebesök per invånare mellan 2006 och 2009.

Kvoten mellan läkarbesök och sjuksköterskebesök minskar över tid, vilket beror på att sjuksköterskebesöken ökar mer än läkarbesöken (figur 8).

FIGUR 8. LÄKAR- OCH SKÖTERSKEBESÖK PER INVÅNARE SAMT FÖRHÅLLANDET (RATIO) MELLAN LÄKAR- OCH SKÖTERSKEBESÖK, HUSLÄKARMOTTAGNINGAR I NORRTÄLJE, 2006-2009[6]

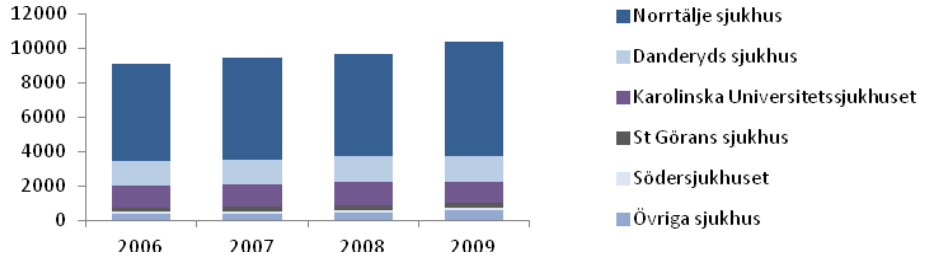


Detta kan kontrasteras med vad som observerats inom Vårdval Stockholm. Även i Vårdval Stockholm har vårdutnyttjandet (antalet besök per invånare) ökat, men i detta fall beroende på en kraftig ökning av antalet läkarbesök (Rehnberg et al., 2010). Ökningen i vårdutnyttjande har alltså skett till olika yrkeskategorier i Norrtälje och övriga länet; i Norrtälje främst till sjuksköterskor inom Vårdval Stockholm främst till läkare. Om hänsyn tas till skillnader i utgångsläge kan dock konstateras att skillnaderna i utveckling gör att Norrtälje och Vårdval Stockholm närmar sig varandra under perioden, då kvoten mellan läkar- och sköterskebesök år 2006 var högre i Norrtälje än i Vårdval Stockholm. Vårdvalet i Norrtälje startade först år 2010, men erfarenheter från övriga länet visar att olika aktörer börjar anpassa sig till det nya systemet året innan.

Prestationer och vårdutnyttjande inom slutenvård

I detta avsnitt redovisas utnyttjandet av den slutna vården (inskrivningar) vid sjukhus. För att analysera vårdutnyttjandet av sjukhusvård för ett geografiskt område är det viktigt att skilja mellan konsumtion och produktion. Med konsumtion avses här Norrtäljebornas utnyttjande av sjukhusvård oavsett var konsumtionen äger rum. Norrtäljeborna har under perioden ökat sin totala konsumtion av slutenvård mätt som inskrivningar. Ökningen har dock främst skett på det egna sjukhuset, medan utnyttjandet av sjukhusvård inom övriga SLL varit relativt konstant (figur 9).

FIGUR 9. KONSUMTION - VILKA SJUKHUS HAR NORRTÄLJEBORNA VARIT INSKRIVNA VID? [7]

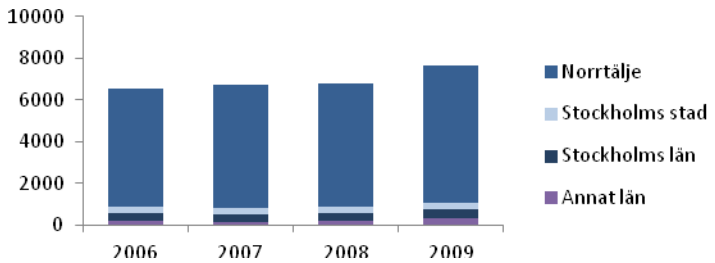


Källa: VAL-databasen

[6] Fysiska besök på mottagning och i hemmet inom husläkaruppdrag och basal hemsjukvård (inkluderar mottagning och hembesök).
[7] Diagrammen avser inskrivningar där både in- och utskrivning skett under det aktuella året. Sjukhus med färre än 100 inskrivningar ingår i "Övriga sjukhus".

Med produktion avses vård som producerats vid Norrtälje sjukhus, men som konsumerats av invånare från såväl Norrtälje som övriga länet. Som framgår av figur 10 utnyttjas sjukhuset främst av Norrtäljeborna själva. Den ökning som ägt rum under perioden utgörs främst av Norrtäljebor, medan utnyttjande av invånare från övriga länet är konstant.

FIGUR 10. PRODUKTION- VAR BOR DE SOM VARIT INSKRIVNA VID NORRTÄLJE SJUKHUS?



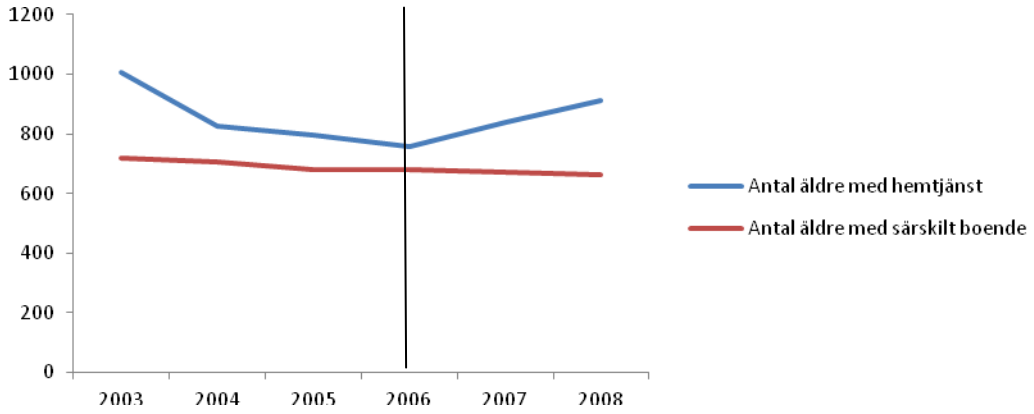
Källa: VAL-databasen

Vi kan således konstatera att en viss ökning av producerad sjukhusvård har ägt rum, varav huvuddelen konsumerats av Norrtäljebor.

Prestationer och vårdutnyttjande äldreomsorg

Socialstyrelsens jämförelsetal för socialtjänsten avseende produktion och vårdutnyttjande i äldreomsorgen omfattar endast data fram till år 2008. Det är därför endast möjligt att följa upp utvecklingen under de tre första åren med TioHundra. Av figur 11 framkommer att antalet äldre i särskilt boende är förhållandevis konstant under hela perioden från 2003, medan antalet med hemtjänst minskat 2003-2006 och därefter ökat.

FIGUR 11. UTVECKLING AV ANTAL ÄLDRE MED HEMTJÄNST RESPEKTIVE SÄRSKILT BOENDE, NORRTÄLJE KOMMUN 2003-2008

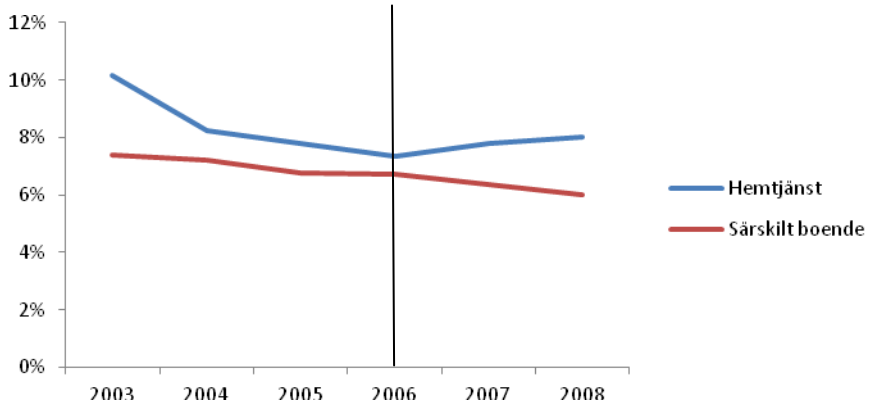


Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra.

Med start från införandet av TioHundra sker en omfördelning av brukare från särskilt boende till hemtjänst. Att antalet äldre med särskilt boende inte minskar nämnvärt (som noterats i figur 11) beror dels på att det totala antalet kommuninvånare över 65 år ökat under perioden, och dels på att åldersstrukturen i gruppen över 65 år förändrats. Fler kommuninvånare i de äldre åldersgrupperna (80-89 år och över 90 år) skapar större behov av både hemtjänst och särskilt boende. Räk-

nat per åldersgrupp är andelen som brukar hemtjänst respektive särskilt boende konstant eller något minskande över tid (figur 12).

FIGUR 12. ÅLDERSSTANDARDISERAD ANDEL AV PERSONER ÖVER 65 ÅR SOM BRUKAR HEMJÄNST RESPEKTIVE SÄRSKILT BOENDE, NORRTÄLJE KOMMUN 2003-2008[8]



Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra.

3.3.3 Produktivitetsutveckling

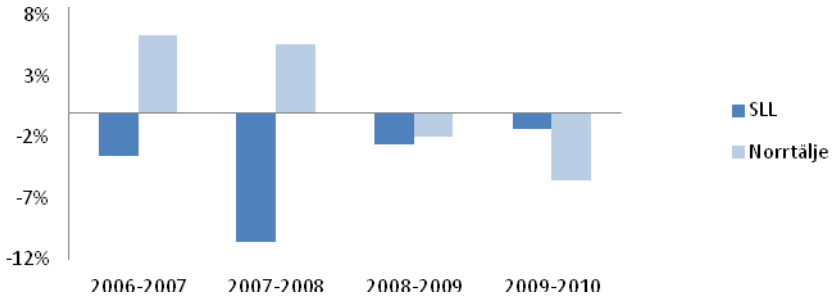
För att bedöma hur en förändring av kostnader relateras till förändringar av prestationer och vårdutnyttjande vägs dessa samman i en produktivitetsanalys. Mot bakgrund av projektets inriktning och avgränsning redovisas produktivitetsutvecklingen endast för sektorerna primärvård och äldreomsorg. En analys av sjukhusproduktivitet kräver större insatser, samt är beroende av jämförelseobjekt inom och utanför landstinget.

Primärvård

Det produktivitetsmått som används för primärvård är kostnad per viktad vårdmottagningskontakt, där ett mottagningsbesök hos sköterska (undersköterska, sjuksköterska, distriktssköterska) antas motsvara en resursåtgång på 40 procent av ett läkarbesök. En beräkning av produktivitet visar att den genomsnittliga produktiviteten hos vårdcentraler i Norrtälje sjunkit (det vill säga kostnaden per viktad vårdkontakt har ökat) från 2006 fram till 2009, men att produktiviteten därefter stigit (figur 14). Detta kan sättas i relation till produktivitetsutvecklingen i övriga länet, där stora produktivitetsvinster gjordes mellan 2006 och 2008, emedan endast mindre vinster gjordes mellan 2008 och 2010 (Rehnberg et al., 2010; Janlöv & Rehnberg, 2011).

[8] Socialstyrelsens åldersstandardisering är avsedd att underlätta jämförelser mellan olika kommuner. I detta fall används måttet som ett sätt att kontrollera för att de olika åldersgrupperna över 65 år kan vara olika stora olika år (om t.ex. 65- till 79-åringarna än många fler 2008 än 2003 medan de äldre åldersgrupperna är konstanta i antal över åren riskerar detta att leda till en missvisande minskning av vårdutnyttjandet för gruppen äldre som helhet).

FIGUR 13. UTVECKLING AV KOSTNAD PER VIKTAD VÅRDKONTAKT, SLL (VIKTAT MEDELVÄRDE) OCH NORRTÄLJE, 2006-2010



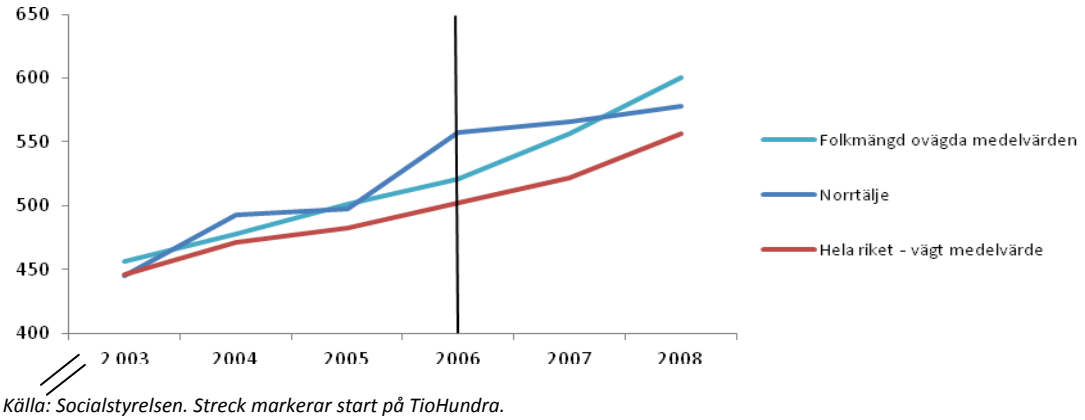
Källa: Kostnadsdata från TioHundra AB/ TioHundra-nämnden/ VAL-databasen/ SLL-medel hämtat från Rehnberg et al., 2010.

Det är rimligt att tänka sig att möjligheterna till produktivitetsvinster påverkas av verksamhetens produktivitet i utgångsläget. Samtidigt gör skillnaderna i kostnadsrapportering mellan Norrtälje och övriga landstinget att det är svårt att jämföra respektive kostnad per viktad vårdkontakt i absoluta termer. Förändringarna i tid tyder dock på att införandet av Vårdvalsreformen år 2010 påverkat produktiviteten inom primärvården i större utsträckning än själva TioHundraprojektet.

Äldreomsorg

En produktivitetsanalys förutsätter kännedom om såväl kostnader som produktion. Som nämnts i avsnittet kring vårdutnyttjande finns data på vårdutnyttjande och vårdproduktion endast registrerat till och med år 2008 i Socialstyrelsens jämförelsetal för äldreomsorgen. Nedanstående analys baserar sig därför på endast tre år med TioHundraorganisationen.

FIGUR 14. KOSTNADSUTVECKLING SÄRSKILT BOENDE (PERMANENT), TKR PER BOENDE, LÖPANDE PRISER

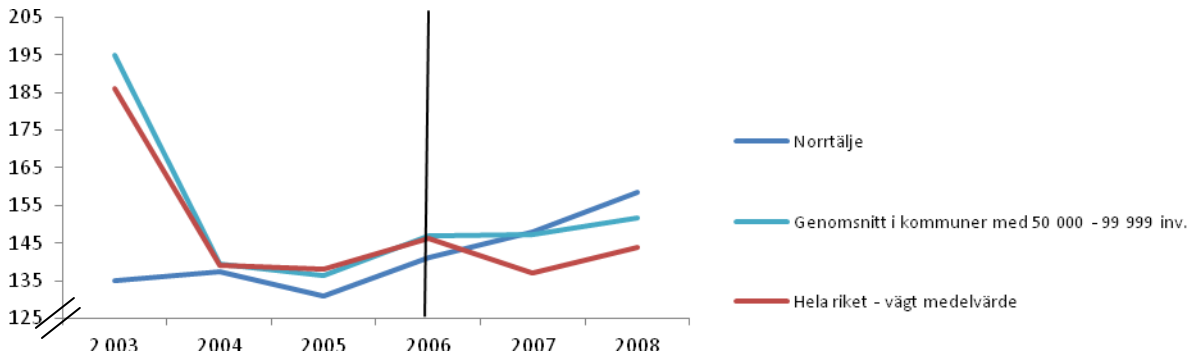


Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra.

Kostnaderna per boende i särskilt boende ökar med 25 procent mellan 2003 och 2006 (figur 15). Införandet av TioHundraorganisationen sammanfaller med en tydlig förändring i trenden för kostnaden per boende. Den femprocentiga ökningen av kostnad per boende i löpande priser mellan 2006 och 2008 är en produktivitetsvinst om hänsyn tas till inflationen under samma period.

Avseende hemtjänsten ökar däremot kostnaderna per person mer kraftigt med start från år 2005 än vad de tidigare gjort (figur 16). Ökningen i löpande priser motsvarar fem procent 2003-2006 och tolv procent 2006-2008.

FIGUR 15. KOSTNADSUTVECKLING PER PERSON MED HEMTJÄNST, TKR, LÖPANDE PRISER



Källa: Socialstyrelsen. Streck markerar start på TioHundra.

Ovanstående indikerar att de reduceringar i kostnader för äldreomsorgen per person över 65 år som noterats i kostnadsavsnittet i första hand beror på omstrukturering från särskilt boende, som 2008 kostade i genomsnitt 578 106 kronor per boende och år, till hemtjänst, som 2008 kostade 158 563 kronor per brukare. Det är alltså ökad användning av det billigare boendealternativet snarare än produktivitetsökningar som bidragit till minskningarna i kostnadsutveckling. Möjligen är de kostnadsminskningar som ägt rum mellan 2008 och 2009 även associerade med produktivitetsvinster, men då data saknas för detta år kan vi inte kommentera det vidare.

3.4 Sammanfattande slutsatser

Den ekonomiska uppföljningen visar att de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och äldreomsorg har varit relativt oförändrade. Jämförelser med andra geografiska områden visar att TioHundra i stort följer trenden för dessa verksamheter. Vissa förändringar mellan och inom delområden har dock förekommit.

3.4.1 Kostnadsutveckling

Det föreligger ett antal metodologiska problem med att räkna ut totalkostnad per invånare för vårdcentraler, sjukhus och äldreomsorg. Det gäller dels sjukhusvård utanför Norrtälje samt verksamhetsområden som Barn/ungdom och familj samt psykiatri. Data över vårdutnyttjande visar dock att sjukhusvård utanför Norrtälje legat relativt konstant. Beräkningarna för de verksamhetsområden som kan jämföras med landstinget i övrigt visar dock en tendens till lägre kostnader i Norrtälje. Detta sagt med reservation för kostnadsökningarna inom Barn, ungdom och familj samt inom psykiatrisk verksamhet. Vad gäller psykiatrin har kostnadsökningar skett parallellt med en kraftig ökning av antalet besök i både den allmänpsykiatriska öppenvården och i barn- och ungdomspsykiatrin. För äldreomsorgen är kostnadsutvecklingen lägre än riksgenomsnittet, och Norrtälje har under TioHundras projekttid på denna punkt klättrat från plats 171 till plats 61 i Socialstyrelsens rankning av kommuner.

3.4.2 Prestationer och vårdutnyttjande

Inom husläkarmottagningarna har antalet presterade besök ökat. Ökningen har åtföljts av ett ökat vårdutnyttjande, där sköterskebesöken per invånare ökat mer än läkarbesöken. Även för slutenvården har konsumtionen ökat, främst vid det egna sjukhuset. I äldreomsorgen har en åldrande befolkning samt en omfördelning från särskilt boende till hemtjänst ökat såväl antalet som andelen äldre med hemtjänst.

3.4.3 Produktivitetsutveckling

Vårdcentralerna i Norrtälje kommun uppvisar minskande produktivitet mätt som kostnad per viktad vårdkontakt under de tre första åren från starten på TioHundra, och därefter ökande produktivitet fr.o.m. 2009. Den ökade produktiviteten sammanfaller med införandet av Vårdval inom husläkarverksamheten. Antalet läkarbesök per invånare är initialt högre än i Vårdval Stockholm, men ökar därefter mindre kraftigt i Norrtälje än i övriga länet, varför nivåerna är desamma i Norrtälje som i SLL vid utgången av 2009. Avseende äldreomsorgen finns produktionsmått tillgängliga endast t.o.m. 2008, varför produktivitet endast kunnat beräknas för projektets första tre år, då produktiviteten varit något sjunkande i hemtjänsten, men oförändrad eller stigande inom särskilt boende. Övergången till det billigare boendealternativet kan ses som ett bättre utnyttjande av resurser, om kvalitetsnivån kunnat upprätthållas, vilket vi dock saknar information om.

3.5 Referenser kapitel 3

Janlöv, N. & Rehnberg, C. (2011). *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010.* Karolinska Institutets folkhälsoakademi, rapport 2011:15.

Rehnberg, C. et al. (2010). *Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de första två årens erfarenheter*. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, rapport 2010:12.

Socialstyrelsen. *Jämförelsetal för socialtjänsten*, dataset för åren 2003-2009.

Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre.*

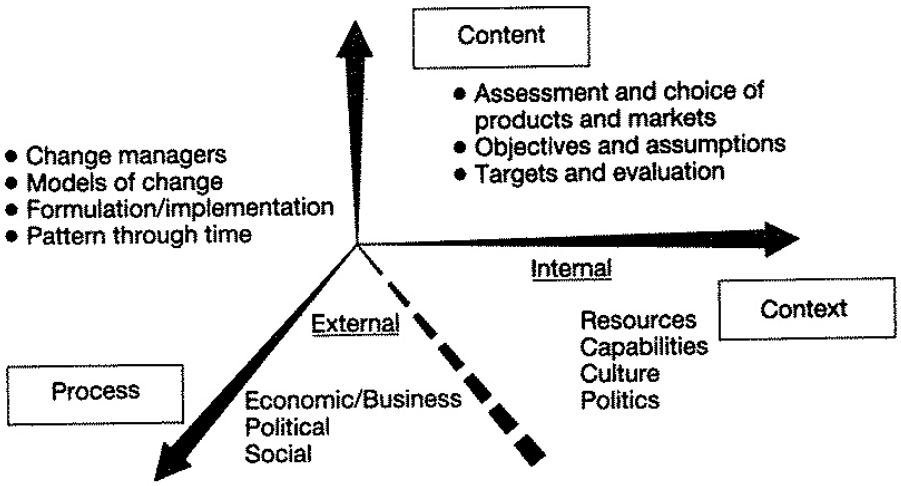
VAL-databasen, 2006-2009.

4 Fallstudien

4.1 Fallbeskrivningens inriktning och design

Nilsen et al. (2010) framhåller att all implementering sker i någon form av omgivning vilket innebär att det som kan vara en gynnsam egenskap, eller förutsättning för ett positivt utfall i en viss omgivning, kan vara mindre fördelaktigt i ett annat sammanhang. En adekvat ansats i liknande situationer är en processutvärdering (Rossi et al., 2004; Posavac & Carey, 1997), som förutom det aktuella ”programinnehållet” även beaktar skillnader mellan verksamheter och omgivningsfaktorer av betydelse. Processutvärdering är en vanlig ansats inom utvärderingsområdet och kan beskrivas som att systematiskt följa genomförandet av en insats eller ett program (Sandberg & Faugert, 2007). Processperspektivet gör det därtill möjligt att studera ”styrande mekanismer” och söka förklaringar till hur resultat uppstår (Pawson et al., 2005).

MMC:s utvärdering av TioHundraorganisationens uppkomst och utveckling har således genomförts som en processutvärdering, vilket inneburit att utvärderarna systematiskt kartlagt centrala åtgärder som vidtagits inom ramen för projektet och med hänsyn till centrala omgivningsfaktorer. Genom processperspektivet har utvärderarna analyserat de organisatoriska mekanismer som styr och kan förklara hur resultat uppstår. Pettigrew och Whipp (1993) föreslog i sin strategiska förändringsledningsmodell att fyra dimensioner av förändring studeras och analyseras i ett sammanhang och över tid: förändringsåtgärderna och dess innehåll, den lokala omgivningen (kontext), förändringsprocessen samt mål och resultat (effekter). Utvärderingens grundmodell illustreras i Figur 1.



Figur 1. Modell för utvärdering av TioHundraorganisationen (Pettigrew & Whipp, 1993).

Inom utvärderingen har sammanlagt nio intervjuer genomförts med nyckelpersoner på olika nivåer i organisationen. De genomförda intervjuerna har utgjort studiens huvudmetod och varit baserade ovanstående förändringsdimensioner och syftat till att a) återskapa TioHundraorganisationens utveckling under den aktuella projekttiden och b) kartlägga de reella förutsättningar som gällt för organisationens olika nyckelaktörer. Vidare har projektet utvärderats med hjälp av kom-

pletterande material och källor vilket bidragit till möjligheter att säkerställa och validera insamlade data. Nedan beskrivs hur varje delmoment i utvärderingen genomförts.

4.2 Metoder

4.2.1 Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer med verksamhetschefer, utvecklingsstrateger, divisionschef, verkställande direktör, ekonomidirektör, förvaltningschef och en distriktsläkare med tidigare chefspositioner har genomförts under maj och juni 2011. Intervjuerna med cheferna syftade bland annat till att kartlägga bakomliggande antaganden om hur TioHundraorganisationen förväntats bidra till avsedda effekter och mål. Vid sidan av genomförda projektinsatser uppmärksammade intervjuerna även lokala omgivningsfaktorer och på vilket sätt dessa påverkat förutsättningar att utveckla TioHundraorganisationen i linje med dess ursprungliga intentioner. Vid samtliga intervjuer underrättades informanterna om syftet med intervjun och utvärderarnas sekretessåtaganden. Med informanternas godkännande bandades samtliga intervjuer.

Analys av intervjusvar

Som ett första led i analysarbetet transkriberades varje intervju ordagrant. Därefter kategoriserades samtliga intervjusvar med hjälp av programvaran NVivo 9.0. I analysarbetet har de transkriberade intervjuerna underkastats innehållsanalys (Weber, 1990), vilket möjliggjort systematiska jämförelser och sökande efter mönster när det gäller de olika informantgruppernas erfarenheter och syn på TioHundraorganisationen. Vid tolkningen av resultaten har intervjuutsagor enbart betraktas som indikationer på informanternas erfarenheter och värderingar. I fall där flertalet utsagor pekat i en viss riktning har detta använts som bedömningsgrund för TioHundraorganisationens bärande idéer och dess genomslag i berörda verksamheter.

4.2.2 Insamling och analys av arkivmaterial

Utvärderingen har löpande samlat och sammanställt bakgrundsutredningar, beslut och beslutsunderlag, projektplaner, uppföljningsrapporter, projektrapporter och andra dokument som bedömts relevanta. En genomgång av de aktuella dokumenten har genomförts och tillsammans med studiens övriga data har dokumentationen legat till grund för utvärderingens beskrivning av mål, tänkt och förverkligat arbetssätt samt resultat och konsekvenser av åtgärder. Analysen av arkivmaterialet har i huvudsak styrts av resultaten från intressentintervjuerna.

4.3 Resultat: aktörer och händelser

4.3.1 Förberedelse

Möjligheten att utveckla och genomföra idén om TioHundraprojektet startade dels i och med att akutverksamheten på Norrtälje sjukhus hotades av nedläggning och dels tack vare en stark samverkanstradition i Norrtälje. Skeendet beskrevs senare av en aktör i organisationen som medverkat under hela processen:

> ”Den officiella versionen är ju att det var sjukhusnedläggningen som initierade det här, jag tycker att det finns en annan sanning. Det finns en version som handlar om att vi ganska lång tid hade pratat om lilla Norrtälje med ett sjukhus, en primärvård, en omsorg, sammanhållna enheter, mycket kunskap och personkännedom att kunna hitta vägar för bättre samarbete, men så kom den där brandfacklan.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-06-14)

Nedläggningshotet, eller brandfacklan som det kallas i citatet ovan, kom genom ett tjänstemannaförslag från Beställarkontor Vård inom Stockholms läns landsting, som lades fram hösten 2003, om att Norrtälje sjukhus skulle bli närsjukhus och dess akutomhändertagande verksamhet skulle tas över av Danderyds sjukhus.[9] Besparingsförslaget framkallade debatt och engagemang hos invånarna och resulterade i en partiöverskridande vilja i Norrtälje kommun att säkra akutsjukhusets framtid. På frågan om vad det var i Norrtälje som möjliggjorde förändringen uppgav en representant för TioHundraförvaltningen:

> ”Jag tror att det är, det var väl kraften initialt i projektet ”Lägg inte ner vårt sjukhus” man gick man ur huse och åkte in till Hantverkargatan. Det är ungefär som franska bönder när de kör upp sina traktorer va […] Så det var opinion, både från invånarna, från verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker i det här som blev så stark då. Så att jag tror att det finns en väldigt stor kraft i lokalsamhället. ”Vi vill ha resurser där vi bor. Vi vill att det ska vara bra vård och omsorg här där vi bor” Och det är rätt mycket kraft i det.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-05-23)

Företrädare för kommunen initierade ett samverkansarbete med syfte att säkerställa Norrtäljes lokala hälso- och sjukvårdsförsörjning i samordning med den kommunala omsorgen. Initiativet ledde till att landstingsstyrelsen fick i uppdrag, genom landstingsfullmäktiges budgetbeslut, att utreda möjligheterna för samverkan tillsammans med kommunen. Beslutet att bevara akutsjukhuset togs samtidigt, med ett sparbeting i budgeten.

Landstingsdirektören och kommundirektören gav en styrgrupp uppdraget som fick namnet *Den framtida strukturen för vård och omvårdnad i Norrtälje* och skulle föreslå arbetssätt, samverkansformer och organisation för effektivitet och kvalitet[10]. Slutrapporten för uppdraget presenterades januari 2005 och förslag på ny organisation lades fram under hösten då beslutet också togs i respektive fullmäktige att starta TioHundraprojektet i januari 2006[11]. I en intervju beskriver en av cheferna i bolaget sin bild av Tiohundras bakgrund:

> ”Vi fick ju kan jag säga två hemläxor, det ena var att vi skulle spara 25 miljoner som sedermera blev 20 miljoner och sen så skulle vi försöka hitta någon hållbar framtid och utveckling inom både hälsa, sjukvård och omsorg i kommunen, det finns många som tar åt sig äran och säger att det var min idé. Men jag tror inte att det var någons idé, jag tror att det var någonting som växte fram i ett antal olika konstellationer och vi sparade de här tjugo miljonerna.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-06-16)

Styrgruppen som arbetade fram förslaget till det nya projekt som kom att kallas TioHundra motiverar konstruktionen med en gemensam organisation där kommun och landsting samarbetar om all hälso- och sjukvård och omsorg i Norrtälje:

---

[9] Landstingsstyrelsens förlag till beslut 2003:72, Bilaga 5 *Akutomhändertagande i Norrtälje och Södertälje*
[10] Slutrapport från samverkansprojektet mellan Norrtälje Kommun och Stockholms Läns Landsting, 2005*, Den framtida strukturen för vård och omvårdnad i Norrtälje*
[11] Landstingsstyrelsens förslag till beslut 2005:121

> ”Kravet på samverkan och verksamhetsintegration blir betydligt skarpare, när det byggs in i den formella organisationen och det hårda ansvaret för verksamheten och ekonomin. Sannolikheten ökar då för att effektiviseringar och olika förbättringar för patienter och brukare verkligen kommer till stånd. En viktig aspekt är att man kan föra resurser mellan vårdgivarna, över de gamla gränserna. […] Kravet på samverkan, förekomster av gråzoner, riskerna för övervältring, etablerandet av parallella organisationer etc, finns i hela Stockholms län, men det unika i Norrtälje är att vissa förutsättningar för en gemensam organisation är så goda. Upptagningsområdet för sjukvårdens vårdgivare överensstämmer väl med kommungränsen.” [12]

4.3.2 Genomförande

Den 1 januari 2006 sjösattes projektet TioHundra för att genomföras under de nästföljande fem åren. Organisationens konstruktion kom att bestå av kommunalförbund, nämnd, aktiebolag och samrådsgrupp. Kommunalförbundet bildades för att juridiskt säkerställa att landsting och kommun skulle kunna äga ett bolag tillsammans. Förbundets enda uppgift var att äga aktierna i TioHundra AB. Aktiebolaget bildades av den tidigare egen-regi-verksamheten inom primärvård, sjukhus och omsorg. Det gällde då vårdcentraler, Norrtälje sjukhus, äldreomsorg, psykiatrisk öppenvård, särskild omsorg enligt LSS, socialpsykiatrisk verksamhet och handikappomsorg med dagverksamhet och boenden. Direkt vid bolagets uppstart omfördelades verksamheter så att nya gränsöverskridande verksamhetsområden kunde utnyttja de nya förutsättningarna. *Psykiatri* var ett av de nya områdena som införlivade både tidigare kommunala socialpsykiatriska insatser och de kliniska delarna från vården. En företrädare för psykiatriverksamheten berättar om hur förändringen upplevdes:

> ”Man skulle jobba med processerna, att se till att få ihop vårdkedjorna, det var vårt uppdrag och det tror jag att alla köpte och såg att det var vinster i det för patienterna. Jag tror att det var det tydligaste uppdrag vi hade. Vi ska jobba med vårdprocesserna, få ihop vårdkedjorna, jobba på diagonalen, på tvären, att inte jobba i stuprör, det var mycket sådana diskussioner generellt och det passade väldigt bra för psykiatrin.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-05-24)

Två andra områden skapades på liknande vis; *Barn, ungdom och familj* och *Rehabilitering och habilitering* som inordnade tidigare uppdelade verksamheter under gemensam chef för både vård- och omsorg inom respektive område.

Landsting och kommun bildade också en gemensam nämnd med förvaltnings-, finansierings- och befolkningsansvar för hälso- och sjukvården och omsorgen i Norrtälje. En skrivning fanns om att nämnden fullgör sitt uppdrag med stöd av en mindre egen förvaltning för att hantera myndighetsutövning och kunna ingå avtal med vårdgivare.[13] Lagförändringen som tillät gemensamma nämnder trädde i kraft 1 juli 2003[14]. Det gav kommuner och landsting möjligheten att gemensamt genomföra insatser på vård- och omsorgsområdet och den nya lagen var alltså en förutsättning för TioHundraprojektets utformning.

Slutligen skapades också en samrådsgrupp med tjänstemän från respektive organisation med uppgift att ha budgetsamråd och diskutera gemensamma frågor om samarbetet. De skulle också utarbeta gemensamma policyer och bereda frågor om

---

[12] *Hälsa, hälso- och sjukvård och omsorg i Norrtälje: Framtida huvudmannaskap, organisation och uppdrag* rapport från styrgruppen för Norrtäljeprojektet, februari 2005
[13] Landstingsstyrelsen förslag till beslut 2005:121
[14] Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet SFS 2003:192

eventuella förändringar till nämnden. (Den politiska samrådgruppen kom till först cirka två år senare).

Under första halvåret 2006 hade VD för TioHundra AB även varit ansvarig tjänsteman för TioHundraförvaltningen. Arbetsbördan och de dubbla rollerna gjorde att VD tog initiativ till att bryta personunionen och en förvaltningschef rekryterades[15]. ÖPWC skriver i sin rapport från en tidigare utvärdering av TioHundra att det är oklart om detta var ”*ett medvetet steg mot en tydligare rollfördelning*” mellan beställare och utförare[16]. En av nyckelaktörerna i TioHundras utvecklingsprocess beskriver om hur han uppfattade rollfördelningen i uppstartsfasen:

> ”Vi hade drömmar om ett kommunalförbund för att slippa alla de här juridiska problemen med aktiebolag och styrelse och affärsmässighet och så, utan vi skulle helt enkelt försöka få in allt under en hatt och vi skulle äga hela frågan. Lars Skoglund fick ju uppdraget, som så många har glömt bort idag, att han skulle både vara beställarchef och VD och många undrar hur farao tänkte vi. Hur kunde ni komma fram med en sån idé, jag menar jävighet och så vidare? Ja, men det handlade om TioHundraprojektet, det handlade om Norrtäljemodellen, det handlade om att så långt det var möjligt äga alla frågor för att kunna driva det här och göra ett så bra jobb som möjligt och inte som det blev; bygga upp en parallellorganisation med en ny beställare. Vi hade ju de på Sabbatsberg, tanken var ju inte att bygga upp en helt ny organisation utan om att försöka äga frågan.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-06-14)

I och med landstingsvalet 2006 bröts det tidigare blocköverskridande samarbetet kring TioHundra. Valet resulterade i ett maktskifte i landstinget där Alliansen tog över samtidigt som Alliansen i Norrtälje kommun fortsatt innehade makten. Därmed fick båda huvudmännen i TioHundraprojektet sin politiska styrning från Alliansen. En ny TioHundranämnd utsågs och nya direktiv om att renodla beställar- och utförarroller inom organisationen tillkom. Enligt ÖPWC:s rapport från utvärderingen av TioHundra gjorde detta att TioHundraförvaltningens behov av beställarkompetens ökade och innebar en ny styrform för kommunen som inte tidigare arbetat med beställar- och utförarroller[17].

TioHundranämnden arbetsutskott hade hittills fungerat som styrelse för TioHundra AB men i samband med bolagsstämman våren 2007 fick bolaget en professionell styrelse istället för den tidigare politiskt sammansatta[18].

År 2008 övergick omsorgsverksamheterna från anslagsfinansiering till prestationsersättning. Det berörde då äldre- och handikappomsorg med särskilda boenden, hemtjänst, LSS-insatser som boende, daglig verksamhet, avlösarservice och ledsagning. Inom socialpsykiatrin förändrades ersättningarna på samma sätt vad gäller boende och boendestöd [19].

Lagen om valfrihet (LOV) började gälla 1 januari 2009, vilken ger den enskilde möjligheten att välja mellan upphandlade utförare inom vård och omsorg[20]. Senare under året sjösatte TioHundranämnden, enligt den nya lagen, kundvalet för äldre. Lösningen är en unik ”TioHundraprodukt” där en och samma utförare ska

[15] SKL-rapport, 2007, *TioHundra – Kommun och landsting i samma båt*
[16] ÖPWC-rapport 2009, *TioHundra - Någonting har hänt*
[17] ÖPWC-rapport 2009, *TioHundra - Någonting har hänt*
[18] SKL-rapport, 2007, *TioHundra – Kommun och landsting i samma båt*
[19] E-post från Karin Thalén, chef Tiohundraförvaltningen 2011-10-06
[20] SFS 2008:962

kunna tillhandahålla hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering i ett helhetspaket. Denna modell syftar till samordning mellan hemtjänstpersonal, distriktssköterska och paramedicinare kring den enskilde äldre och överskrider på så vis tidigare landstings- och kommungränser. I och med TioHundraförvaltningens första upphandling av kundvalet auktoriserades en ny utförare och fler har tillkommit sedan dess[21].

Under 2010 förlängdes TioHundraprojektet med två år, till och med 2012, genom beslut i den politiska samrådsgruppen, kommun- och landstingsstyrelserna samt respektive fullmäktige.

2010 blev det obligatoriskt att följa Lagen om valfrihet (LOV) vid införandet av ett vårdvalssystem i ett landsting[22]. I enlighet med obligatoriet införde TioHundranämnden under hösten vårdval inom primärvården och det innefattar då husläkare, BVC, logopedi och fotsjukvård. Praktikertjänst AB etablerades som ny utförare inom husläkarverksamheten vilket betydde att 30 % av vårdcentralerna i Norrtälje under 2010 drevs av privata utförare[23]. Vårdval TioHundra är anpassat efter resursbehovet för en åldrande befolkning med ökande vårdbehov från 75 år och uppåt genom ytterligare en kapiteringsnivå (75+) jämfört med Vårdval Stockholm som har tre åldersgrupper[24].

Vårdbolaget TioHundra anpassade sig efter de nya kund- och vårdvalsmodellerna genom att införa en ny chefsnivå med ansvar för varsin division; *Norrtälje sjukhus*, *Närvård* och *Omsorg*. Denna förändring kom till för att rusta bolaget för en ökad konkurrens med fler utförare inom hälso- och sjukvård och omsorg i Norrtälje[25]. Om detta berättar en av cheferna i bolaget:

> ”Vad som har hänt nu de sista åren det är att vi har tillsatt divisionschefer det är ju den här konkurrenssituationen som uppstod, med vårdval, kundval, upphandlingar, mycket mer marknadsliknande förutsättningar och det var vi inte rustade för liksom […] Verksamhetscheferna har fått behålla sitt ansvar och divisionscheferna har fokuserat mycket på det här, hur ska vi möta den här konkurrensen, hur ska vi utveckla våra verksamheter, våra affärer vår marknadsföring, våra avtal emot förvaltningen och så vidare.” (Utdrag ur intervju genomförd 2011-05-30)

4.3.3 Nuläge

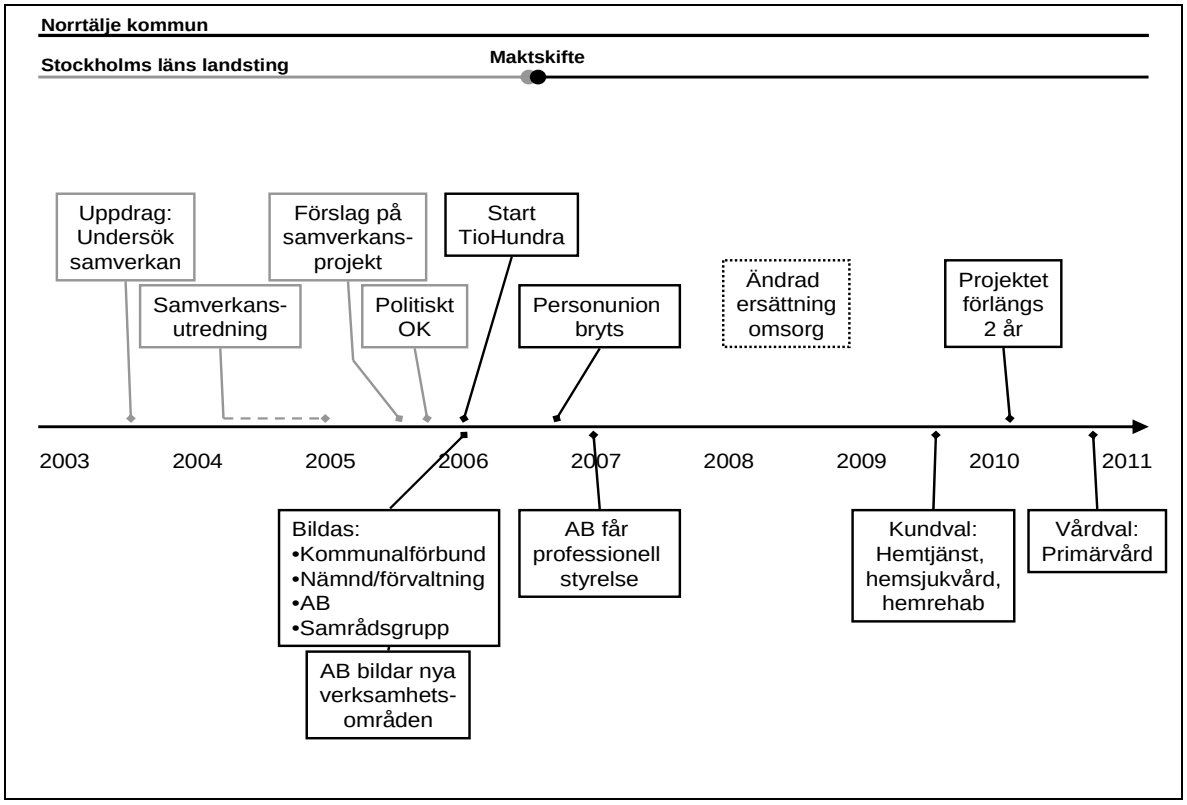
I nuläget befinner sig Tiohundra i den tvåårigа förlängning av projektet som beslutades under 2010 och slutdatum är sista december 2012. För att ha underlag till beslutsfattande om vad som ska hända med vård- och omsorgsorganisationen i Norrtälje genomförs nu den utvärdering som denna rapport är en del av. Under innevarande år och pågående utvärdering har en del förändringar skett i TioHundra. Till exempel har TioHundra AB sagt upp två kundvalsområden för hemtjänst, basal hemsjukvård samt hemrehabilitering. Det har föranlett att TioHundranämnden genom sin förvaltning upphandlat dessa områden och privata vårdgivare har tagit över verksamheterna, med cirka 140 medarbetare, med början 1 mars 2011. Antalet läkarbesök har ökat med 16,2 procent under 2011, vilket främst antas

[21] Nya utförare sedan införandet av kundval är Attendo Care, Fancy Care och Äldreliv. Under 2011 tillkommer även Rospiggens hemservice och Y & C äldreservice, enligt e-post från Karin Thalén, chef TioHundraförvaltningen 2011-10-06
[22] Obligatoriet regleras i Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763 med ändring 2009:140
[23] TioHundranämndens verksamhetsberättelse 2010
[24] Kapiteringsersättning; ersättning efter antal listade patienter och deras ålder.
[25] TioHundra AB Årsbokslut/Förvaltningsberättelse 2010

bero på införandet av Vårdval TioHundra under slutet av 2010 och den förändring av ersättningsmodellen som det innebär med en mer rörlig ersättning [26].

4.4 Sammanfattning och analys av organisationens uppkomst och utveckling

Figur 2 sammanfattar huvuddragen i Tiohundraorganisationens framväxt (2003-2005) och utveckling (2006-) i form av en tidslinje. Tidslinjen inbegriper de milstolpar som utvärderingens intervju- och arkivdata uppmärksammat och illustrerar därtill de politiska förhållanden som gällt under perioden. Som framgår av figuren exemplifieras i första hand initiativ och åtgärder genomförda på en övergripande projekt- och organisationsnivå av vilka merparten inneburit verksamhetsnära konsekvenser i form av exempelvis gränsöverskridande verksamhetsområden.



Figur 2. Utvärderingens sammanfattning av TioHundraorganisationen uppkomst och utveckling.

Av tidslinjen och bakomliggande utvärdering kan vi utläsa att TioHundraprojektet inneburit ett långvarigt och kontinuerligt utvecklingsarbete som bestått genom ett maktskifte i landstinget. Den nya majoritet som förvaltat projektet har genomfört förändringar i styrning och ersättningar inom den organisation som sjösattes 2006. Figuren ger sken av viss inaktivitet under 2007-2008, men då sker en rad verksamhetsnära förändringar och fortsatt utvecklingsarbete som inte framgår i detta makroperspektiv.

Mot bakgrund av utvärderingens metodmässiga utgångspunkter analyseras nedan fallet utifrån a) bärande delar i förändringens innehåll, b) centrala händelser i om-

[26] Tjänsteutlåtande, Landstingsstyrelsen förvaltning SLL Ekonomi och finans, LS-1104-0688, 2011-08-02

givningen, c) förändringsprocessen samt d) resultat och effekter. Avsnittet avslutas med en redovisning av organisatoriska mekanismer som förklarar hur redovisade resultat uppstått.

4.4.1 Förändringens innehåll

Kärnan i TioHundraorganisationen sammanfattas som:

> ”Ett unikt samverkansprojekt som syftar till att utveckla hälsa, sjukvård och omsorg utifrån den enskilda människans totala behov”[27].

2006 förenades all landstingsfinansierad vård i Norrtälje med den kommunala omsorgen i en gemensam organisation som inkluderar vårdcentraler, Norrtälje sjukhus, äldreomsorg, psykiatrisk öppenvård, särskild omsorg enligt LSS, socialpsykiatrisk verksamhet samt handikappomsorg med dagverksamhet och boenden. Satsningens innebar ”sammanhållet lokalt befolknings- och finansieringsansvar, ökad fokusering på befolkningens hälsa och funktionsförmåga och integration i vård- och omsorgsorganisationen med ökad patient- och brukarnytta som följd”[28].

4.4.2 Centrala händelser i omgivningen

Utvärderingen identifierar en rad händelser i organisationens omgivning som på olika sätt påverkat genomförandet. Dessa sammanfattas utan inbördes ordning:

- Förändring av kommunallagen möjliggjorde en gemensam nämnd – 2003 trädde lagen om gemensamma nämnder i kraft efter ett riksdagsbeslut[29]. Lagändringen innebar att kommuner och landsting för första gången kunde gå ihop i gemensamma nämnder. För att kunna få till stånd en sådan samorganisation såsom TioHundra var alltså denna lagändring helt avgörande.

- Blocköverskridande överenskommelse om TioHundra-projektet – under perioden då TioHundra som idé tog form och realiserades styrde Socialdemokraterna Stockholms läns landsting och Alliansen hade makten i Norrtälje. Det innebar att överenskommelsen om att sjösätta TioHundra i allt väsentligt var blocköverskridande. Dessutom fanns en partiöverskridande vilja inom Norrtälje kommun att genomföra förändringsarbetet.

- Maktskifte i valet 2006 – i och med kommun- och landstingsvalen 2006 förändrades sammansättningen i landstinget och Allianspartierna tog över makten efter Socialdemokraterna. I Norrtälje behöll Alliansen styret och därmed hade samma partier makten i både landsting och kommun.

- Konkurrensutsättning (vårdval och kundval) – i förslaget för TioHundra-projektet, som antogs 2005, formuleras TioHundra som ett bolag i nämndens egen regi[30]. Integration och sammanhållet ansvar lyftes fram och syftade till koordinerade insatsen för patienter och brukare i en ”sömlös” sjukvård- och omsorgsverksamhet. Vid behandling av förslaget i landstingsstyrelsen antecknades ett par särskilda uttalande från M-ledamöterna

[27] Norrtälje kommuns webbplats 2011-11-17 http://www.norrtalje.se/Omsorg-och-hjalp/Sjukvard-och-tandvard/?tabid=1
[28] Landstingsstyrelsen förslag till beslut 2005:121
[29] Lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet SFS 2003:192
[30] Landstingsstyrelsen förslag till beslut 2005:121

som visar att det redan på förslagsnivå fanns en betoning från Moderaternas håll att skapa förutsättningar för ”valfrihet, mångfald och alternativ”. Dessa tre ord används inte i förslaget som snarare poängterar samverkan, samordning, ”sömlöshet”, sammanhållning, integration, samspel och gemenskap. Till följd av maktskiftet 2006 i landstinget till Alliansens fördel uppstod möjligheten att göra verklighet av ”valfrihet, mångfald och alternativ”. Den politiska ambitionen med konkurrensutsättning och ökat antal aktörer ledde till införandet av kundvalet 2009 och vårdvalet 2010. Det innebar då ett ökat antal utförare inom hälso- och sjukvård och omsorg i Norrtälje genom upphandlingar och auktoriseringar av nya aktörer.

4.4.3 Förändringsprocessen

I fråga om makrointegration och strukturbyggnad på högre organisatorisk nivå identifierar utvärderingen:

- Etablering av vårdbolaget och de administrativa stödfunktionerna som centrala åtgärder i förändringsprocessen. 2006 kan beskrivas som ett startår som ägnades till stor del åt uppbyggnad av infrastruktur kring IT, ekonomi och personal.

- Utveckling av beställarfunktion – inför starten av projektet beskrevs, som tidigare nämnts, TioHundra AB som ett bolag i nämndens egen regi. Det ansågs då att vårdbolaget, med sin helt dominerande ställning, inte bör ses som en fristående aktör utan förhållandet med nämnden skulle mer vara lik relationen mellan politiker och tjänstemän. Det innebar att bolaget ansågs kunna bedriva förebyggande hälso- och sjukvård och svara för avtalsförhandlingar med externa vårdgivare. Frågan om hur avtalsrelationer skulle organiseras formellt lämnades öppet för nämnden att hantera. Nämndens behov av en förvaltning skrevs också in i förslaget men betonades inte särskilt. Förvaltningens uppgift som nämndens tjänstemannastöd skulle vara att hantera myndighetsutövning och ingå avtal med privata vårdgivare. FP- och KD-ledamöterna sade i sitt särskilda uttalande över förlaget att de tycker det hade varit bättre med nämnden som renodlad beställare[31]. Efter cirka ett halvår initierade VD/Förvaltningschefen Lars Skoglund en tydligare uppdelning mellan förvaltning och bolag. Anledningen beskrevs som att det inte gick att förena de två rollerna i en personalunion eftersom det innebar att förhandla med sig själv om avtal och uppdrag. En förvaltningschef rekryterades under hösten 2006 och fick uppgiften att organisera och bemanna den nya, mer självständiga förvaltningen[32]. Den nya politiska majoriteten som tillträdde inför 2007 fullföljde renodlingen av beställar-utförarrollerna med nämnd inklusive förvaltning och en ny professionell bolagsstyrelse. Tidigare hade nämndens arbetsutskott fungerat som styrelse för TioHundra AB.

- Utveckling av avtalsrutiner – i början av projektet fanns en målsättning om att får ner antalet avtal för att underlätta både förhandlingar och möjligheten för verksamheterna att få större handlingsfrihet inom varje avtalsområde.

[31] Landstingsstyrelsen förslag till beslut 2005:121
[32] ÖPWC-rapport 2009, *TioHundra - Någonting har hänt*

- Arbete med gemensamma journalsystem – vid starten av TioHundraorganisationen fanns cirka elva olika dokumentationssystem i Norrtälje som sedan målmedvetet jobbades ner till två stycken för att underlätta informationsöverföring i samverkan kring den enskilde patienten. TakeCare användes för journalföring enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och ProCapita för dokumentationen rörande åtgärder inom Socialtjäntslagen (SOL). De verksamheter som arbetar både under SOL- och HSL-lagarna dokumenterar då i båda systemen parallellt beroende på åtgärd. Genom att verksamheterna samlas i samma bolag kan också sekretessfrågan hanteras smidigt eftersom patienten eller brukaren inte behöver ge särskilt tillstånd till en utomstående att få insyn i sin journal, utan all inblandad vård- och omsorgspersonal har tillgång till nödvändig information. I och med att antalet utförare av hälso- och sjukvård och omsorg i Norrtälje ökat genom kundvals- och vårdvalsreformerna, har även antalet journal- och dokumentationssystem blivit fler. Antalet system är idag uppe i ungefär detsamma som innan TioHundra startade, det vill säga cirka elva stycken.

I fråga om mikrointegration och förändringar i verksamhetsområdesindelningar uppmärksammar utvärderingen att:

- Det under bolagets första år uppstod oväntade vakanser i bolagets ledning så en plattare organisation med verksamhetsområden direkt under bolagsledningen kunde skapas. Tre helt nya verksamhetsområden som överskrider de tidigare gränserna för kommun och landsting skapades och totalt fanns då fjorton verksamhetsområden. Under de följande åren reduceras antalet verksamhetsområden steg för steg för att ”underlätta den horisontella integrationen och undvika de traditionella gränsproblem som brukar finnas mellan sjukhusvård, primärvård och omsorgsverksamhet” [33]. 2009 fanns då åtta verksamhetsområden för att sedan förändras igen 2010 då en ny chefsnivå införs med ansvar för varsin division: *Norrtälje sjukhus*, *Närvård* och *Omsorg*. Verksamhetsområdena förändras också och ökar i antal till tio stycken. ”Syftet med den förändrade organisationen är att skapa ökad möjlighet att inom varje division klara av den växande konkurrensen och möta de nya kund- och vårdvalsmodellerna”[34]

4.4.4 Resultat och effekter

Vinster av den samordning av verksamheter som TioHundraorganisationen möjliggjort har bedömts dels som effekter i termer av ett bättre omhändertagande, dels som utveckling av kostnader och produktivitet över tid och jämfört med länet och landet. Utvärderingen visar följande effekter av TioHundraorganisationen:

Inom verksamhetsområdet Psykiatri

- ett flertal unika integrerade vårdformer har skapats (BeroendeRådgivning, Unga vuxna-mottagning och Psykiatrisk korttidsverksamhet) – målsättningen att ingen skall ”falla mellan stolarna” förefaller realiserad
- verksamheten följer nationella riktlinjer och regionala vårdprogram
- slutenvårdskonsumtionen (utanför Norrtälje) har minskat och ersatts med korttidsvård

[33] TioHundra AB Årsbokslut/Förvaltningsberättelse 2009
[34] TioHundra AB Årsbokslut/Förvaltningsberättelse 2010

- suicidförsöken har minskat i antal och antalet självmord ligger konstant på en låg nivå
- verksamheten har hög tillgänglighet och vårdgarantin uppfylls
- förbättringspotential finns vad gäller patient- och brukarupplevd kvalitet

Inom verksamhetsområdet Barn, ungdom och familj

- landstingskommunala och kommunala verksamheter som avser stöd till målgruppen har samanförts i en organisation i en omfattning som saknar motsvarighet i Sverige
- samlokaliseringen i Familjens hus upplevs av aktörerna väsentligt förstärka möjligheterna till effektiv samverkan
- åtgärder har vidtagits för att skapa sammanhållna vårdkedjor runt barn, unga och familjer, vilket underlättats av ett gemensamt journalsystem och en gemensam webbplats med information om gemensamma rutiner och riktlinjer
- behov finns utveckla gemensamma mått för uppföljning av det integrerade tjänsteutbudet och indikatorer som möjliggör bedömning av följsamhet mot vårdprogram och – rutiner

Kostnads- och produktivitetsanalysen visar att TioHundraorganisationen

- uppvisar en god kostnadskontroll under projektperioden med väsentligt lägre ökning av sjukvårds- och äldreomsorgskostnader per capita än i länet
- huvudområdena sjukhus, primärvård och äldreomsorg hade inledningsvis kostnadsökningar som överskred utvecklingen i resten av länet, men redovisade åren 2009-2010 kostnadsreduktioner
- äldreomsorgen har förbättrat sin position i Socialstyrelsens nationella rankning (från plats 171 till plats 61)
- kostnadsökningar konstateras för verksamhetsområdena Psykiatri samt Barn, ungdom och familj, men samtidigt har verksamheten byggts ut och för psykiatrin åtföljts av en nära nog halvering av slutenvårdskonsumtionen utanför Norrtälje
- primärvården uppvisar initialt minskande produktivitet, men utvecklingen vänds efter att vårdval införts i Norrtälje

Organisatoriska förklaringsmekanismer

Bland de organisatoriska mekanismer som kan förklara hur resultaten uppstått identifierar utvärderingen en rad underlättande omständigheter:

- Norrtälje präglas av en *lång samverkanstradition* där situationsanpassade lösningar och täta personliga kontakter har underlättat samarbete mellan Norrtälje kommuns omsorg och de lokala delarna av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsfunktioner.

- Vid *hotet om sjukhusnedläggning* uppstod en *enande effekt* där parti- och blocköverskridande lösningar för fördjupad samverkan kunde växa fram och sättas i verket.

- Förutsättningen med *förändringen av kommunallagen* möjliggjorde en gemensam nämnd mellan kommun och landsting som i sin tur skapade

gynnande omständigheter för en totalintegrerad organisation som TioHundra.

- Bolagets *drivande VD och andra engagerade nyckelaktörer* genomförde och utvecklade konceptet med *entusiastiska medarbetare* som såg potentialen i horisontella lösningar.

Bland de mekanismer som hindrat eller försvårat genomförandet uppmärksammar utvärderingen:

- Det *medförda underskottet* på cirka 20 miljoner som TioHundra hade att hantera vid uppstart var delvis hindrande i processen att upprätta den nya organisationen. Dessutom fanns ett sparbeting i budget och inga extra pengar tillsatta för förändrings- eller fusionsarbetet.

- Att aktuella informanter och tidigare utvärderingar framför kritik mot *huvudmännens bristfälliga intresse* för projektet och hur det upplevs som att TioHundra fått klara sig själva utan stöd från moderorganisationerna.

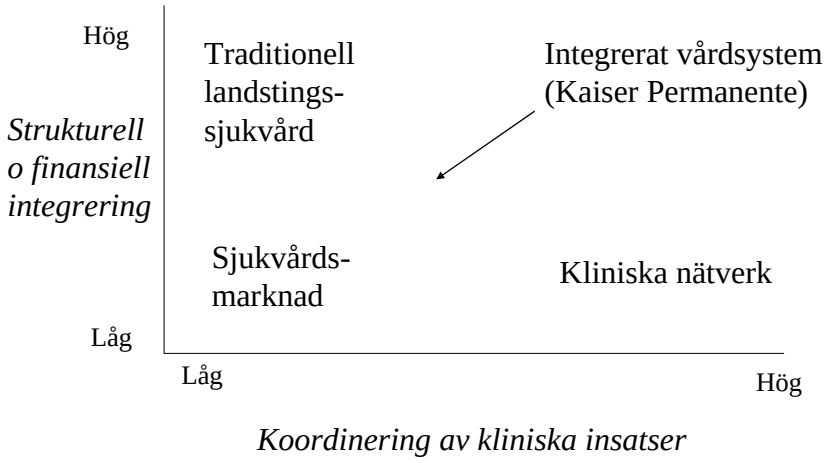
- Att *avtalen* mellan TioHundras förvaltning och bolag rapporteras ha varit komplicerade och inte anpassade till de gränsöverskridande verksamheterna. Därutöver har avtalsförhandlingarna dragit ut på tiden. Problemen med avtalen anses från flera håll bero på en *bristande beställarkompetens i förvaltningen*. Med *många omorganisationer i bolaget* upplever de delaktiga medarbetarna att det tar mycket kraft och energi från verksamheten.

4.5 Diskussion

Den litteraturanalys som genomförts som en del av utvärderingen ger vid handen att Norrtäljeprojektet internationellt sett är unikt. Det finns inga andra exempel på en organisatorisk samordning av akut- och specialistvård, primärvård, äldreomsorg med särskilt boende och socialtjänstverksamheter. Däremot finns en rikhaltig litteratur om integrerade system av sjukvård på olika nivåer (primär-, sekundär- och tertiär vårdnivå) och hälsofrämjande verksamheter samt system som integrerar vårdproduktion och finansiering (främst amerikanska Health Maintenance Organizations). Litteraturanalysen (Øvretveit & Brommels, 2011) har bifogats rapporten som en särskild bilaga.

Organisatorisk integration och koordinering av kliniska insatser är ett ofta använt begreppspar – som på svenska kunde betitlas struktur och samverkan. I figur 3 är dessa sammanförda till en modell för karakteristik av samverkansformer.

Integration: struktur och samverkan



Figur 3

I det ”totalintegrerade” vårdsystemet (t.ex. Kaiser Permanente i Kalifornien) är organisationen vertikalt integrerad (omfattar alla vårdnivåer), horisontalt integrerad (upprätthåller ett fullständigt serviceutbud inom ett geografiskt område) och sammanför därutöver finansiering och produktion.

Då Norrtäljeprojektet etablerades fyllde TioHundraorganisationen kriterierna på ett integrerat vårdsystem. I och med att personalunionen mellan TioHundra AB och TioHundraförvaltningen bröts var organisationen i konformitet med den beställar-utförarmodell som tillämpats inom Stockholms läns landsting sedan år 1991. Eftersom TioHundraförvaltningen skiljde mellan uppdrag finansierade med kommunala respektive landstingskommunala medel låg ansvaret för koordinering och integration på utföraren (”utförarintegration”). Införandet av vård- och kundval ledde till konkurrens mellan olika utförare och minskade TioHundra AB:s möjligheter till tjänsteintegration. Flera aktörer inträdde på marknaden, vilket också var en politiskt uttalad målsättning. Utvecklingen har samtidigt lett till en mer komplex bild vad gäller samordningen av tjänster. TioHundraorganisationen har rört sig från ett integrerat vårdsystem med fullständigt lokalt tjänsteutbud och marknadsdominans i riktning mot att vara en aktör bland flera med ett reducerat tjänsteutbud på en allt tydligare sjukvårdsmarknad. Detta illustreras med pilen i figur 3.

Litteraturen om integration och koordinering av tjänster kan användas för att analysera dels *samverkan* ur ett utförarperspektiv och dels *styrning* ur ett finansiär- eller ägarperspektiv.

Samverkan mellan utförare

Då tjänsteleverantörer behöver utbyta information (t.ex. genom att de ingår i samma vårdkedja) men i övrigt verkar självständigt kan de nöja sig med formellt eller informellt överenskommen samverkan (*överenskommelse*). Om organisatio-

nerna delar eller samutnyttjar resurser (t.ex. lokaler eller expertis) förutsätts en avtalsrelation (*kompanjonskap*). Om företagen delar risk sker det ofta i form av gemensamma avgränsade projekt (*joint venture*). Om utförarna har ett organisatoriskt samarbete och uppträder gemensamt mot tredje part men önskar bibehålla sin självständighet, får samverkan formen av ett *konsortium*. Om behov finns av gemensam kontroll över resurser kräver detta en organisatorisk samgång (*fusion*). – Då utvecklingen går i riktning mot större inslag av marknad förutsätter integrerade tjänster samverkan mellan olika utförare. Detta gäller oberoende av om integrationen uppkommer på frivillig väg eller stimuleras av beställare med finansiella incitament. Samverkansparterna väljer då någon av formerna ovan, som angetts i stigande grad av ”täthet”. Samverkansformen har betydelse inte enbart för hur väl sammanhållet tjänsteutbudet är. Den påverkar hur flexibelt aktörerna kan uppträda, i vilken utsträckning skalfördelar kan uppnås i produktionen och vilken förhandlingsstyrka producenterna har gentemot beställaren. Samverkansformen bör därför uppmärksammas av beställaren och kan behöva bli föremål för reglering (för att t.ex. förhindra uppkomsten av oligopoler).

Styrning för integration

För beställaren och finansiären av hälso- och sjukvårdstjänster bestämmer behovet av kontroll formen för styrning. Paralleller kan dras till resonemang som förs ur transaktionskostnadsperspektiv. Vid tjänster som är infrekventa eller har låg volym är en upphandling på marknaden och en *kontraktsrelation* att föredra. Vid höga volymer och behov av ett långvarigt samarbete och om det finns en ”överlägsen” utförare är det naturligare med ett långsiktigt samarbete med långa kontraktsperioder – ett ”*partnerskap*” växer fram. Vid behov av att kontrollera värdekedjan (t.ex. säkerställa att samtliga aktörer i vårdkedjan har hög kompetens och upprätthåller oklanderlig kvalitet) är det till fördel för finansiären att direkt kontrollera – d.v.s. äga en tjänsteutförare som har kompetens att bedöma de övriga aktörernas verksamhet. Det kunde i det här sammanhanget kallas ”*delägarskap*”. Om verksamheten är beroende av kritiska resurser som inte är lätt tillgängliga på marknaden bör produktionen ske ”in-house” – finansiären äger utförarorganisationen (*ägarskap*).

Mer marknad inom vårdproduktionen leder med andra ord till att också styrformerna bör bli *diversifierade*. Upphandling och vård- och kundval kompletteras med andra styrformer. Finansiären (beställaren) får en roll som ”market maker” och ”market manager” och använder nya former för reglering av marknadsaktörerna. Det auktoriseringsförfarande som tillämpas vid vård- och kundval är ett exempel på reglering, som dels sänkt trösklarna för marknadsinträde (market maker), dels specificerat under vilka förutsättningar nya producenter får verka (market manager). Vi kan förvänta oss att marknadsregleringen i fortsättningen kommer att bl.a. omfatta former för kunskapsstyrning (krav att följa vårdprogram), krav på anslutning till informationssystem som möjliggör resultat- och kvalitetsuppföljning och tydliga planer för eftervård för att undvika ”glapp i vårdkedjan”.

Koordinering av kliniska tjänster

Litteraturen om integration och koordinering av tjänster tillämpad på Norrtäljeprojektet förstärker intrycket att den integrering av ekonomi och verksamheter som skett särskilt i den kontrakts- (anslags)finansierade verksamheten inom Tio-Hundra AB har avlägsnat hinder och felaktiga incitament, vilket även i andra stu-

derade organisationer har främjat klinisk integration. Litteraturen anger en rad åtgärder som kan vidtas också i Norrtälje för att ytterligare främja samverkan, förbättra vårdkvalitet och minska kostnader. Dessa blir särskilt angelägna om förutsättningarna för utförarintegration inom en sammantagen organisation minskar.

”Disease management” - (ofta sjuksköterskeledda) vårdprogram för kroniska sjukdomar (t.ex. astma, diabetes, hjärtsvikt och stroke) som också ger ett större ansvar till patienterna och organiserar vård i hemmet – har påvisade gynnsamma effekter på kostnader och kvalitet. Detsamma gäller ”utslussningsvård” av multisjuka äldre, lokala mentalvårdsteam för patienter med kronisk psykisk ohälsa och till primärvården ”utlokaliserade” specialisttjänster. Särskilda åtgärdsprogram kan riktas mot högriskpatienter och ”storkonsumenter” av vård och omsorg. Informationssystem som stödjer informationsutbyte, gemensam information och samverkan, är den enskilt viktigaste åtgärden för att förbättra integration och koordinering av kliniska insatser.

Att konstruera ersättningssystem som skapar incitament för samverkan är en uppgift för beställare och finansiärer. En möjlighet – som diskuterats livligt – är att ”ersätta vårdkedjor”. De exempel på program för koordinering av tjänster som anges ovan bildar vårdkedjor, och de kunde bli föremål för upphandling eller vårdvalslösningar. I den mån utförare inte kan erbjuda ett fullständigt vårdprogram skulle det stimulera till frivillig samverkan.

Men också professionella drivkrafter för samverkan bör uppmärksammas. Frivillig samverkan mellan aktörer som drivs av ett gemensamt intresse att ge god behandling och ett värdig omhändertagande har sannolikt lika stor betydelse som finansiella incitament. För finansiärer gäller då att vara uppmärksam på att ersättningsformerna inte hindrar eller utgör disincentiv för samverkan. Vid frivillig samverkan är ett program- snarare än organisationsfokus viktigt. Samverkan sker kring patientgrupper – kanske i ”projekt” enligt ovan – praktikerna tänker inte i första hand på organisatoriska arrangemang. Ju mångsidigare relationer mellan varandra kompletterade vårdgivare, desto större beredskap att medverka med insatser ”on demand”, vilket för systemet innebär ett resurssnålt arbetssätt. I ett professionellt nätverk har synen på vad som anses vara professionell handläggning och god vård stor påverkan. Samverkan kan uppstå genom ett socialt tryck kollegor emellan (”agency pull”). Den styrs då av professionella normer, som kan ha en större effekt än men också komplettera det externa tryck kontrakt eller auktoriseringskrav skapar (”institutional push”) (Milward & Provan, 2003).

Nätverk

Avslutningsvis görs en hänvisning till litteraturen om tjänsteproducerande nätverk. Ett tjänsteleveranssystem organiserar deltjänster i en sammantagen process, vilket svarar emot en horisontell integration av tjänsteutförarna. I ett nätverk är aktörerna självständiga, men de verkar på ett samordnat sätt genom gemensamt beslutsfattande kring den sammansatta tjänsten. Förtroende och respekt främjar relationen mellan aktörerna. Stabilitet i nätverket ökar dess effektivitet. Inte sällan är dock nätverk instabila och präglas av oklarheter i rollfördelning och ansvar. Risk finns för att informationsasymmetri utnyttjas otillbörligt. Förändringar är svåra att genomföra eftersom det förutsätter consensus bland aktörerna (Miles & Snow, 1992).

Också nätverket behöver koordineras. Bäst skickad att ta sig an den uppgiften är en ”honest broker”, som respekteras av alla aktörer. Denna får rollen av nätverksadministratör. Till fördel för nätverksadministratören är att då delta i tjänsteproduktionen, och särskilt att ha ansvar för en tillräckligt stor del av värdekedjan för att kunna skydda värdet av den egna insatsen. I parallellitet med transaktionskostnadsresonemanget ovan ger kontroll av en kritisk eller värdefull resurs nätverksadministratören ett maktposition som användas för att åstadkomma samordning av övriga aktörers insatser (Miles & Snow, 1992).

Ur ett beställarperspektiv blir det intressant att referera till Salamons (2002) teori om indirekt styrning. Han förslår med utgångspunkt i principal-agentteori att en finansiär av en komplicerad tjänsteprocess styr effektivast genom att delegera styrningen till en *expertorganisation* (”indirect or third-party governance”). Expertorganisationen kan bedöma utförarna och deras kvalifikationer på förhand, och granskningen av leveranserna sker därmed inte enbart (eller i huvudsak) genom kontraktsuppföljning i efterskott. Om denna expertorganisation också är en utförare kan den samtidigt vara en nätverksadministratör med möjlighet att utöver underleverantörsavtal också utnyttja de ”mjukare” formerna av styrning i nätverket. Huvudmannen har direkt kontroll över den ”nätverksadministrerande” centrala utföraren (genom ägarskap) men styr nätverket i övrigt indirekt. Att utnyttja denna form för indirekt styrning kan erbjuda en väg för finansiären-beställaren att både möjliggöra mångfald i utförarledet och behålla effektiva former för koordinering och därmed minska riskerna för en fragmentering av tjänsteutbudet. I Norrtälje kunde den uppgiften handhas av TioHundra AB, vilket också skulle motivera ett fortsatt direkt ägarskap med involvering av både Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting.

4.6 Referenser kapitel 4

Miles, R. & Snow, C (1992). Causes of failure in network organisations. *California Manegement Review*, 34:53-72.

Milward, H.B. & Provan, K.G. (2003). Managing networks effectively. *Paper presented at the National Public Management Research Conference*, Georgetown University, Washington DC, 9-11 Oct, 2003.

Nilsen, P., Roback, K. & Krevers, B. (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall – ett ramverk. Bokkapitel i Nilsen (red.) *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005). Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy, 10 Suppl 1*, 21.

Øvretveit, J & Brommels, M (2011). Review of research into comprehensive integrated care systems, Stockholm, The Medical Management Centre, Karolinska Institutet. Downloadable from http://public.me.com/johnovr

Pettigrew, A.M. & Whipp, R. (1993). *Managing change for competitive success*. Oxford: Blackwell.

Posavac, E.J. & Carey, R.G. (1997). *Program Evaluation: Methods and Case Studies* (5th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach* (7th ed.). London: Sage Publications.

Salamon, L.M. *The tools of government: a guide to the new governance*. New York: Oxford University Press, 2002.

Sandberg, B. & Faugert, S. (2007). *Perspektiv på utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Weber R.P. (1990). *Basic Content Analysis* (2nd ed.). London: Sage Publications.