

Vårdval inom specialistsjukvården

VILKA KRAV STÄLLER LANDSTINGEN PÅ VÅRDGIVARNA?

Förord

De senaste åren har valfrihetssystem blivit vanligare inom vård och omsorg. Medan det i primärvården har varit obligatoriskt sedan 2010 med vårdval, är det frivilligt inom specialistsjukvården. Sveriges landsting och regioner har mycket skilda förutsättningar för vårdvalssystem och utvecklingen på specialistvårds-området har gått långsamt sedan lagen om valfrihetssystem trädde ikraft.

Även i de fall där vård bedrivs av externa utförare, är det beställande landstinget ansvarigt för vårdens kvalitet. I ett vårdvalssystem är det därför det avtal som landstingen skriver med den externa vårdgivaren som är landstingets främsta möjlighet att styra verksamheten.

I denna rapport studeras hur landstingen använder avtal som styrmedel av verksamhetens kvalitet. Syftet har varit att kartlägga på vilket sätt landsting och regioner utformar sina avtal med de externa utförarna inom specialistsjukvård, samt hur man anser att kvalitetsuppföljningen utifrån avtalen fungerar. Rapporten har utarbetats av docent Ulrika Winblad och forskningsassistenterna Anna Mankell och Fredrik Olsson, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet, på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting. Författarna ansvarar själva för innehåll och slutsatser i rapporten.

Vi vill särskilt tacka de personer från landsting och regioner som genom intervjuer och sin tid har medverkat till rapporten.

Stockholm i december 2014

Lennart Hansson

Avdelningen för Ekonomi och Styrning

Innehåll

Sammanfattning	4
De viktigaste resultaten	4
Vilka lärdomar kan man dra från resultaten?	6
Kapitel 1 Inledning	7
Bakgrund.....	8
Hur styr landstingen verksamheten genom avtalen?	9
Skilda förutsättningar vid skapande av specialistvårdval	10
Syfte och frågeställningar	11
Metod	12
Kapitel 2 Resultat	17
Vilka områden ställs det krav på?.....	17
Vilken typ av kvalitet ställs det krav på?	21
Hur uppföljningsbara är kraven?	23
Språkvetenskapliga analyser av kravens uppföljningsbarhet	27
Hur specificerade är kraven?	27
Hur konkreta är kraven?.....	30
Är specifika och konkreta krav mer uppföljningsbara?	31
Innehållsanalyser	33
Hur sanktioneras oönskat beteende?.....	33
Hur används riktlinjer och andra dokument i förfrågningsunderlagen?	38
Hur förhindrar landstingen indikationsglidningar?	43
Kapitel 3 Erfarenheter av vårdval bland politiker och tjänstemän	48
Hur används förfrågningsunderlagen i kvalitetsuppföljningen?	48
Vilka metoder bör användas för att följa upp verksamheten?	50
Kapitel 4 Sammanfattning av studiens resultat	53
Vilka områden berör kraven?	53
Avser kraven struktur- process eller resultatkvalitet?	53
Är kraven ställda på ett sådant sätt att de är möjliga att följa upp?	54
Förekommer krav i förfrågningsunderlaget som förhindrar indikationsglidning?	55
I vilken utsträckning innehåller förfrågningsunderlagen sanktionsmöjligheter?	56
I vilken utsträckning används riktlinjer för att reglera vårdgivarna?	56
Hur ser politiker och tjänstemän på möjligheterna att följa upp kraven i avtalen?	56
Kapitel 5 Diskussion	58
Är tydlighet och hög uppföljningsbarhet alltid att föredra?.....	58
Uppföljningsbara men inte mätbara krav.....	59
Att förlita sig på vårdens professioner	60
Avslutande diskussion.....	61
Referenslista	63
Källor:	65
Appendix 1, Krav per förfrågningsunderlag, sorterat per kategori, med färgkodning.....	66
Appendix 1. Specificitetsindex och konkretiseringsindex för respektive kravkategori67	

Sammanfattning

De senaste åren har valfrihetssystem blivit allt vanligare inom vård och omsorg. Medan det i primärvården har varit obligatoriskt under flera år med vårdval, är det fortfarande frivilligt inom specialistsjukvården. Sveriges landsting och regioner¹ har mycket skilda förutsättningar för vårdvalssystem och utvecklingen på specialistvårdsområdet har gått långsamt. Hittills har vårdvalssystemet genererat relativt få nya externa vårdgivare i landet om man undantar Stockholmsregionen.

Även i de fall där vård bedrivs av externa utförare, är det beställande landstinget ansvarigt för vårdens kvalitet. Landstingets främsta möjlighet att styra den verksamheten blir därför det kontrakt som skrivs mellan landsting och vårdgivare. I det avtalsgrundande dokumentet – det så kallade *förfrågningsunderlaget* – formulerar landstingen krav på tjänstens innehåll och kvalitet.

Denna rapport undersöker hur landstingen använder avtal som styrmedel av verksamhetens kvalitet. Rapportens syfte är att kartlägga på vilket sätt landstingen utformar sina avtal med de externa utförarna inom specialistsjukvård, samt hur man anser att kvalitetsuppföljningen utifrån avtalen fungerar. Materialet består av 16 förfrågningsunderlag, samt 9 intervjuer med ledande politiker och tjänstemän. I intervjustudien behandlas framför allt hur landstingen själva ser på avtalsstyrningen, och på vilket sätt avtalen ligger till grund för uppföljningen av vårdens kvalitet.

De viktigaste resultaten

- En viktig fråga i studien handlar om vad landstingen ställer krav om i sina förfrågningsunderlag. Resultatet visar att landstingen i huvudsak ställer krav på inrapportering, registrering, journalhantering, IT-säkerhet, samt det medicinska/kliniska åtagandet. Få av kraven rör omsorgsdelarna av vården. Anmärkningsvärt är att ett antal förfrågningsunderlag helt saknar krav om läkemedel.

¹ För att underlätta läsningen av rapporten omnämns även regioner i enlighet med Lag (2010:630) som landsting.

- En annan av rapportens frågeställningar handlar om vilket typ av kvalitet kraven i förfrågningsunderlagen åsyftar. Landstingen ställer i huvudsak krav på vårdtjänstens processer (66 procent), medan strukturkrav (29,9 procent) och resultatkrav (4,4 procent) är mindre vanligt förekommande. De få resultatkrav som förekommer är ofta otydliga och har en avsevärt lägre uppföljningsbarhet än process- och strukturkraven.
- Rapporten utreder också hur tydliga kraven är och om de är möjliga för landstingen att följa upp. Resultatet pekar på att kraven i de analyserade förfrågningsunderlagen generellt sett är ganska tydligt formulerade; de är i stor utsträckning uppföljningsbara (om än inte alltid mätbara), samt specificerar vårdtjänsten på ett tydligt och konkret sätt. En viktig iakttagelse är dock att de mer patientnära kravkategorierna, exempelvis integritet och värdighet, i de flesta fall är vagt formulerade.
- Skrivningar för att förhindra indikationsglidning är vanligt förekommande i förfrågningsunderlagen. De handlar främst om att reglera vilka patientgrupper som ska behandlas och tydligt beskriva det medicinska åtagandet. Förvånansvärt många av landstingen gör tydliga försök att konkretisera indikationerna för behandling även i öppenvårdsavtalen, vilket är svårare än inom slutenvården.
- Resultat visar dessutom att man inte använder ekonomiska sanktioner i särskilt hög utsträckning, något som flera intervjuer bekräftar. Det är tydligt att man hellre hanterar kvalitetsbrister genom dialog och åtgärdsplaner.
- Tydliga sanktionskrav finns dock oftast formulerade i avtalen när det gått så långt att det är aktuellt att bryta ett avtal med en vårdgivare. Intervjuerna visar att detta sällan sker i praktiken.
- Alla som har intervjuats är överens om att förfrågningsunderlaget fyller en viktig funktion som referensdokument och förtydligande av relationen mellan beställare och utförare. Avtalets funktion verkar däremot stanna vid detta, och andra metoder används i praktiken i högre grad vid den faktiska uppföljningen.
- Intervjupersonernas åsikter går isär om krav bör vara hårt eller mer vagt formulerade. Flera vidhåller att en blandning behövs. Det mönster som återkommer är att majoritetspolitiker i högre grad efterfrågar vaga krav, medan oppositionspolitiker understryker vikten av mer precisa och hårda krav. Gemensamt för alla intervjuer är dock en positiv inställning till att framöver i högre utsträckning använda förfrågningsunderlagen som grund för uppföljning. Hur detta praktiskt ska ske är däremot fortfarande något oklart.

Vilka lärdomar kan man dra från resultaten?

Resultatet pekar på avtalsstyrningen innehåller både ”hårda” och ”mjuka” inslag. Att det handlar om hård styrning stärks av att närmare 66 procent av kraven ställs på verksamhetens processer där landstingen tydligt uttrycker vad som ska utföras, samt att kraven oftast är uppföljningsbara. Samtidigt ser vi inslag av en mjukare styrningsstrategi, genom att avtalen är utformade för att fungera flexibelt snarare än mäta ett visst utfall. Det är sällan avtalen med vårdgivare bryts, istället försöker man från landstingen sida lösa avtalsbrister genom förhandling och upprättande av åtgärdsplaner. För att denna typ av flexibel styrningsmodell ska fungera – det vill säga en modell som baseras på både mjuk och hård styrning – bör landstingen vara medvetna om när och inom vilka områden som kontrakten ska utformas på ett mjukt respektive hårt sätt. I avsaknad av tydliga, mer hårt formulerade, resultatkrav, ålägger landstingen sig själva att på andra sätt följa upp vårdgivarna för att kunna styra mot kvalitet. Om man väljer en mer hård styrningsstrategi, å andra sidan, finns det en risk att man styr utförarna för mycket vilket kan hämma nytänkande och flexibilitet. Utmaningen för landstingen ligger i att skapa en modell som är situationsanpassad och flexibel men där de samtidigt uppfyller sitt lagstadgade ansvar för vårdens kvalitet.

Inledning

De senaste åren har valfrihetssystem blivit allt vanligare inom vård och omsorg. Medan det i primärvården har varit obligatoriskt under flera år, är det fortfarande frivilligt inom specialistsjukvård och äldreomsorg. Inom hemtjänsten har valfrihetssystemen spridit sig snabbt över landets kommuner. Detsamma kan inte sägas om utvecklingen av vårdval inom specialistsjukvården. Trots stora utvecklingsstöd från regeringen har relativt få landsting eller regioner infört vårdval inom specialistsjukvården. Där det gjorts har landstingen, med vissa undantag, infört det inom ett fåtal specialiteter. Av denna anledning har vårdvalssystemet hittills genererat ganska få nya vårdgivare om man bortser från Stockholmsregionen. I nuläget finns beslut i flera landsting om ytterligare ett tiotal specialistvårdval. Därtill pågår även ett antal utredningar om införande av ytterligare vårdval i landet (SKL 2014).

Fördelarna med ett valfrihetssystem inom vård och omsorg är främst den ökade patientmakten. Genom ett valfrihetssystem antas fler vårdgivare etablera sig vilket ger en större mångfald för patienter att välja mellan. En annan fördel med ett vårdvalssystem är att man antas kunna producera mer vård med fler utförare, vilket kan korta köerna till specialistsjukvård. Det finns emellertid flera utmaningar vid ett införande av vårdval inom specialistsjukvården. Bland annat gör specialistvårdens karaktär att patienten inte har samma möjlighet att göra ett välinformerat val eller omval, såsom sker vid val av husläkare eller vårdcentral. Dessutom är tjänsterna inom specialistsjukvården ofta så komplexa att det kan vara svårt att formulera kvalitetsstyrande avtal.

Valfriheten inom specialistsjukvården regleras enligt Lagen om Valfrihetssystem (LOV 2008:962). I ett LOV-system är det avtal som landstingen skriver med vårdgivaren landstingets främsta möjlighet att styra de externa aktörerna. I det förfrågningsunderlag som ligger till grund för avtalen formulerar landstingen vad man vill att vårdgivaren ska utföra. Det blir därför viktigt hur uppdraget definieras och hur kraven ställs. Denna rapport undersöker vilka förutsättningar landstingen har att följa upp de externa utförarna inom specialistvården genom avtalen. Syftet är att kartlägga hur landstingen utformar sina avtal med de externa utförarna inom specialissjukvården, samt hur man anser att kvalitetsuppföljningen utifrån avtalen fungerar.

Bakgrund

Under 1990- och 2000-talen har det funnits tydliga politiska ambitioner att öka medborgarnas valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. I syfte att ytterligare öka individens valmöjligheter, samt närvaron av externa alternativ inom sjukvården, beslutade regeringen år 2007 att tillsätta en utredning, *Frittvalutredningen*, för att undersöka förutsättningarna för ökad valfrihet inom vård, omsorg och service. Resultatet presenterades i LOV att välja – Lag om valfrihetssystem (SOU 2008:15) där utredningen föreslog att en ny lag skulle införas. Mot bakgrund av utredningens förslag överlämnade regeringen år 2008 propositionen Lag om valfrihetssystem (prop. 2008/09:29) och den första januari 2009 trädde lag (2008:962) om valfrihetssystem i kraft. Genom LOV önskade regeringen tydliggöra rättsläget och underlätta för kommuner och landsting som vill öka valfriheten inom sina verksamheter (Winblad et al 2014). Till skillnad från primärvården, där valfrihetssystemen är obligatoriska för alla landsting och regioner är det fortfarande frivilligt för kommuner och landsting om man vill införa valfrihetssystem inom äldreomsorg och specialistsjukvård (Anell 2012).

Inom ramen för ett valfrihetssystem enligt LOV ska landstingen och utförarna teckna skriftliga avtal. För att få teckna avtal med landstingen krävs emellertid att utförarna uppfyller ett antal krav vilka anges i förfrågningsunderlaget. När en ansökande vårdgivare redogjort för hur denne avser att leva upp till de ställda kraven, tar landstinget ställning till huruvida ansökan ska godkännas eller ej. Enligt lagen ska alla vårdgivare som godkänns i denna process tilldelas ett avtal och får därmed verka i landstingen. På så sätt skiljer sig LOV från LOU, då det vid LOU-upphandlingar är landstinget som avgör hur *många* vårdgivare som ska etablera sig. I ett LOV-system är etableringen istället fri, vilket gör att landstinget inte kan begränsa antalet vårdgivare. Samtidigt kan man inte garantera att några externa vårdgivare kommer att etablera sig överhuvudtaget.

Alliansregeringen har under åren 2006–2014 haft en tydlig ambition att utöka valfrihetssystemen till specialistvården. Redan år 2012 tillsatte man en så kallad valfrihetssamordnare som skulle ansvara för regeringens stödinsatser och vara landstingen behjälpliga i införandet av valfrihet. Två år senare kan man konstatera att utvecklingen har gått långsammare inom specialistsjukvården än inom andra områden. Av 21 landsting och regioner i landet, tillämpar endast nio landsting valfrihetssystem enligt lagstiftningen². I huvudsak är dessa koncentrerade till ett fåtal landsting. Över 80 procent av antalet specialistvårdvalsavtal är koncentrerade till Stockholms län, Uppsala län och region Skåne. I övriga landet har utvecklingen varit långsammare. De resterande sex landsting som infört vårdval har gjort det för något enstaka område, där medicinsk fotvård är det vanligaste området.

Denna utveckling kan delvis förklaras av de skilda förutsättningar man har i olika delar av landet. Ett litet patientunderlag ger dels sämre möjligheter för nya aktörer att nå en tillräcklig omsättning, dels är det tänkbart att landsting agerar med försiktighet för att behålla det patientunderlag man själv behöver. Men etableringen är också en ideologisk fråga. Utvecklingen går snabbare i landsting med en

² Vid tiden för datainsamling (februari 2014)

borgerlig majoritet, där det också finns uttalade mål att implementera valfrihetssystem. Flera landsting har pågående utredningar om införande av valfrihetssystem, för flera tjänster inom specialistvården (Anell 2012).

Hur styr landstingen verksamheten genom avtalen?

Specialistvård är snarare ett samlingsbegrepp för flera olika typer av tjänster än en specifik tjänstetyp. Behovet av vad avtalen ska innehålla är därför i hög grad skilda. För respektive specialistvårdstjänst gäller framför allt i förfrågningsunderlaget stipulera tjänstens innehåll, samt att ange vilka krav som ställs för just denna specifika vårdtjänst. Att avgränsa och beskriva en vårdtjänst i ett avtal medför emellertid vissa svårigheter. I likhet med all kontraktering kan beställaren inte i detalj bestämma alla tänkbara aktiviteter hos vårdgivaren. Man kan heller inte skriva ut alla tänkbara situationer eller utfall som vårdgivaren kommer att ställas inför. Den typen av hård styrning är ofta varken önskvärd, eller praktiskt möjlig. Man brukar därför i sammanhanget omnämna utkontraktering av tjänster som ofullständig (Hart 1995). Ett kontrakt kan således aldrig vara fullständigt och fullödigt. Istället bör ett kontrakt innehålla incitament för en vårdgivare att göra det som det beställande landstinget vill. Det är viktigt att båda parter är överens om vad som ska göras, och att misstolkningar av uppdraget undviks så långt som möjligt.

Förfrågningsunderlagen³ bör i ett valfrihetssystem enligt LOV ses som landstingens främsta verktyg att styra verksamheterna. Här ställs krav på vårdgivarnas åtaganden, samt klargörs hur ersättning ska betalas ut. I praktiken är det förfrågningsunderlaget som är avtalsgrundande i upphandlingar med LOV, eftersom alla som godkänns enligt kraven i förfrågningsunderlagen också är berättigade att sluta avtal. Alla vårdgivare som utför samma tjänst har således likadana avtal med det beställande landstinget.

De potentiella vårdgivare som ansöker om att få vara verksamma inom ett specialistvårdval måste leva upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlaget eftersom de är avtalsgrundande. Det har också varit den politiska intentionen för systemet att skapa en neutral konkurrens (Proposition 2008/09:29). Landstingen har enligt 3 kap. 19 § kommunallagen (1991:900) ett uppföljningsansvar för drift av hälso- och sjukvård som utförs i såväl egen som extern regi. Om bristande vårdkvalitet observeras inom verksamheterna som drivs i extern drift är det inte möjligt för landstingen att direkt förändra rutiner och arbetssätt på samma sätt som man kan göra inom verksamheter som drivs i egen regi. Istället är den viktigaste legala påverkansmöjligheten att utgå från det avtal som upprättats mellan landstingen och den externa entreprenören för att se om vårdgivaren har brutit mot något av de krav som upprättats däri (Winblad et al. 2014). Det är också i förfrågningsunderlaget som landstingen kan avtala vilka brister som kan leda till eventuella sanktioner.

Landstingen har stor handlingsfrihet gällande vilka krav som ska ingå i förfrågningsunderlagen. I propositionen beskrivs det att eftersom tjänsternas art och

³ Förfrågningsunderlagen kallas ibland också *regelböcker*, *avtal*, eller *ackrediteringsvillkor*.

omfattning varierar är det inte möjligt att i LOV ange vilka krav landstingen ska ställa på respektive tjänst. Det är inte möjligt att ställa andra krav på vårdgivarna än de som angetts i förfrågningsunderlaget. En beställare måste därför på något sätt kunna avgöra huruvida vårdtjänsten är utförd på det sätt man kommit överens om eller ej. För att kraven som ställs på vårdgivaren ska kunna kontrolleras i landstingets uppföljningsarbete är det viktigt att kraven skrivs tydligt och med litet utrymme för misstolkningar. En tydlig beskrivning av vad vårdgivaren ska leverera i utbyte mot en viss ersättning, motarbetar också problemet med så kallade indikationsglidningar, det vill säga att vårdgivaren inte levererar det som krävs i relation till ersättningen. Landstingen ställs här inför en svår avvägning, då alltför hårda krav riskerar att likforma verksamheterna och hindra vårdgivarnas egna möjligheter att forma och utveckla verksamheten som man själv önskar. Det blir därför viktigt för landstingen att hitta en balans mellan tydliga konkreta krav och mer vaga krav som ger utrymme för innovation och mångfald (Holmström 1989). För att motverka ett alltför detaljstyrt system anses krav som ställs på resultat vara ett fördelaktigt tillvägagångssätt (Stolt et al 2011, Winblad et al 2014). Genom att ställa krav på vad vårdgivaren ska uppnå, och inte hur processen att nå dit ser ut, anses vårdgivarna få ett större handlingsutrymme.

Skilda förutsättningar vid skapande av specialistvårdval

Som nämnts tidigare är specialistvården av mycket varierad karaktär, inte minst eftersom landstingens och regionernas organisation av vårdproduktionen ser så olika ut. Förutsättningarna för att skapa valfrihetssystem av avgränsade specialistvårdsområden beror inledningsvis på hur landstinget organiserar den redan befintliga vårdproduktionen. Till skillnad från primärvården, där valfrihetssystemen är obligatoriska för alla landsting och regioner konkurrerar vårdgivare inom specialistvården om ett mindre och begränsat patientunderlag. I regel är det alltså vårdsökande patienter – snarare än hela befolkningen – som väljer vårdgivare inom specialistvården. Detta har en potentiellt negativ effekt på etableringen av nya vårdgivare, då en osäkerhet råder om hur stort patientunderlaget blir. De externa utförarna av specialistvård är särskilt beroende av patientunderlaget inom sin specialitet, eftersom det bara är dessa patienter de får ersättning för. Variationen av områden inom specialistsjukvården är också mycket stor. Vissa områden är mycket smala, och utbudet av specialistläkare inom fältet kan vara litet. Andra områden är mer allmänna och riktar sig till en större grupp patienter. Det är därför inte bara patientunderlaget som kan vara osäkert, utan även personalunderlaget.

Även för patienten själv finns vissa begränsningar av valfriheten inom specialistvården, jämfört med primärvården. Den tid och möjlighet som specialistvårdspatienten har till förfogande att välja vårdgivare är begränsad, eftersom den oftast redan är remitterad. En primärvårdspatient kan välja vårdgivare även när den är frisk, och kan dessutom välja bort en vårdcentral som vederbörande inte är nöjd med. Specialistvårdspatienten använder sällan en vårdinsats upprepade gånger eller under en särskilt lång period. Det ger patienten begränsade möjligheter att välja bort en vårdgivare som han eller hon är missnöjd med. Valfriheten inom specialistvården är således mer begränsad, varför den kvalitetsstyrande funktionen av byte (så kallad exit, se Hirschman 1970) inte är densamma som inom primärvården. Samtidigt kan det faktum att de personliga kostnaderna att välja fel

vårdgivare inom specialistvården är högre, öka patientens motivation att söka information om vårdgivares kvalitet (Anell 2014).

Att införa ett valfrihetssystem för en så komplex sektor som specialistsjukvården innebär därför stora utmaningar och skiljer sig på flera sätt från ett valfrihetssystem för primärvård eller äldreomsorg. Att patienterna inte har samma möjlighet att påverka kvaliteten inom specialistvården genom sina val gör landstingens egna uppföljningar av verksamheten extra angelägna. Denna rapport kommer att behandla avtalsstyrningen av vårdgivare inom ett valfrihetssystem för specialistvård, och tar sin utgångspunkt i de ovan beskrivna utmaningarna. Framförallt undersöks hur väl landstingen lyckas formulera sina krav i förfrågningsunderlagen, som ligger till grund för uppföljningen av verksamheten.

Syfte och frågeställningar

I rapporten genomförs en kartläggning över landstingens arbete med vårdval inom specialistsjukvården med särskilt fokus på hur landstingen ställer krav på de vårdtjänster de kontrakterar. Rapportens syfte är att kartlägga hur landstingen utformar sina avtal med de externa utförarna inom specialistsjukvård, samt hur man anser att kvalitetsuppföljningen utifrån avtalen fungerar.

Projektet har följande frågeställningar:

- 1) Vilka krav ställs på tjänsten?
 - a) Vilka områden berör kraven?
 - b) Avser de struktur-, process-, eller resultat kvalitet?
 - c) I vilken utsträckning innehåller de sanktionsmöjligheter?
 - d) I vilken utsträckning kopplar kraven till riktlinjer?
 - e) Förekommer krav i avtalen som hindrar indikationsglidning?
 - f) Är kraven som ställs av landstingen skrivna på ett sådant sätt att de är möjliga att följa upp? Hur pass god är i så fall uppföljningsbarheten?

- 2) Vilka hinder och möjligheter finns det för landstingen att styra kvaliteten i verksamheten genom avtalen?
 - a) Hur ser politiker och tjänstemän på kravens roll i ett förfrågningsunderlag? Fyller vaga krav en funktion eller strävar man efter mer ”hårt” formulerade krav?
 - b) Används avtalen vid uppföljning? I så fall, hur?
 - c) Hur nöjd är man med avtalen som grund för uppföljning? Vill man hellre förlita sig på andra metoder? I så fall, vilka?
 - d) Varierar styrningsmöjligheten (via avtal) mellan olika specialistområden?

Sammantaget ger rapporten en utförlig bild av hur landstingen styr sina externa utförare genom de upprättade avtalen. Studiens bidrag ligger dels i att den skapar tydlighet kring de krav som ställs, dels att den visar vilka förutsättningar avtalen skapar för landstingens uppföljning av verksamheten. Studien ger också en möjlighet att uttala sig om huruvida landstingets målsättningar är uppfyllda eller inte.

Metod

Denna rapport har som huvudsakligt syfte att studera hur svenska landsting utformar avtal med externa vårdgivare av specialistvård och hur man anser att det går att följa upp kvaliteten på basis av avtalen. Studien består av tre delar. I den första delen analyseras vilka krav som formuleras i förfrågningsunderlagen och om de är tydliga och uppföljningsbara. I den andra delen undersöks vilka andra verktyg, förutom de explicita kraven, som landstingen använder för att styra verksamhetens kvalitet, exempelvis nationella riktlinjer och olika former av sanktioner. Materialet i de första två delarna består av förfrågningsunderlagen från de totalt nio landsting som infört vårdval inom specialistsjukvården.

I den tredje delen av studien görs intervjuer med tjänstemän och politiker i landstingen i syfte att få en fördjupad bild av hur man uppfattar att styrningen genom avtalen fungerar. Ger uppföljningen av avtalen tillräcklig information om utförarnas kvalitet, och vad ser man som de främsta förtjänsterna och bristerna med modellen? Materialet i denna del består av transkriberade intervjuer från nio intervjutillfällen (totalt fyra tjänstemän och sex landstingspolitiker), alla med centrala roller för arbetet med valfrihetssystem inom specialistsjukvården⁴

I följande avsnitt beskrivs mer utförligt vad materialet består av, hur urvalet gått till, samt vilka analyser som gjorts i studien.

Textmaterialet som har använts för att besvara merparten av rapportens frågeställningar består av ett urval av 16 förfrågningsunderlag från de totalt nio landsting som infört vårdval inom specialistvården. En avgränsning har gjorts till att enbart studera innehållet i förfrågningsunderlaget, och inte relatera det till respektive ersättningssystem. Självklart är ersättningssystem en ytterst central del i styrningen av sjukvården. Ersättningsystemen i specialistvårdvalen har emellertid redan studerats av Anell (2014).

⁴ En fullständig lista över intervjupersonerna finns tillgänglig hos rapportförfattarna.

På grund av specialistsjukvårdens varierande karaktär har urvalet för studien gjorts utifrån tre huvudprinciper:

- **Tjänstetyp:** vi har i urvalet eftersträvat variation av vilken sorts tjänst som kontrakterats (exempelvis kataraktoperationer, eller psykoterapi). Alla typer av tjänster har emellertid inte kunnat inkluderas, framför allt till följd av att ett landsting (Stockholm) har lika många specialistvårdval som alla andra landsting har tillsammans.
- **Representation:** Vid tidpunkten för materialinsamlingen (februari 2014) fanns sammanlagt 46 vårdval för specialistvård i Sverige, infört av 9 landsting. Samtliga landsting som infört vårdval är representerade. Tre landsting har infört flera olika specialistvårdval, varför dessa landsting har fler vårdval representerade i materialet.
- **Tjänstbredd.** Här avses om vårdtjänsten är en avgränsad insats, eller om det är en längre vårdprocess. Vissa av tjänsterna, exempelvis en knäoperation, innefattar en specifik insats, där behandlingstiden är förväntat kort. För andra tjänster, exempelvis psykoterapi, är det mer öppet när en patient kan anses vara slutbehandlad. Detta är en kvalitativ avvägning, som inte är utan svårigheter. Vi har i urvalet därför försökt att återge en jämn fördelning av tjänster, med olika bredd och omfattning.

Vi har också, där det har varit möjligt, försökt att jämföra samma typer av förfrågningsunderlag. Där flera landsting har infört vårdval inom likartade vårdtjänster inkluderas minst två, för att belysa skillnader i förfrågningsunderlag för likartade tjänster. I materialet har vi uteslutit förfrågningsunderlag som inte rör klassiska specialistvårdsområden såsom audionom-mottagningar, perukutprovning och vissa tilläggstjänster. Nedan följer de 16 förfrågningsunderlag som inkluderats i studien:

Tabell 1. Urval för analyser av förfrågningsunderlag

Landsting	Tjänst
Halland	Psykiatri för vuxna
Jämtland	Medicinsk fotvård
Jönköping	Ögonsjukvård
Kronoberg	Hudsjukvård i öppenvård
Skåne	Läkemedelsassisterad rehab vid opiatberoende (LARO)
Skåne	Operation grå starr
Stockholm	Barn och ungdomsmedicinsk öppenvård
Stockholm	Förlossningsheter
Stockholm	Specialiserad neurologi i öppenvård
Stockholm	Ortopedi och handkirurgi
Stockholm	Höft- och knäprotesoperationer
Uppsala	Gynekologi
Uppsala	Psykiatri
Uppsala	Höft- och knäprotesoperationer
Västmanland	Fotvård
Östergötland	Obesitaskirurgi

Som synes av urvalet är vissa landsting representerade med flera vårdtjänster, framför allt är Stockholms läns landsting utmärkande med fem specialistvårdval. Att Stockholm är överrepresenterat i materialet beror på att Stockholm till antalet har nästan lika många vårdval inom specialistområdet som övriga landet har tillsammans.

I studien samlades förfrågningsunderlag med tillhörande bilagor in via respektive landstings hemsida. Totalt innehåller de 16 förfrågningsunderlag drygt 3530 kravsatser, samt drygt 400 meningar som markerats för särskilda egenskaper enligt ovan.

Kravsatserna i förfrågningsunderlagen har kategoriserats (frågeställning 1a), samt klassificerats för vilken typ av kvalitet kraven uttrycker (struktur, process eller resultat, frågeställning 1b). För att ta reda på vilka områden kraven rör gjordes en induktiv analys där relevanta kategorier skapades utifrån kraven i förfrågningsunderlagen. Frågeställning 1b undersöker vilken nivå kraven ligger på, och besvarades genom att analysera om kraven kan sägas reglera struktur-, process- eller resultat-kvalitet (se Donabedian 1980, 1988). För att undersöka detta gjordes en induktiv analys av kraven. För samtliga delfrågor i analyserna av förfrågningsunderlaget har deskriptiv statistisk analys använts. I frågeställning 1f undersöktes om kraven är uppföljningsbara, det vill säga om de är skrivna på ett sådant sätt att de är möjliga att följa upp. För att undersöka detta har begreppet

uppföljningsbarhet brutits ned och blir föremål för två olika typer av analyser. Dels gjordes en kvalitativ analys, dels två språkvetenskapliga kvantitativa analyser. För den kvalitativa analysen utvecklades en analysmodell baserad på tidigare forskning (se Almqvist 2001; Isaksson 2012). Utifrån modellen klassificerades kraven enligt följande: (i) ej uppföljningsbara, (ii) uppföljningsbara men inte mätbara samt (iii) uppföljningsbara och mätbara. De två första klassificeringarna – ej uppföljningsbart respektive uppföljningsbart – är krav där frågor om utfallet endast kan besvaras med ja eller nej. Endera är det uppfyllt, eller så är det inte det. Den tredje klassen, uppföljningsbara och mätbara, handlar om huruvida innehållet i kravet på något sätt går att kvantifiera eller skatta, exempelvis i syfte att jämföra i vilken utsträckning vårdgivare har uppnått ett satt mål, eller för att jämföra hur olika vårdgivare utfört samma åtagande.

De språkvetenskapliga analyserna utgår ifrån två språkvetenskapliga hypoteser: att (i) mer välspecificerade krav i högre grad är uppföljningsbara, samt att (ii) mer konkret skrivna kravsatser i högre grad är uppföljningsbara. De språkvetenskapliga analyserna behandlar hur verb i kravsatserna (exempelvis diagnostisera, medverka eller utföra), är bundna till kravsatsens övriga innehåll⁵. Två språkvetenskapliga kvantitativa analyser har genomförts utifrån hypoteserna, där den första analyserar hur kraven specificeras, den andra hur kraven konkretiseras. Specificering av krav har analyserats semantiskt, för vilka adverbial som använts i kravsatserna – tidsadverbial, rumsadverbial, gradadverbial, samt sättsadverbial⁶. Analysen avser om adverbialen endera stärker kraven (värde 1), eller om de är överksamma (värde 2).

Analysen av konkreta respektive abstrakta ord är i huvudsak gjord på predikativ och semantiska objekt i kravets efterled. Denna analys utgår ifrån om kraven kan sägas vara antingen konkreta eller abstrakta. Därefter kopplades de kvantitativa språkanalyserna till den mer kvalitativa analysen för uppföljningsbarhet, i syfte att klargöra om språkliga skillnader kan påverka uppföljningsbarheten. Genom att analysera samma material med olika metoder uppnås en triangulering, i syfte att stärka resultaten och ge en mer nyanserad bild av vad som avgör kravens uppföljningsbarhet.

Studiens andra del består av tre olika tematiska innehållsanalyser. Analyserna kartlägger hur man hanterar indikationsglidningar i förfrågningsunderlaget, hur skrivningarna ser ut om rörande sanktionering av oönskat beteende samt i hur hög grad man refererar till riktlinjer av olika slag i avtalen (frågeställningar 1c, 1d, 1e). Syftet med dessa är att kartlägga hur landstingen arbetar med dessa kvalitetssäkrande instrument och i hur hög utsträckning man formulerar detta i avtalen. I dessa tre innehållsanalyser är hela förfrågningsunderlagen analyserade, alltså även text som inte är formulerat som explicita krav. Metoden för var och en av dessa analyser finns vidare beskriven i respektive analys.

⁵ Teoretiskt ramverk återfinns i Halliday & Webster 2009; Karlsson, Holmberg & Nord 2011, Nord 2011, SAG 1999

⁶ I förekommande fall har även prepositionsattribut analyserats, eftersom det är svårt att avgöra skillnaden mellan attribut och adverbial för vissa av kravsatserna.

Rapportens tredje del utgörs av semistrukturerade intervjuer med politiska företrädare och tjänstemän från de tre landsting/regioner som har störst erfarenhet i landet av vårdval inom specialistvård. Intervjustudien avser att besvara frågeställningarna 2a–d. Från varje landsting/region intervjuades en politisk företrädare från majoriteten respektive en från oppositionen samt tjänstemän ansvariga för avtalsskrivning. Samtliga intervjuade landsting/regioner har borgerlig majoritet. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Därefter analyserades materialet gemensamt utifrån de teman som frågeställningarna 2a–d åsyftade, det vill säga hur man ser på vaga respektive hårda krav, i vilken utsträckning avtalen används vid uppföljning, hur nöjd man är med systemet samt om styrningsmöjligheten varierar mellan olika specialistvårdsområden.

Sammantaget ger avtals- och intervjustudien oss en bra bild av hur landstingen kontrakterar och följer upp kvaliteten inom specialistsjukvården inom ramen för vårdvalssystemet samt hur man anser att systemet fungerar.

Resultat

Resultatredovisningen i denna rapport består av tre delar (se metodkapitlet). I den första delen presenteras resultaten från analyserna av kravformuleringarna. I rapportens andra del kartläggs hur landstingen ställer krav på användandet av olika instrument för att garantera kvaliteten i vården. De instrument som undersöks är sanktioner, indikationer, och riktlinjer. Jämförelser görs här framförallt mellan olika tjänsteområden. Den tredje och sista analysen i rapporten redovisar resultaten från intervjustudien. I denna del kompletteras våra analyser med politikerna och tjänstemännens erfarenheter och upplevelser av vårdvalet. Efter resultatpresentationen följer en sammanställning av rapportens slutsatser, följt av en diskussion om landstingens möjligheter att styra vårdens kvalitet genom kontrakt.

Vilka områden ställs det krav på?

Rapportens första frågeställning handlar om vilka krav som landstingen ställer i sina förfrågningsunderlag för specialistvård. Som vi senare kommer att se i rapporten är beskrivningen av kravens innehåll även användbar för att analysera övriga frågeställningar och problemformuleringar. För att besvara frågan om vilka krav landstingen ställer har tematiska kategorier utformats utifrån innehållsförteckningar och underrubriker i samtliga förfrågningsunderlag för specialistvård. För att få en tydlig bild av vilka områden kraven rör och kunna dra slutsatser är det viktigt att antalet kategorier inte blir för många. Kategorierna behöver vara både uttömmande och ömsesidigt uteslutande. I utformandet av kategorierna har vi därför försökt att skapa lagom omfattande kategorier, som ämnesmässigt fångar in de analyserade kraven på ett lämpligt sätt. Därefter har samtliga krav i de 16 utvalda förfrågningsunderlagen kategoriserats. I tabellen nedan redovisas antalet krav för respektive kategori⁷.

⁷ Här bör det poängteras att antalet krav inte med nödvändighet återspeglar vad som fokuseras på i avtalet. Medan ett krav vara långt och inkludera flera meningar, kan ett annat krav säga lika mycket med färre ord. Vissa kravkategorier är även lättare att uttrycka kort och koncist än andra. Genom det omfattande materialet (ca 3500) krav kan emellertid analysen ge en fingervisning om vad och vilka områden som är att betrakta som mest väsentliga för landstingen.

Tabell 2. Tematisk kategorisering av kravsatser, utifrån vilket område de behandlar

Kravkategori	Antal	Procent
Journalhantering och IT-säkerhet	396	11,2 %
Medicinskt/kliniskt åtagande	395	11,2 %
Rapportering och registrering	349	9,9 %
Tillgänglighet	322	9,1 %
Samverkan med andra aktörer	294	8,3 %
Inventarier	236	6,7 %
Samverkan med landsting	209	5,9 %
Patientinformation och klagomålshantering	208	5,9 %
Omvårdnad	163	4,6 %
Läkemedel	141	4,0 %
Övrigt	141	4,0 %
Avtalet -brott, uppsägning, skadestånd	138	3,9 %
Kompetens	119	3,4 %
Miljö	107	3,0 %
Bemanning	102	2,9 %
Personalfrågor	98	2,8 %
Ledningssystem och avvikelshantering	60	1,7 %
Kostnadsansvar	59	1,7 %
Totalt	3537	100 %

Som tabellen visar har kraven grupperats i 18 kategorier, med 59-396 stycken krav i varje kategori. För de flesta kategorier är det uppenbart vilka typer av krav de innehåller. Vissa av kategorierna är emellertid inte helt självförklarande, varför vi inledningsvis belyser några kategorier mer utförligt. Kategorin *Journalhantering och IT-säkerhet* är tillsammans med *Medicinskt/kliniskt åtagande* samt *Rapportering och registrering* de större kategorierna.

Kategorin *Journalhantering och IT-säkerhet* är en bred kategori vars gemensamma nämnare är säkerhetsfrågor inom både journalhantering, personuppgiftshantering och säkerhet kring IT-system. I kategorin ingår även krav som ställs på säkerhetsrutiner för lokaler och utrustning. Kategorins bredd spelar naturligtvis roll för dess storlek (11,2 procent).

I kategorin *Medicinskt/kliniskt åtagande* (11,2 procent) hör krav som berör det specifika uppdraget för respektive specialistvårdstjänst.

Rapportering och registrering är en förväntat stor kategori (9,9 procent), som även i en tidigare studie av hemtjänsten (Winblad et al 2014) visade sig vara framträdande i materialet. Kategorin innehåller krav dels om den inrapportering till

landstinget som avkrävs utförarna, dels hur registrering av data ska gå till. Förklaringen till varför denna kategori är så framträdande i materialet ligger sannolikt i kontrakteringens natur – man ålägger någon annan att utföra ett uppdrag som man själv har ansvar för, varför landstinget måste kunna kontrollera att uppdraget utförs som planerat. Utan att ange någon inbördes ordning av de kravkategorier som analyserats, vill vi framhålla vikten av *Rapportering och registrering* som särskilt viktig ur styrnings- och uppföljningsbarhetssynpunkt. För att kunna upprätthålla landstingets ansvar för sjukvårdens kvalitet, måste landstinget kunna inhämta information om verksamheten. Resultatet pekar på att rapportering och registrering också betraktas som högt prioriterad av landstingen.

Kategorin *Tillgänglighet* (9,1 procent) inkluderar ett relativt brett spektra av tillgänglighetskrav. Främst gäller det geografisk tillgänglighet för medborgare, jämlikhetsaspekter, anpassning för funktionsnedsättning, mottagningstider och telefontider. Hit hör också regleringar av när och hur tolk ska anlitas. *Samverkan med andra aktörer* behandlar i huvudsak relationen till utbildningssätena, samt krav om samarbete med intresseorganisationer.

Kategorin *Patientinformation* och klagomålshantering (5,9 procent) innehåller krav som rör information i det patientnära arbetet, men även marknadsföring och information till patienter och allmänhet. Det handlar dels om kommunikation till patienterna, dels om formerna för hur man tar tillvara patienters önskemål eller klagomål. Ett närliggande begrepp som ofta används i de formulerade kraven är patientcentrering. Kategorin är emellertid något mer omfattande än att enbart inkludera patientens roll och uppfattningar, då den även innehåller regler för marknadsföring, anhörigstöd, samt krav om information till patienterna om patientombud, vårdgaranti och vårdvalet.

Kategorin *Övrigt* (4 procent) är en förhållandevis liten kategori, i vilken de krav som inte passade i någon av de övriga kategorierna grupperades. I flera fall är kraven i *Övrigt*-kategorin så pass allmänt hållna att de inte kan härledas till någon avgränsad aspekt av tjänsten, utan rör hela utförandet av hela verksamheten, exempelvis:

Vårdenheten ska följa tillämpliga lagar, författningar, samt riktlinjer och föreskrifter.

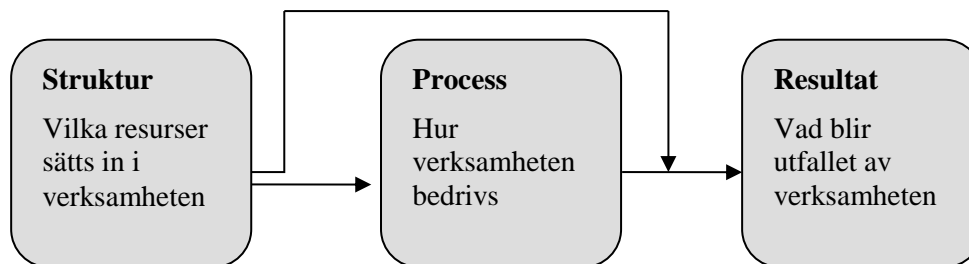
De minsta kategorierna sett till antalet krav är *Kostnadsansvar* (1,7 procent) och *Ledningssystem och avvikelsehantering* (1,7 procent).

Kategoriseringen av kraven utgör som tidigare nämnts en grund för vidare statistiska analyser av materialet som redovisas i följande kapitel. I Appendix 1 belyser vi vilka kategorier av krav som återfinns i förfrågningsunderlagen för olika typer av vårdtjänster, till exempel för psykiatri, ögonsjukvård eller fotvård. I Appendix 1 anges också förfrågningsunderlagens längd räknat i antal krav. Att förfrågningsunderlagen är olika långa kan delvis förklaras av vårdtjänsternas olika karaktär. Det finns exempelvis inte samma behov av strukturer för rapportering eller IT-säkerhet inom medicinsk fotvård som för de mer avancerade vårdtjänsterna.

Resultatet visar även att de mindre omfattande förfrågningsunderlagen har färre krav inom respektive kravkategori (se Appendix 1). Däremot förklarar inte detta att det för några vårdtjänster i vissa landsting, till exempel för fotvård och psykoterapi för vuxna, inte förekommer några krav alls inom vissa av kategorierna (se Appendix 1). I fyra av de 16 analyserade förfrågningsunderlagen saknas exempelvis krav på läkemedelsanvändningen i verksamheten, eller hur läkemedel ska förvaras eller avyttras. I ytterligare ett antal förfrågningsunderlag är läkemedelskraven mycket få, medan andra landsting ställer uppemot 50-talet krav inom den kategorin. Andra kategorier där resultatet visar på stora skillnader mellan tjänsterna, är *Patientinformation och Klagomålshantering*, samt *Journalhantering* och *IT-säkerhet*. För dessa kategorier är det emellertid svårare att dra några generella slutsatser.

Sammanfattningsvis visar analysen att förfrågningsunderlagen är olika omfattande, beroende på komplexiteten hos tjänsten och i någon mån också beroende på hur respektive landsting valt att formulera sina förfrågningsunderlag. Vissa av kravkategorierna innehåller emellertid krav som borde vara relevanta för alla hälso- och sjukvårdstjänster, exempelvis krav om läkemedelshantering och klagomålshantering. Inom dessa kategorier ser vi emellertid stora skillnader i hur landstingen ställer krav, vilket inte borde vara fallet.

Vilken typ av kvalitet ställs det krav på?

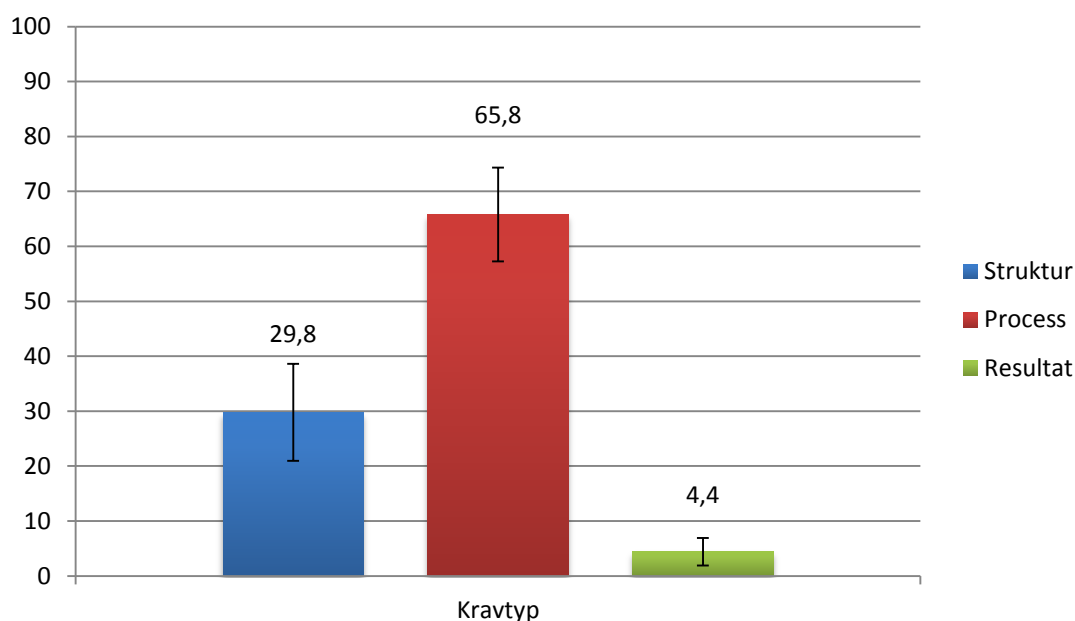


Figur 1. Olika kvalitetstyper för krav, efter Avis Donabedians modell (1980)

I följande avsnitt redovisas kartläggningen av vilka kvalitetskrav landstingen ställer. Analysen besvarar frågeställning 1b om kraven avser struktur- process eller resultatkrav. Med teoretisk utgångspunkt från Avis Donabedians (1980, 1988) modell delas kraven upp i dimensionerna struktur-, process- och resultatkrav. Struktur-dimensionen rör sådant som handlar om vilka resurser som sätts in i verksamheten i form av exempelvis lokaler, sjukvårdsutrustning och personalens utbildning. Den andra kvalitetsdimensionen, process, handlar om det faktiska arbetet som görs inom organisationen, det vill säga hur vården utförs i praktiken och vilka rutiner som förekommer. Slutligen behandlar resultat-dimensionen utfallet av den bedrivna verksamheten där patientnöjdhet och god hälsa är typiska exempel. Tanken är att det finns ett samband mellan de tre kvalitetsdimensionerna där god strukturell kvalitet förväntas öka förutsättningarna för utvecklandet av goda vårdprocesser vilket i sin tur förväntas leda till goda resultat, se figuren nedan. Genom att undersöka vilken typ av kvalitet som kraven behandlar får vi en uppfattning om vilken dimension av verksamheten som landstingen önskar att styra. Det mest fördelaktiga sättet för den upphandlande myndigheten att styra kvaliteten, utan att inskränka utförarnas möjlighet att organisera verksamheten såsom man önskar, är att använda resultatmått. Genom att ställa krav på vilka resultat vårdgivarna ska uppnå överläter man till vårdgivarna själva att utveckla det mest effektiva sättet att nå målet (Donabedan 1988, Isaksson 2012). Resultatkrav inom specialistsjukvård, liksom all vård och omsorg, är emellertid svåra att konkretisera. Vad är ett gott kliniskt resultat? Ska detta mätas när vårdinsatsen är avslutad eller vid senare tillfälle? Hur fungerar det i vården för kroniskt sjuka? Och om patienten blir frisk – är det enbart ett resultat av god vård eller spelar andra omständigheter in?

Processkrav är oftast enklare att formulera då de anger arbetssätt och rutiner för personalens arbete. Men att försöka styra vårdens processer kan å andra sidan inskränka professionens autonomi, något som kanske är särskilt ofördelaktigt i högspecialiserade områden där landstingets tjänstemän inte har tillräcklig insyn eller kompetens för att avgöra hur vården bör utföras. I ett valfrihetssystem likformar dessutom en tydlig processtyrning verksamheterna, vilket ger färre valmöjligheter för patienterna. I en tidigare rapport (Winblad et al 2014) där samma fråga undersöktes i hemtjänstens valfrihetssystem, framkom en dominans av processkrav, samt en mycket liten andel resultatkrav.

Utifrån de 16 analyserade förfrågningsunderlagen inom specialistsjukvården kategoriserades de drygt 3500 kraven enligt följande:



Figur 2. Kravtyperna struktur, process och resultat angivna i procent.

Resultatet av analysen visar på en tydlig övervikt av processkrav och en liten andel krav på resultatnivå. 65,8 procent av kraven (2328 stycken) kategoriseras som process, 29,8 procent (1054 stycken) som struktur medan endast 4,4 procent av kraven (155 stycken) rör resultatet av vården. I figuren ovan illustreras också hur stor spridning som förekommer mellan förfrågningsunderlagen inom varje kravtyp, det vill säga i hur hög grad de avviker från medelvärdet. Värt att notera är att den största spridningen återfinns bland strukturkraven.

Processkraven är så pass många att de dominerar de flesta kategorier. De är dock allra vanligast förekommande i kategorierna för *Rapportering och registrering* (89 procent), *Medicinskt/ kliniskt åtagande* (73 procent) och *Journalhantering och IT-säkerhet* (73 procent). Undantag är de kategorier som särskilt tydligt rör strukturkrav såsom *bemannning*, *inventarier*, och *tillgänglighet*. Resultatkraven hamnar främst i kategorierna *Omvårdnad* (24 procent) och *Medicinskt/kliniskt åtagande* (11 procent).

Man skulle kunna förvänta sig att resultatkrav och strukturkrav i högre grad används i de specialistområden som rör enklare ingrepp såsom kataraktoperation eller fotvård och att mer kliniskt komplicerade åtaganden skulle innehålla en högre grad av processtyrning. Inga sådana mönster kan dock urskiljas utifrån materialet. Bland de fyra förfrågningsunderlag som har störst andel processkrav förekommer både enklare uppdrag som fotvård, högspecialiserade insatser som höft- och knäprotesoperationer samt mer ”mjuka” uppdrag som LARO (Läke-medelsassisterad rehab för opiatberoende). Vårdtjänster som förekommer flera gånger i materialet skiljer sig också åt med avseende på den typ av kvalitetskrav som används. Förfrågningsunderlagen för medicinsk fotvård ser exempelvis olika

ut i två olika landsting. I det ena fallet var 74 procent av kraven på processnivå och 23 procent på strukturnivå. I det andra landstinget var 48 procent processkrav och 48 procent strukturkrav.

I stora drag överensstämmer resultaten i denna analys med en tidigare gjord studie i hemtjänsten som också visade på en dominans av processkrav och en låg andel resultatkrav (Winblad et al. 2014). Typen av krav är dock något mer jämnt fördelade i specialistsjukvårdens förfrågningsunderlag än i hemtjänstens. Specialistsjukvårdens förfrågningsunderlag har en högre andel struktur- och resultatkrav än hemtjänsten. En anledning till att andelen strukturkrav är högre inom specialistsjukvården än i hemtjänsten kan bero på att man från ledningshåll ser ett större behov av att ge utrymme åt professionerna att utforma verksamheten och att man inte vill styra deras arbete i detalj (dvs. genom processkrav). Kanske är det också lättare att ställa krav på strukturer och resultat i specialistsjukvården, då kompetens, sjukvårdsutrustning och dylika konkreta områden tar större plats inom denna verksamhet än den gör inom hemtjänsten.

Även om det kan anses effektivt att styra genom resultatkrav, bör det tilläggas att resultatkrav inte är en garanti för att kraven är ändamålsenliga. Analysen visar att många av de krav som rör resultat i praktiken är vagt utformade och rör frågor som patientens egna upplevelser, ex: ”Verksamheten ska kännetecknas av god tillgänglighet, vård av hög kvalitet, effektivitet, kontinuitet, professionellt bemötande och trygghet samt bra service med korta väntetider och goda kontakter med samarbetspartners.” Dessa krav är svåra för vårdgivaren att försöka uppfylla men också svåra att följa upp. Att enbart bedöma kravformuleringars funktion efter vilken typ av kvalitet som eftersträvas – struktur, process, eller kvalitet – blir således en alltför snäv analys. I nästa avsnitt kommer vi att göra en mer avancerad analys där vi även undersöker hur uppföljningsbara kraven är.

Hur uppföljningsbara är kraven?

Landstingen har ansvar för kvaliteten på sina verksamheter även när vårdtjänsterna utkontrakterats eller ingår i ett vårdvalsystem. Det är därför viktigt för landstingen att hitta former och bygga en struktur för att kunna följa upp de externa utförarnas verksamhet. Förfrågningsunderlagen och det efterföljande avtalet spelar här en viktig roll som utgångspunkt vid uppföljningen. Kraven som ställs i avtalet blir den yttersta garanten för att verksamheterna håller den önskade kvaliteten. Det blir därför viktigt att kraven är formulerade på ett sådant sätt att landstingen kan slå fast huruvida de är uppfyllda eller inte, eller till vilken grad de är uppfyllda.

Det föreligger dock en inneboende motsättning som kan återknytas till de mål som ett vårdvalssystem förväntas uppfylla. Intentionerna med att införa vårdval handlar delvis om att skapa en mångfald av utförare på en konkurrensutsatt marknad. Alltför detaljerade och svåruppnådda krav kan potentiellt skrämja bort nya aktörer och därmed minska förutsättningarna för mångfald. Alltför styrande avtal lämnar dessutom mindre utrymme för utförarna till att profilera sig, vilket kan hämma innovationskraften (se exempelvis Holmström 1989). Här behöver landstingen göra en avvägning. Å ena sidan behöver landstingen tydlig inblick i verksamheten och tydliga möjligheter att följa upp kvaliteten i vården. Å andra sidan behöver de

kontrakterade utförarna frihet att utforma sin verksamhet som de vill i syfte att åstadkomma förnyelse. Ett problem med alltför vagt skrivna krav, som lämnar stort utrymme för utförarnas eget handlingsutrymme, å andra sidan, är att de är svåra att följa upp och därmed försvårar landstingens kvalitetsstyrning. I det följande kapitlet kommer vi att analysera hur pass uppföljningsbara kraven i avtalen är, samt till vilken grad kraven är utformade som mätbara. Resultatredovisningen illustreras av citat från de politiker och tjänstemän som intervjuats.

Graden av uppföljningsbarhet analyserades med hjälp av en modell som ursprungligen utvecklats av Almqvist (2001) men som har vidareutvecklats och använts i studier av Isaksson (2012) och Winblad et al (2014).

Vagt formulerade krav kategoriseras i analysen som *Ej uppföljningsbara*, och innebär att det inte går att avgöra huruvida ett krav är uppfyllt eller ej. Krav som kategoriseras som *ej uppföljningsbara* är ofta krav som rör målsättningar eller värdegrunder, eller krav som kan bedömas främst utifrån patientens perspektiv, vilket är svårt för landstinget att följa upp. Ett typiskt exempel på ett *ej uppföljningsbart* krav är:

Vårdgivaren ska genom regelbunden aktiv uppföljning av den egna verksamheten förbättra sin läkemedelsanvändning.

I detta krav står enbart att man ska förbättra sin läkemedelsuppföljning – inte till vilken grad eller på vilket sätt detta ska göras. En ”regelbunden aktiv uppföljning” kan också innebära många olika saker, och det blir således svårt för landstinget att följa upp detta krav.

De krav som klassas som *Uppföljningsbara* är dikotoma på det sätt att endast två situationer är möjliga, antingen är de uppfyllda eller så är de det inte. Exempel på detta är:

Vårdgivare som bedriver eget närlaboratorium ska ha ackrediterat detta hos Swedac.

Den sista kategorin, benämns *Uppföljningsbara och mätbara krav*. Krav som hamnar i denna kategori går att kvantifiera. Kravens skrivelser kan dock vara mer eller mindre konkreta. Ett vagt exempel på ett mätbart krav är:

Rapportering till beställare ska ske minst 1 gång om året.

Detta krav är mätbart på så sätt att det finns en lägsta-nivå att utgå från, men det säger inte mycket mer. Exempel på mer konkreta mätbara krav är:

Fotvårdare ska ha minst två (2) års erfarenhet inom yrket baserat på minst halvtidsarbete efter avslutad grundutbildning.

De tre kategorierna fungerar som en slags skala på uppföljningsbarhet. *Ej uppföljningsbara krav* ges värdet 1, *Uppföljningsbara men ej mätbara krav* ges värdet 2, och *Uppföljningsbara och mätbara krav* ges värdet 3. Genom att räkna ut ett medelvärde kommer ett mått på uppföljningsbarhet att ges. Kategoriseringen är inte helt enkel och viss subjektiv bedömning är ofrånkomlig i analysen. Det kan

också vara svårt att avgöra i de olika specialistvårdsområdena vad som kan anses vara mätbart. Något som för en icke-kliniskt verksam tycks vara ett vagt krav kan anses vara en mätbar indikator för professionen, och vice versa. För att läsaren ska kunna följa med i tolkningarna ges i texten ett flertal exempel. Resultaten av analysen kan sammanfattas enligt följande tabell:

Tabell 3. Uppföljningsbarhet hos krav, antal och procent

Uppföljningsbarhet	Antal krav	Procent
1	871	24,6 %
2	2494	70,5 %
3	172	4,9 %
Totalt	3537	100 %

Som vi ser är en majoritet av kraven uppföljningsbara, men inte mätbara (70,5 procent). Jämför man dessa siffror med hemtjänstområdet ger specialistsjukvården intrycket av att vara lättare att följa upp. I analysen av hemtjänsten från 2013 framkom att endast 44 procent var uppföljningsbara men inte mätbara. Att resultatet skiljer sig mellan välfärdsområdena beror sannolikt på svårigheten att mäta omsorg.

Tabell 4. Uppföljningsbarhetsindex, sorterat efter kategorier

Kategori	Antal krav	Uppföljningsbarhetsindex
Rapportering och registrering	349	1,97
Kostnadsansvar	59	1,95
Bemannning	102	1,94
Kompetens	119	1,92
Medicinskt/kliniskt åtagande	395	1,87
Miljö	107	1,86
Journalhantering och IT-säkerhet	396	1,85
Läkemedel	141	1,84
Avtalet – brott, uppsägning, skadestånd	138	1,84
Samverkan med landsting	209	1,82
Inventarier	236	1,81
Samverkan med andra aktörer	294	1,78
Patientinformation och klagomålshantering	208	1,76
Tillgänglighet	322	1,75
Ledningssystem och avvikelshantering	60	1,67
Personalfrågor	98	1,66
Omvårdnad	163	1,21
Övrigt	141	1,68
TOTALT	3537	

I tabell 4 tydliggörs vilka kategorier av krav som i högre grad är möjliga att följa upp. Överlag har kategorierna ungefär samma värden, de flesta placerar in sig någonstans mellan ett värde på 1,65 till 1,90 på uppföljningsbarhetsindexet. Kategorin *Omvårdnad* sticker dock ut. Denna kategori har ett lägre värde vilket indikerar att det är svårare att formulera uppföljningsbara krav kring detta område. Ett typiskt exempel på ett omvårdnadskrav är:

Patienten och dennes närstående ska ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omtanke och respekt.

Denna typ av krav är sällan möjliga att följa upp då det i många av fallen bara är patienten själv som kan uppskatta om kravet är uppfyllt eller inte. Studerar man tabell 4 närmare ser man att de kategorier med lägst värden i stor utsträckning är de kategorier som rör patientnära verksamhetsområden såsom *patientinformation*, *personalfrågor* och *tillgänglighet*. De kategorier som i högre grad är uppföljningsbara är inte så förvånande formaliserade områden såsom *Rapportering och registrering*, *Kostnadsansvar*, *Bemannings* och *Kompetens*, samt den stora kategorin *Medicinskt/kliniskt åtagande*, som innehåller alla krav som definierar det medicinska uppdraget. De kategorier som i högsta grad går att formulera mätbara krav kring är kompetens och medicinskt/kliniskt åtagande. Exempel på mätbara krav i dessa kategorier är:

För att upprätthålla mottagningens kompetens ska mottagningen utföra minst 20 neuropsykiatriska utredningar per år.

Och:

Leverantören ska ansvara för kostnaden för maximalt 2 dygns intensivvård.

Inom specialistsjukvården förekommer en rad olika tjänsteområden med olika grad av formaliserad verksamhet - allt från psykoterapi till fotvård. En analys av uppföljningsbarhet över tjänsteområden visar att de olika specialistområdena ligger relativt lika i uppföljningsbarhet, vilket leder oss att tro att skillnaderna snarare förekommer mellan olika kategorier inom varje förfrågningsunderlag, det vill säga det som framkommer i tabell 4.

I analysen av uppföljningsbarhet kan vi också nyansera föregående analys av kravtyper, genom att visa vilka kravtyper som också är mest uppföljningsbara.

Tabell 5. Uppföljningsbarhet per kravtyp

Kravtyp	Antal krav	Ej uppföljningsbara	Uppföljningsbara	Uppföljningsbara och mätbara	Medelvärde
Struktur	1054	227	749	78	1,86
Process	2328	530	1718	80	1,81
Resultat	155	114	27	14	1,35

Det mest slående resultatet är att resultatkraven, som ofta anses vara eftersträvarsvärda, är de krav som är minst uppföljningsbara. Ett exempel på ett resultatkrav som kategoriserats som ej uppföljningsbart är:

Behovet av hälso- och sjukvård ska tillgodoses utifrån en helhetssyn på patienten och dennes behov samt inom mest effektiva vårdnivå.

Citatet illustrerar hur svårt det är att formulera bra resultatkrav som samtidigt går att följa upp.

Sammanfattningsvis vittnar resultaten ovan om vissa svårigheter att formulera uppföljningsbara krav, framför allt inom de mer patientnära kategorierna. Analysen säger emellertid inget om varför vissa kravsatser är mer uppföljningsbara än andra, eller vilka språkliga begränsningar som finns när man ska ställa krav på vårdtjänster. Kan man ställa tydliga och väl-specificerade krav inom alla områden? I så fall, hur? Vi har nedan valt att komplettera analyserna av uppföljningsbarhet med språkvetenskapliga metoder, för att på ett bättre sätt kunna beskriva på vilket sätt kraven i förfrågningsunderlagen är tydliga eller vaga, samt visa varför vissa formuleringar kan vara svårare att följa upp än andra.

Språkvetenskapliga analyser av kravens uppföljningsbarhet

I en avtalsrelation av det slag studien behandlar, finns det alltid ett utrymme för tolkningar av avtalens innehåll (Hart 1995). För att undvika olika tolkningar av innehållet gäller det för det beställande landstinget att specificera innehållet i det man vill att vårdgivarna ska utföra, och samtidigt förmedla detta på ett rakt och tydligt sätt. I annat fall kan situationer uppstå där landstinget avsett en sak, men vårdgivaren tolkar skrivelsen på ett annat sätt. I vissa sammanhang har emellertid vaga krav ett värde, eftersom det ger vårdgivaren en möjlighet att utforma uppdraget och verksamheten på det sätt man önskar. På så sätt skapas större utrymme för innovationer och nytänkande. Men i sammanhang där det beställande landstinget vill – eller rent av måste – vara tydlig för att utöva sitt ansvar för vården och dess kvalitet, har ett mer rakt och konkret språkbruk stor betydelse.

De språkvetenskapliga analyserna består av två delanalyser, där den ena fokuserar på hur man rent språkligt gått tillväga vid utformningen av kraven för att specificera kravens innebörd. Den andra analysen syftar till att besvara huruvida landstingen använder konkreta eller abstrakta ord, när de ställer krav. De språkvetenskapliga analyserna utgår ifrån två hypoteser om uppföljningsbarhet. För det första testas om (i) mer väl-specificerade kravformuleringar är mer uppföljningsbara. För det andra testas om (ii) mer konkret skrivna kravsatser är mer uppföljningsbara. De två hypoteserna testas genom två separata analyser – en frassemantisk analys av adverbial i satserna, samt en lexikalsemantisk analys av ordinnebörder i kravsatserna. Mer utförliga resultat från de språkvetenskapliga analyserna presenteras i Appendix 2.

Hur specificerade är kraven?

För att belysa hur krav specificeras, analyseras kravsatserna för hur kravens huvudverb kopplas till ett s.k. adverbial. Adverbialens funktion i kravsatser är att sätta kravet i ett sammanhang, genom att tillskriva det tid- rum- eller omständighetsaspekter. På så sätt tydliggörs när, var eller hur ett krav gäller. I följande analys fokuseras på om adverbialen förtydligar vad vårdgivaren förväntas göra, alternativt inte har någon påvisbar inverkan på kravens innebörd.

De fyra vanligaste typerna av adverbial analyseras:

(i) tidsadverbial tillskriver kravet en tidsaspekt, alltså när kravet gäller eller ska utföras (exempelvis "... ska göras **samma dag**").

(ii) rumsadverbial tillskriver kravet en rumslig aspekt, alltså var kravet gäller eller var det ska utföras (exempelvis ... **i anslutning till mottagningens entré**).

(iii) gradadverbial tillskriver kravet någon typ av gradering eller mått⁸ (exempelvis "**Minst** en sjuksköterska [...] ska ha utbildning i Motiverande samtal (MI).").

(iv) sättsadverbial tillskriver tillvägagångsätt för kravet, alltså hur kravet ska utföras (exempelvis "Vårdgivaren ska hantera patientjournaler [...] **i enlighet med gällande författningar och landstingets riktlinjer**[...]").

Det som är relevant för kravet är hur det efterföljande adverbialet knyter an till huvud verbet, som bär kravet i satsen. Adverbialen tillskrivs värdena verksam (1) respektive överksam (0) specificering av kravsatsen. Nedan följer två exempel, där det första är ett exempel på ett verksamt specificerande adverbial, och det andra är ett adverbial som inte påverkar kravet i någon egentlig mening. Adverbialen är markerade i fetstil.

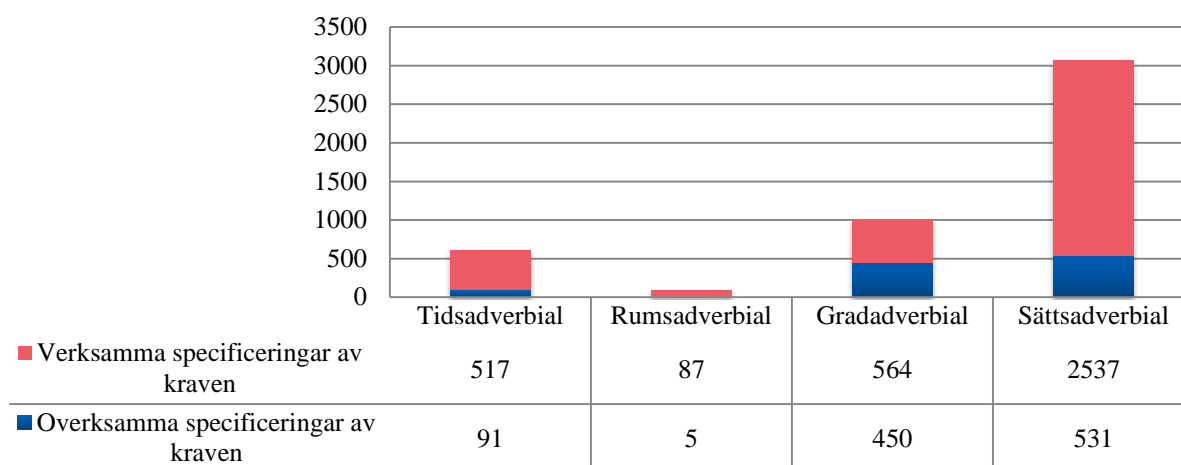
*"Vårdgivaren ska rapportera **i enlighet med de tidsintervall, de dataformat och det elektroniska kommunikationsstöd [...]** som anges i Uppdragsguiden."*

*Mottagningen ska **vid behov** vara behjälplig vid beställning av resa.*

Ett tankeexperiment för hur adverbial är verksamma eller överksamma för kraven, är att föreställa sig kravet utan adverbial. I det andra exemplet ovan framgår att kravsatsen står oförändrad även utan adverbial "vid behov". "Vid behov" åsyftar snarare en intention eller ett påpekande om att vårdgivaren ska göra en bedömning av när behov föreligger, vilket är självskrivet. I analysen klassificeras varje adverbial som knutits till huvud verbet som verksamt eller överksamt, samt kategoriseras i de fyra adverbialgrupperna. Nedan följer en sammanställning av resultaten från specificitetsanalysen.

⁸ Till gradadverbial räknas även s.k. *avseendeadverbial* i denna analys (SAG:3, s. 499), samt i förekommande fall även attributiv, där det varit svårt att urskilja om det är adverbial eller attributiv.

Figur 3. Verksamma och overksamma specificeringar av krav, kategoriserat i fyra adverbialstyper.



Överlag ser vi en jämförelsevis hög grad av verksamma specificeringar, drygt 77 procent av alla analyserade bestämmningar anses vara verksamma. Detta kan jämföras med en tidigare analys av förfrågningsunderlag för hemtjänst (Winblad et al 2014), där motsvarande siffra var 66 procent.

Det är förväntat att sättsadverbialen, som anger hur något ska utföras, är vanligast förekommande. Resultatet visar att de utgör 64 procent av det totala antalet analyserade adverbial. Resultatet är dock intressant av två anledningar. För det första ser vi ett samband mellan sättsadverbialen och de s.k. process-kraven. I praktiken är det genom sättsadverbialen som landstingen uttrycker hur utförarna ska utföra verksamheten. För det andra tycks sättsadverbialen fungera förhållandevis väl, det vill säga i 83 procent av kravsatserna är de verksamma specificeringar av kravet. Redan tidigare studie har konstaterat ett samband mellan sättsadverbial och process-krav (Winblad et al 2014).

Även gradadverbialen, som anger i vilken utsträckning något ska utföras, är omfattande i materialet. De utgör 21 procent av det totala antalet adverbial. Men i jämförelse med bestämmningar av sätt, är ”felprocenten” avsevärt högre hos gradadverbialen, drygt 44 procent är overksamma specificeringar, det vill säga påverkar inte kravet på något påtagligt sätt. Det här resultatet kan med fördel relateras till den tidigare nämnda låga mätbarheten i uppföljningsbarhetsanalysen. Gradadverbialens generellt låga specificitet är också en förklaring till varför den sammantagna specificiteten för materialet inte är högre än 77 procent.

I figur 3 ovan framgår också att av de drygt 600 tidsadverbialen är 85 procent av dem verksamma, det vill säga förstärker betydelsen av verbet.

De få gånger man förstärker krav med en rumslig aspekt, rör det oftast tillgänglighetskrav och var remittering ska ske. Ett exempel på detta är:

Revisionsoperationer orsakade av djupa infektioner skall utföras på akutsjukhus.

Dessa rumsadverbial är verksamma i 95 procent av förekomsterna, vilket betyder att bestämmningar av fysiska platser, byggnader eller särskilt angiven plats för arkivering nästan alltid är specifika till sin karaktär.

Utifrån analysen av specificitet har vi, i likhet med uppföljningsbarhetsanalysen i tidigare avsnitt, utformat ett index för hur specifika kraven är per kategori i förfrågningsunderlagen (se Appendix 2). Resultatet visar genomsnittliga värden över 2,00 för 13 av 18 kategorier, vilket betyder att det i genomsnitt förekommer fler än en fungerande specificering per krav. Det är ett förvånansvärt högt värde. Intressant att notera är att kategorin *Omvårdnad* har ett jämförelsevis lägre specificitetsindex än övriga kategorier. Vi kan utifrån tidigare studier (Winblad et al 2014) och i teoribildningen om utkontraktering av tjänster (Walsh 1995, Walsh et al 1997) konstatera att det är svårt att specificera vad de mer mjuka aspekterna av vårdtjänster består av och därför svårt att formulera uppföljningsbara krav. Studiens resultat bekräftar återigen denna svårighet.

Hur konkreta är kraven?

Den andra språkvetenskapliga analysen undersöker också hur tydliga kraven är, men i denna analys hanteras separata ords innebörder (s.k. lexikal semantik), istället för relationen mellan orden i kravsatsen. Analysen behandlar hur konkreta respektive abstrakta ord som landstingen använder för att precisera kraven. I analysen görs skillnad på exempelvis föremål och idéer, alltså mer handfasta ting, och företeelser som inte anses ha någon tydlig fysisk förmåga. De analyserade orden står i en sådan position i kravsatserna att de ska ha en förklarande funktion, det vill säga vara centrala för kravställan. Några exempel:

Konkreta ord

*Patientavgifter ska kunna betalas **kontant**, med **betalkort** eller mot **faktura**.*

*Om journalen finns hos landstinget ska istället **en kopia av journalen** överföras.*

Mer abstrakta ord

*Vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare och huvudmän i **frågor** som rör barns och ungdomars hälsa.*

*Verksamheten skall präglas av hög etisk **medvetenhet**.*

Samtliga kravsatser har analyserats dikotomt, alltså med enbart två möjliga värden: *Abstrakt* (0), samt *Konkret* (1). Resultatet visar att de flesta av kravkategorierna har höga konkretiseringsvärden, inte minst i jämförelse med tidigare studie av förfrågningsunderlag för hemtjänst (Winblad et al 2014). Inte helt förvånande är *Kostnadsansvar* den kategori som är allra mest konkret beskriven i förfrågningsunderlagen. Även *Journalhantering* och *IT-säkerhet* och *Inventarier* har höga värden. Lite förvånande är dock att samverkanskategorierna, som definierar relationer till landsting och andra aktörer, har så höga mätvärden (0,85 och 0,83).

En annan kategori som är av mer relationell karaktär är *Patientinformation och klagomålshantering*, där vi istället ser något lägre mätvärden (0,73). Här kan en förklaring till de relativt låga mätvärdena vara att man ofta fokuserar på patienters och anhörigas behov av information, vilket gör att kraven tenderar att ligga på en hög och allmänt hållen abstraktionsnivå. Bland de mindre konkreta kategorierna återfinns *Kompetens*. Kompetenskrav är abstrakta till sin natur – man avkräver någon form av förmåga eller kunnande, snarare än handfasta föremål. Dessa krav är istället ofta starkt specificerade, exempelvis med krav på legitimerade professioner.

I likhet med föregående specificitetsanalys framgår också att kategorin *Omvårdnad* är otydlig, mätvärdet 0,28 är väsentligt lägre än för de övriga kategorierna. Exempelen nedan är typiska formuleringar för förfrågningsunderlagen.

*Patientfokuserad vård innebär att vården ges med **respekt** och **lyhördhet** för individens specifika **behov, önskemål** och **värderingar**.*

*Vårdgivaren ska bemöta patienten utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande **förhållningssätt**.*

Resultatet visar att till skillnad från de övriga kategorierna bryts sällan omvårdnadsbegreppet ned till mer operationaliserade kravformuleringar. Man ställer exempelvis sällan krav på vårdgivarna där man klargjort vad dessa aspekter av åtagandet betyder. Dessa abstrakta formuleringar är ofta direkta laglydelse eller hämtade från Socialstyrelsens föreskrifter eller, alternativt tolkningar av dessa.

Är specifika och konkreta krav mer uppföljningsbara?

Våra språkvetenskapliga analyser av kravsatserna utgår ifrån två hypoteser om uppföljningsbarhet: krav som är (i) mer specifika och (ii) mer konkreta är också uppföljningsbara i högre utsträckning. I en avslutande analys relateras därför de språkvetenskapliga mätvärdena till uppföljningsbarheten, se tabell 6.

Tabell 6. Genomsnittliga konkretiserings- och specificitetsvärden för respektive uppföljningsbarhetsgrupp

Uppföljningsbarhet	Specificitetsindex	Konkretiseringsvärde
Ej uppföljningsbara krav (1)	1,57	0,44
Uppföljningsbara, men inte mätbara krav (2)	2,15	0,89
Uppföljningsbara och mätbara krav (3)	2,95	0,97

I tabell 6 visas att kraven i de analyserade förfrågningsunderlagen överlag är både specificerade och konkreta. Tabellen visar att även de krav som analyserats som *Ej uppföljningsbara* har en förhållandevis hög grad av specificitet. Samtidigt visar tabellen att en högre grad av specificitet och konkretisering innebär en högre grad av uppföljningsbarhet. Således stämmer de språkvetenskapliga hypoteserna. Noterbart är det mycket höga specificitetsvärdet för *Uppföljningsbara och mätbara krav* (2,95). Detta motsvarar ett och ett halvt specificerande adverbial (för tid-, rum, grad-, eller sättsbestämning) per kravsats.

Beträffande hur konkreta ord som används för att tydliggöra kravsatserna, ska i huvudsak två resultat belysas. För det första – konkretiseringsvärdet 0,44 för de *Ej uppföljningsbara kraven* betyder i praktiken att färre än vartannat krav är skrivet med en konkret beskrivning. Dessa formuleringar blir därför i högre grad föremål för egna tolkningar av vårdgivaren. För det andra ser vi att både de *Uppföljningsbara men ej mätbara kraven* och de *uppföljningsbara och mätbara kraven* är konkretiserade i mycket hög grad. De mätbara kraven ligger mycket nära det absoluta värdet 1, vilket i praktiken betyder att man i det närmaste aldrig använder abstrakta termer och begrepp, när man formulerar mätbara krav.

Den sammantagna bilden av förfrågningsunderlagen för specialistvård är att de i hög utsträckning är tydligt specificerade och skrivna på ett konkret sätt. Det finns några undantag, där vissa kravkategorier är förenade med svårigheter att utförligt beskriva åtagandet för vårdgivarna. Detta handlar ofta om att man i avtalen inte bryter ner abstrakta och svårdefinierade begrepp som exempelvis patientcentrering, hälsofrämjande förhållningssätt eller etisk medvetenhet till mer specifika krav. I vissa sammanhang kan en viss tolkningsfrihet av kraven vara positiv för värden och relationen mellan landsting och vårdgivare. Men vi kan samtidigt konstatera att de mindre konkreta och ospecificerade kraven också i lägre utsträckning är uppföljningsbara för landstingen.

Hittills har rapportens analyser enbart baserats på de delar i förfrågningsunderlagen som är formulerade som krav. Vi har studerat huruvida kraven är formulerade på ett uppföljningsbart, konkret och specificerat sätt. En analys har också genomförts huruvida kraven syftar till att styra verksamhetens strukturer, processer eller resultat. I rapportens nästa del kommer texten i förfrågningsunderlagen som helhet att studeras. Analyserna höjs härmed en abstraktionsnivå, och fokus kommer ligga på innehållet snarare än formuleringarna i själva kraven. I dessa analyser redovisas hur man hanterar risken för indikationsglidningar, i hur hög utsträckning sanktioner

skrivs in i avtalet, samt i hur man använder sig av riktlinjer för att styra vårdgivarna.

Innehållsanalyser

Följande avsnitt beskriver tre olika sätt, eller mer specifikt tre olika instrument, som landstingen kan använda för att styra de externa utförarnas beteende: att sanktionera oönskat beteende, att hänvisa till riktlinjer, samt att förhindra indikationsglidning (frågeställningar 1c, 1d, 1e). Syftet är att kartlägga hur landstingen arbetar med dessa kvalitetsäkrande instrument, samt hur de formuleras i avtalen. För att analysera detta har hela förfrågningsunderlagen analyserats, alltså även text som inte är formulerad som explicita krav. Metoden för var och en av dessa analyser finns vidare beskriven i respektive analys.

Hur sanktioneras oönskat beteende?

En viktig aspekt av avtalsstyrning handlar om vad man gör från landstingens sida om avtalen inte följs. I följande kapitel analyseras i vilken utsträckning landstingen använder skrivningar om sanktioner i förfrågningsunderlagen (frågeställning 1c). Till skillnad från de tidigare kravanalyserna, är fokus för denna analys inte själva kravställandet, utan istället hur sanktioner omnämns i avtalen som helhet. Man kan i praktiken formulera sanktionsmetoderna med hur korta eller hur långa skrivningar som helst. Totalt markerades för ca 249 meningar innehållande text om sanktioner. Av dessa var bara 18 meningar rena krav. Alla landsting finns inte representerade bland dessa skrivningar. I två av de mindre landstingen verkar inte några skrivelser förekomma rörande sanktionsmöjligheter.

Eftersom sanktionerna kan se så olika ut, krävs en viss sortering i materialet. Efter en inledande studie av materialet kunde följande kategorier skönjas:

- **Sanktioneringsprocessen:** Många skrivelser beskriver inte direkt en sanktionshandling utan snarare vad som föregår handlingen eller i vilken ordning sanktioner ska ges. Dessa är dock viktiga att ha med i analysen och klassificeras därför i en egen kategori. Ett exempel på en mening som beskriver processen runt en sanktion är: Beroende på bristens allvarlighet tillämpas olika sanktioner.
- **Uppsägning av avtal.** Skrivningar som definierar vad som krävs för att ett avtal ska brytas. Ex: Om nationella eller lokala föreskrifter för verksamheten eller villkoren inte följs hävs avtalet.
- **Ekonomiska sanktioner.** Denna sanktionstyp förekommer i två varianter: Kvarhållande av ersättning och vite. Kvarhållande av ersättning innebär att del av ersättningen inte utbetalas. Ex: När bristen är åtgärdad utbetalar beställaren 80 procent av den kvarhållna ersättningen. Vite definieras som krav på betalning till landstinget som inte nödvändigtvis är relaterad till landstingets ordinarie ersättning. Ex: Om utsläppsvärdet 2014 överskrids, fakturerar beställaren vårdgivaren ett vite motsvarande 700 kronor per förlossning.

De två huvudkategorierna i analysen är följaktligen uppsägning av avtal eller kvarhållande av ersättning/vite. Ersättningskyldighet för kostnader som vårdgivaren åsamkat landstinget har inte tagits med i analysen, då dessa fall enbart

handlar om att återställa status quo, inte ge incitament för vårdgivaren att hålla en hög kvalitet.

Blotta närvaron av sanktionsformuleringar i avtalen kan anses fungera kvalitetshöjande. Det finns emellertid olika inställningar till hur direkta sanktioner ska användas, inte minst skiljer sig synen bland de landstingspolitiker och tjänstemän vi har intervjuat. Många uttrycker sig positivt till att använda sanktioner, och flertalet av de intervjuade personerna ser gärna en ökning av sanktionsskrivningar i avtalen, särskilt bland oppositionspolitiker:

”Jag skulle säga att det är viktigt att kunna utöva sanktion. Därför att det höjer på något sätt medvetenheten kring att våra krav, alltså det blir mer seriöst från landstingets sida. Att vi är en seriös avtalspart. Vi ställer krav på kvalitet och tillgänglighet och vi vill att man levererar. Det är ingen lekstuga liksom.”

– oppositionspolitiker

Sanktioner är ofta nära knutna till ersättningssystemet, varför detaljer kring sanktioner är svåra att uttala sig om utan att studera ersättningssystemen närmare. Det finns också exempel på målrelaterade bonussystem, vilket sätter press på utförarna att prestera. I en intervju med tjänstemän i ett av landstingen diskuteras frågan om vad som är den mest effektiva metoden – bonussystem eller viten:

”Idag har vi varken bonus eller sanktioner. Det är väl det vi ska fundera på, vilken väg vi ska gå. [...] Ibland så har sanktioner inte så stora effekter. Det är ju som med barn i princip. Håller man inne veckopengen någon gång så till slut har man vant sig vid det också.”

– tjänsteman

I följande stycke redovisas hur landstingens skrivelser om sanktioner fördelar sig över sanktionstyperna.

Sanktioneringsprocessen

De skrivningar som berör sanktionsprocessen är mycket varierade. Det rör sig om 50 meningar som på olika sätt beskriver sanktionsprocessen. Det kan röra sig om generella meningar som inte går att klassificera på grund av dess generella karaktär, eller det kan gälla hur bedömningar för sanktioner ska göras eller skrivelser om att varningar ska ges (vilket inte kan ses som en aktiv sanktion). Några illustrerande exempel:

Om vårdgivaren åsidosätter sina skyldigheter enligt avtalet har beställaren rätt att uppmana vårdgivaren att inom skälig tid vidta rättelse för att avhjälpa bristen.

En sådan uppmaning görs genom att beställaren tilldelar vårdgivaren en skriftlig varning.

Ofta krävs någon form av åtgärdsplan in från vårdgivaren som ett första steg i en sanktioneringsprocess. Det varierar huruvida nästa steg är en varning, hävning av avtalet, eller kvarhållande av ersättning. Intervjuerna visar också att flera landsting hellre lägger fokus på dialog när problem uppstår och att man helst avstår från att blanda in ekonomiska sanktioner. En tjänsteman berättar:

”Skulle det vara så att en vårdgivare fallerar på någonting så kommer vi naturligtvis att påtala det och ge någon typ av erinran. Nästa steg blir en skarpare erinran. Den yttersta delen är att vi kan säga upp avtalet.”

Uppsägning av avtal

Formuleringar kring att bryta ett avtal är det vanligaste ämnet för skrivelser kring sanktioner. 140 av 249 meningar beskriver omständigheter och förutsättningar för denna åtgärd. Ett vanligt sätt att skriva om uppsägning av avtal är att sätta upp en punktlista för vilka grunderna är för åtgärden. Eftersom SLL:s skrivning är så utförlig i detta avseende, och även används av många andra landsting, får den utgöra ett illustrerande exempel på hur landstingen brukar skriva om ämnet:

Uppsägning till omedelbart upphörande:

Var och en av parterna har rätt att säga upp hela eller delar av Avtalet till omedelbart upphörande eller den senare dag som anges vid uppsägningen om den andra parten i väsentligt avseende åsidosätter sina skyldigheter enligt Avtalet.

Exempel på väsentligt åsidosättande av skyldigheter enligt Avtalet kan vara att

- a) Vårdgivaren eller företrädare för Vårdgivaren har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen eller har dömts för brott avseende yrkesutövning eller annat brott som allvarligt skadar förtroendet för vården,
- b) allvarliga risker för patientsäkerheten föreligger,
- c) det i väsentlig omfattning saknas förutsättning att utföra Uppdraget till följd av bristande kompetens, brister i ekonomi, lokaler, utrustning eller av annat skäl,
- d) Vårdgivaren vid upprepade tillfällen inte erlagt socialförsäkringsavgifter eller skatter,
- e) Vårdgivaren vid upprepade tillfällen fått skriftliga varningar från Beställaren enligt punkt 4.7.1 på grund av åsidosättande av skyldigheter enligt Avtalet utan att bristerna avhjälpes på tillfredsställande sätt,
- f) Vårdgivaren i sin rapportering lämnat uppgifter som leder till väsentliga fel i underlag för ersättning eller i utbetalning från Beställaren,
- g) Vårdgivaren väsentligt åsidosätter bestämmelser i lagar, förordningar eller föreskrifter,
- h) Vårdgivaren saknar tillstånd som krävs för att utföra Uppdraget,
- i) Vårdgivaren kommit på obestånd, inställt sina betalningar, inlett ackords-förhandlingar, trätt i likvidation eller om fara för obestånd annars föreligger.

Flera punkter i innehållet i Stockholms skrivning återkommer i andra landstings förfrågningsunderlag, främst frågor som rör ekonomiska förhållanden. Allmänna skrivningar såsom att kontraktet hävs om vårdgivaren inte lyckas följa föreliggande avtal eller inte följer gällande riktlinjer och lagar skrivs även in i avtalen, ofta utan vidare utveckling. Stockholms skrivningar kan anses vara de mest konkreta skrivelserna då de inte bara förhåller sig till lagar och riktlinjer i allmänhet utan även mer konkreta saker som bristfälliga lokaler eller allvarliga brister i rapportering. Stockholm har också skrivit in en konkretiserande tidsfrist på 30 dagar, det vill säga åtgärder för de ovanstående punkterna måste ha vidtagits inom 30 dagar annars finns grund för uppsägning av avtalet.

Ekonomiska sanktioner

Formuleringar rörande ekonomiska sanktioner är avsevärt färre än de som berör uppsägning av avtalen. Endast 50 av 249 formuleringar om sanktioner rör ekonomiska sanktioner. Att kvarhålla ersättningen vid oönskat beteende är det vanligaste sanktionen inom denna kategori. 35 av dessa 50 poster rör kvarhållande

av ersättning på olika sätt och det är också en relativt välspredd metod som förekommer i nio av de 14 förfrågningsunderlag som innehåller sanktioner.

Ca 15 skrivningar om ekonomiska sanktioner faller utanför den ovan beskrivna gruppen. I dessa skrivningar används främst termen vite och rör ofta, men inte alltid, en betalning till beställaren på andra grunder än ersättningen. Ibland kan sanktionen innebära att vårdgivaren ska betala tillbaka en del av ersättningen. Den stora skillnaden är alltså att det ena rör en transaktion från beställare till vårdgivaren, medan den senare (mer ovanliga) varianten rör en transaktion från vårdgivare till beställare:

Om miljöcertifikat enligt ISO-standard 14001, EMAS eller motsvarande, saknas den sista dagen i den period som uppföljningen avser ska Vårdgivaren erlægga vite motsvarande 0,5 procent av den årliga ersättning som beställaren för detta avtal utbetalat till vårdgivaren.

Skrivningar om sanktioner är generellt sätt ofta vaga, allmänt hållna och refererar till ej uppfyllda krav eller brott mot riktlinjer eller lagstiftning som anledning till sanktion:

Om Vårdgivaren under avtalstiden inte utför samtliga uppgifter som Vårdgivaren åtagit sig enligt detta Avtal, och rättelse inte sker utan dröjsmål efter skriftlig erinran, äger Uppdragsgivaren rätt att göra ett avdrag på ersättningen som skäligen motsvarar försummelsen.

Denna vaghet kan innebära problem för både beställare och utförare. Vårdgivaren kan bli osäker vad som gäller samtidigt som det kan vara extra svårt för beställaren att faktiskt realisera en sanktion om man är osäker på vilka brister som ryms inom villkoren för sanktioner. En ovanlig, men intressant skrivelse, förekommer i tre skilda förfrågningsunderlag i olika landsting och rör väntetidsgarantier då vårdgivaren antas betala ersättning till patienten.

Om patienten vid ett tidsbeställt besök - utan vägande skäl - har en väntetid på mer än 30 minuter efter den utsatta tiden äger patienten rätt att på begäran återfå den erlagda patientavgiften.

Här har man alltså implementerat en sanktion, där betalning sker till tredje part istället för till landstinget. Sanktionsmekanismen är dock, kvar oavsett vart pengarna går.

Sammanfattningsvis visar analysen att villkor för uppsägning av avtal är den sanktionsform som upptar absolut störst utrymme i avtalen. Att de är så frekventa är sannolikt för att det är en så drastisk åtgärd och kräver därmed en specifik detaljerad beskrivning av vad som måste föregå. Förutom denna använder många landsting sig av den redan etablerade ersättningen för att sanktionera vårdgivarna. Att det är få landsting som använder sig av rena viten beror eventuellt på att det är enklare att påverka den redan överenskomna ersättningen. Ekonomiska sanktioner är i praktiken inte särskilt utbredd. Istället visar intervjuerna att man hanterar brister genom dialog i första hand, och uppsägning av avtal i sista hand.

Hur används riktlinjer och andra dokument i förfrågningsunderlagen?

I likhet med den vård som bedrivs i egen regi, utgör lagar och kliniska riktlinjer en grund för den verksamhet som landstingen kontrakterar. När landstingen köper tjänster, kan man inte ange varje detalj i utförandet av verksamheten (ofta omnämnt som s.k. incomplete contracting), vilket gör att hänvisningar till andra dokument i flera sammanhang blir nödvändig. Det är heller inte önskvärt att i avtalet styra tjänsten alltför hårt, då detta kan påverka utförarnas handlingsmöjligheter negativt. Inom vissa områden av vården finns emellertid ett stort behov av vägledning till utförarna hur de ska agera. Dels behövs ett samordnat system som levererar vård effektivt och jämlikt till befolkningen, dels kan vårdgivarna behöva specifik vägledning för särskilda målgrupper eller för att avgöra vilka behandlingsmetoder som är aktuella. För att möta förändringarna på en så pass komplex marknad som sjukvården, är det inte alltid möjligt att ange exakt vad utförarna ska göra respektive inte göra. Riktlinjer – såväl kliniska som för andra aspekter av vårdtjänster – utgör därför en viktig styrningsfunktion för landstingen, då de sätter ramarna för utförarens verksamhet utan att landstingen i detalj behöver formulera specifika kravsatser i avtalen.

Ett exempel på hur riktlinjer används för att forma vårdens processer är de Nationella riktlinjer som Socialstyrelsen utfärdar. Dessa riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar inom vården och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Dessa fungerar styrande på en nationell nivå, men är inte bindande i juridisk mening. Om däremot landstingen skriver in i avtalet med vårdgivaren att denne ska följa en särskild riktlinje, åligger det vårdgivaren att göra det. Det finns i dagsläget inte särskilt många tillämpliga riktlinjer på nationell basis för de specialistvårdsområden som landstingen har vårdval inom. Socialstyrelsen har till dags dato utfärdat 12 slutliga riktlinjer för prioriterade delar av sjukvården (tandvård exkluderad), och ytterligare fyra är under beredning. Vissa av dessa är av mer övergripande karaktär (exempelvis Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011), medan andra snarare är att betrakta som underlag för diagnostisering inom särskilda sjukvårdsområden.

Det finns däremot en rad andra mer lokala, egenupprättade riktlinjer och dokument som landstingen hänvisar till i avtalen. Nedan följer en kategorisering av de riktlinjer som omnämns i förfrågningsunderlagen. Syftet är att utröna i vilka sammanhang landstingen hänvisar till riktlinjer och när man åberopar nationella riktlinjer och lagar. För denna delstudie har all text i förfrågningsunderlagen analyserats, och inte enbart de kravsatser som extraherats för de tidigare redovisade kravanalyserna. Analysen av riktlinjerna är en tematisk kategorisering, där vi valt att skilja på textmeningar i förfrågningsunderlagen där man uttryckligen hänvisar till en specifik riktlinje, i kontrast till att mer svepande hänvisa till en samling 'relevanta dokument'. Exemplet nedan är avsett att förtydliga skillnaden:

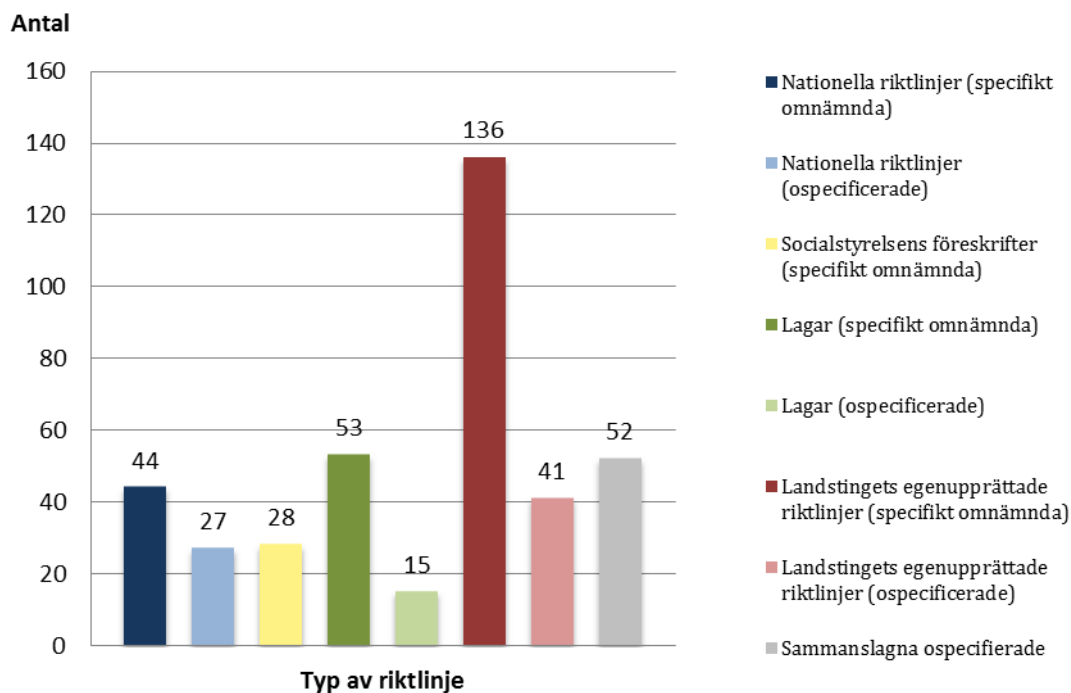
- Lokalerna ska vara fysiskt tillgängliga för alla enligt Handisams riktlinjer för tillgängliga lokaler.
- Vårdenheten ska följa tillämpliga lagar, författningar, samt riktlinjer och föreskrifter beträffande fysisk tillgänglighet.

Analysen tar också hänsyn till om riktlinjen är utformad av respektive landsting, eller om den är en produkt av exempelvis Socialstyrelsen eller annan nationellt verksam organisation. Sammantaget resulterar kategoriseringen i åtta olika typer av riktlinjer.

Figur 4. Olika former av riktlinjer som landstingen anger i sina avtal.

Kategori	Nivå	Specificering	Exempel:
1	Nationella riktlinjer	1. Specifikt omnämnda	Handisam, ISO-miljöstandarder, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, NPÖ, Nationellt Fackspråk, etc.
2		2. Ospecificerade	
3	Socialstyrelsens föreskrifter	3. Specifikt omnämnda	SOSFS 2011:9 , SOSFS 2012:2, SOSFS 2005:28, SOSFS 2004:11
4	Lagar	4. Specifikt omnämnda	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
5		5. Ospecificerade	HSL (1982:763)
6	Landstingets egenupprättade riktlinjer	6. Specifikt omnämnda	Kloka Listan, Vårdgivarguiden, Riktlinjer för telefoni, Styrdokument för IT-tjänster, Riktlinjer för marknadsföring, etc.
7		7. Ospecificerade	
8	Sammanlagda och/eller odefinierade	8. Ospecificerade	<i>"Vårdgivaren ska följa gällande lagar och riktlinjer"</i>

Figur 5. Antal riktlinjer per kategori.



Resultatet pekar på att landstingen i stor utsträckning förlitar sig på egenupprättade riktlinjer. Av sammanlagt 396 omnämmanden av riktlinjer i analysen, återfinns drygt 44 procent av dem på landstingsnivå. Vi ser också att man oftast anger landstingets riktlinjer specifikt, exempelvis:

Vårdgivarens förskrivning ska ske i enlighet med rekommendationer som utföras eller förmedlas av SLL: s läkemedelskommittés organisation, inklusive Kloka listan© och Kloka råd.

De egenupprättade riktlinjerna berör i stort sett alla delar av de tjänster som landstingen har kontrakterat.

Sammantaget visar analysen av riktlinjer att landstingen framför allt förlitar sig på egna riktlinjer för tre tjänsteområden. Flest egenupprättade riktlinjer berör inte helt oväntat *Journalhantering* och *IT-säkerhet*. Även *Läkemedel*, och *Patientinformation och klagomålshantering* är kategorier där egenupprättade riktlinjer är vanligt förekommande. Värt att notera är att det för de strukturella kategorierna *Bemanning*, *Personalfrågor* och *Kompetens* saknas riktlinjer. Även formerna för samverkan med såväl landstinget som med andra aktörer tycks riktlinjer inte vara ett verktyg som landstingen förlitar sig på.

Beträffande riktlinjer på nationell nivå, förekommer dessa jämförelsevis i liten utsträckning i avtalen. Av de nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen har utfärdat, omnämns endast en specifikt (Riktlinjer för vård och behandling av diabetes mellitus, 2010). På den nationella nivån återfinns även miljöcertifiering, Handisams tillgänglighetsriktlinjer, Nationell Patientöversikt (NPÖ), samt Nationellt Fackspråk (NF).

Det är vanligt att landstingen hänvisar till nationella lagar i förfrågningsunderlag och avtal. Om en lag inte omnämns i ett avtal för den vårdtjänst man kontrakterar, betyder det givetvis inte att lagen inte gäller. Nationell lagstiftning gäller oavsett om den omnämns i avtalen eller inte. Men det kan finnas en viss pragmatisk poäng med att tydligt hänvisa till lagar, så att utförarna får ramarna för sitt ansvar förklarade. Exempel:

Det ska finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret (28-30 §§ HSL).

Nedan återges antalet omnämnda riktlinjer i en tabell, schematiserade utifrån vilka ämneskategorier de tillhör. Värdena i tabellen är också färgkodade, för att tydliggöra inom vilka områden riktlinjerna är vanligt förekommande, respektive mindre vanligt förekommande.

Tabell 7. Riktlinjetyper sorterade efter vilka områden riktlinjerna rör

	Antal	Nationell riktlinje	Nationell ospecificerad	Socialstyrelsens föreskrifter	Lag, specificerad	Lag, ospecificerad	Landstingets, specifika	Landstingets, ospecificerad	Sammanlagda ospecificerade
		1	2	3	4	5	6	7	8
Avtalet -brott, uppsägning, skadestånd	7	0	0	0	3	2	1	0	1
Bemanning	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Inventarier	37	2	10	2	0	0	15	5	3
Kompetens	2	0	0	2	0	0	0	0	0
Kostnadsansvar	4	0	0	0	0	0	3	0	1
Ledningssystem och avvikelshantering	16	0	0	9	3	0	0	0	4
Läkemedel	26	2	2	0	0	0	15	5	2
Medicinskt/kliniskt åtagande	30	7	3	2	2	1	9	3	3
Miljö	15	6	0	0	0	0	7	2	0
Omvårdnad	11	0	1	0	3	1	2	2	2
Patientinfo. och klagomålshantering	22	0	1	0	0	0	19	2	0
Personalfrågor	15	0	0	0	8	3	2	1	1
Rapportering och registrering	19	5	1	2	1	0	8	1	1
Samverkan med andra aktörer	14	2	1	2	1	0	1	2	5
Samverkan med landsting	6	0	1	0	0	0	4	0	1
Journalhantering och IT-säkerhet	76	6	1	2	22	3	24	10	8
Tillgänglighet	19	7	0	1	2	0	6	2	1
Övrigt	67	3	4	12	4	4	13	4	23
Totalt	373	40	25	26	48	14	129	39	52

Utifrån tabell 7 kan framför allt två saker belysas. Det förekommer flest riktlinjer inom kategorin *Journalhantering* och *IT-säkerhet*, och en betydande del av dessa är egenupprättade riktlinjer. Det medicinskt/kliniska åtagandet är också en kategori där landstingen ofta hänvisar till olika riktlinjer. Däremot är antalet riktlinjer få till antalet vad gäller *Bemanning*, *Kompetens*, *Kostnadsansvar*, samt *Samverkan med landsting*. Det faktum att det sällan hänvisas till riktlinjer för bemanningsfrågor eller samverkan med landstinget är intressant i ett styrningsperspektiv. För kategorierna *Patientinformation och klagomålshantering*, *Läkemedel* och *Inventarier* är de egenupprättade riktlinjerna vanligast.

En stor andel av riktlinjerna faller under ämneskategorin *Övrigt*. Detta kan delvis förklaras av att många kravsatser är sammanslagna och mycket allmänt hållna, exempelvis "Vårdenheten ska följa tillämpliga lagar, författningar, samt riktlinjer och föreskrifter." (23 stycken). Beträffande Socialstyrelsens föreskrifter, omnämns de oftast i samband med ledningssystem för verksamheten. Man anger dock sällan mer än att man ska följa föreskrifterna.

Som vi tidigare nämnt är materialet för denna analys inte enbart kravsatser, men den absoluta merparten av den analyserade texten består ändå av krav (376 av 396 meningar). För dessa kravsatser ser vi en jämförelsevis hög uppföljningsbarhet (1,82), därtill också en likvärdigt god specificitet (1,83) och konkretisering (0,87). Sammantaget drar vi därför slutsatsen att riktlinjer verkar vara ett vanligt sätt för landstingen att tydliggöra kraven i förfrågningsunderlagen och specificera vad som åläggs vårdgivarna. Lite förenklat kan man därför hävda att riktlinjer i sig tycks vara ett bra sätt att ställa skarpa krav.

Hur förhindrar landstingen indikationsglidningar?

Vid utkontraktering av sjukvårdstjänster finns en risk att vårdgivarna inte utför den vård som ersättningen är tänkt att täcka. Framförallt är det i samband med DRG-baserade ersättningar som det har framkommit att vårdgivare på olika sätt manipulerar omfattningen av vårdproduktion för en viss ersättning. Detta beteende bygger på möjligheten att ändra indikationerna för vilken vårdproduktion som man är skyldig att ge, och man talar därför om indikationsglidningar. Problemen har genererat en omfattande litteratur på området. En av de första som uppmärksammade problemen var Randall P. Ellis. I sin artikel *Creaming, Skimming and Dumping, Provider Competition on Intensive and Extensive Margins* (1997) beskriver han tre olika tillvägagångssätt som utförare kan använda för att ändra produktionens omfattning i relation till den ersättning de får. Dessa tillvägagångssätt blir var och ett aktualiserade beroende på vilket typ av ersättningssystem tjänsten ersätts genom.

- **Creaming:** överproduktion av tjänster till ej allvarligt sjuka patienter. Till exempel att ge en patient en behandling som ej är nödvändig.
- **Skimming:** underproduktion av tjänster till allvarligt sjuka patienter. Till exempel att neka patienter vård som de behöver eller ge dem sämre kvalitet på vården.
- **Dumping:** undvikande av allvarligt sjuka patienter.

Ett sätt att komma till rätta med indikationsglidning, är att på ett tydligt sätt konkretisera uppdraget för vårdgivarna, så att inget utrymme för fusk skapas i avtalet. Genom att referera till olika områdesspecifika kvalitetsindikationer försöker man från administrativt håll garantera att rätt patienter får vård, och att patienter får rätt vård. Indikationerna påvisar allvarlighetsgrad i sjukdomen och man kan genom dessa styra vårdgivarna till att enbart erbjuda den mängd vård som ingår i uppdraget. Ett exempel på en välanvänd indikationsmodell är NIKE – den nationella modellen för kataraktoperationer. NIKE innebär i korthet att sjukdomen delas in i fyra olika svårighetsnivåer. I förfrågningsunderlagen kan exempelvis stå att endast nivå 1-3 har möjlighet till en kataraktoperation.

I följande avsnitt avser vi besvara frågeställning 1e, ”Förekommer krav i avtalen som hindrar indikationsglidning?” Frågan besvaras genom en analys av hur man på olika sätt försöker att förhindra indikationsglidningar genom specifika skrivningar i avtalen. Eftersom modeller av typen NIKE, där man i avtalen anger för vilken svårighetsgrad patienter ska opereras, inte finns för alla tjänstetyper inom specialistvårdvalet måste vi kategorisera uppdragen på ett annat sätt. Vi har valt att analysera förfrågningsunderlagen med utgångspunkt i hur väl de reglerar följande tre aspekter: (i) sin målgrupp, (ii) sin behandlingsprocess, samt (iii) hur väldefinierade urvalskriterierna är för vilka patienter som får tillgång till specialistvårdstjänsten.

Analysen av hur man skriver avtalen för att undvika indikationsglidningar ligger nära den tidigare analysen av uppföljningsbarhet. Här undersöks emellertid varje förfrågningsunderlag för sig och materialet blir därmed större då mer än bara kravsatserna tas i beaktning. Samma motsättning som diskuterades i avsnittet för uppföljningsbarhet förekommer dock även här: att detaljstyra genom för strikta skrivningar i förfrågningsunderlagen kan påverka innovationskraft och mångfald på marknaden. Ser man dock till möjligheter för beställaren att förhindra indikationsglidningar, är konkreta underlag en nödvändighet.

I resultatredovisningen nedan diskuteras förfrågningsunderlagen utifrån hur väl de kan sägas konkretisera sitt uppdrag och hur stora marginaler det därmed finns för indikationsglidningar, samt om vissa mönster kan urskiljas med hänseende på tjänstens karaktär.

Bland förfrågningsunderlagen finns en del variationer i hur man formulerar sig för att undvika indikationsglidningar. Ett återkommande mönster är att de verksamheter som har mottagningsverksamhet har något svårare att formulera konkreta målgrupper, eller konkretisera uppdraget i övrigt. Ett exempel på detta är att Barn och ungdomsmedicinsk öppenvård, ett mycket brett uppdrag, redovisar en prislista på de tio vanligaste typerna av läkarbesök istället för en uttömmande lista som många andra förfrågningsunderlag innehåller. Andra exempel är att läkarbesök inte definieras vidare i prislistan alls. Detta kan lämna utrymme för indikationsglidning, då det inte framkommer vad som bör göras eller kan ingå i ett läkarbesök. En öppen verksamhet som av naturliga skäl kan förväntas ha svårt att konkretisera sitt uppdrag är LARO-verksamheten⁹ i Skåne. Uppdragets känsliga patienter skapar behov av viss flexibilitet, men trots det har man lyckats konkretisera både målgruppen (patienten måste ha ett dokumenterat beroende i minst 1 år samt vara över 20 år gammal) och vårdprocessen relativt väl. I rutan nedan följer förfrågningsunderlagets formuleringar av vårdprocessen:

⁹ LARO: Läkemedelsbaserad rehabilitering för opiatberoende

Vårdprocess

Utredning

Läkarens personliga undersökning av patienten och läkarens helhetsbedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation.

Denna utredning ska kodas med KVÅ kod AW999 Fördjupad utredning (En skåneintern KVÅ kod).

Inledande behandling

Läkemedlen iordningställas och överlämnas till patienten under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal vid regelbundna återbesök varje dag i minst sex månader.

Stabiliserad behandlingsfas

Efter det att resultatet av den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende varit stabilt under minst sex månader i följd kan en stabiliserad behandlingsfas påbörjas.

Nedtrappning- och avslutning

Efter medicinsk bedömning samt när individen efterfrågar sådan. Information om nedtrappning och avslutning skall ges när LARO behandling påbörjas.

Viss somatisk vård

Vårdgivaren ska genomföra provtagningar avseende exempelvis Hepatit och HIV samt enklare somatiskt omhändertagande relaterat till missbruksproblematik som exempelvis omläggning av mindre sår och skador.

Det finns också exempel på mottagningsverksamheter som verkligen har satsat på att definiera sitt uppdrag. Ett exempel är ett förfrågningsunderlag för hudsjukvård i öppenvård, som innehåller en tydlig prislista med detaljerade beskrivningar på varje vårdbesök, i sin tur viktade på normala och mer omfattande, samt läkar- respektive sjuksköterskebesök. Beskrivningarna innehåller vilka diagnoser som kan förekomma, vilka behandlingar som kan göras och uppskattad tidsåtgång. Målgruppen är emellertid fortfarande odefinierad.

Trots viss variation i hur väl man definierar vårdprocessen verkar det som att de öppna verksamheterna ofta har svårare att definiera målgruppen. Verksamhet som inkluderar avgränsade behandlingar och ingrepp verkar i allmänhet ha lättare att hindra indikationsglidningar. Detta hänger sannolikt ihop med att deras uppdrag på ett lättare sätt går att koppla till specifika diagnoser, samt att patienterna redan är utredda när de kommer till vårdgivarna. Tjänsteområden som i princip utgörs av en viss behandling eller operation verkar vara de som lättast förhindrar indikationsglidningar, då de använder sig av kända indikatorer för att definiera målgrupp. Det handlar framförallt om ortopediska operationer som använder ASA-skalan¹⁰ för uppskattning av hälsotillstånd, samt kataraktoperationer som använder sig av systemet NIKE för att klassa svårighetsgrad av sjukdomen. Obesitaskirurgi använder sig av BMI som indikation för målgrupp. De landsting som har fotvård inom vårdvalet refererar till Nationella diabetesregistrets riskklassifikation, där

¹⁰ Skapad av American Society of Anesthesiologists för att klassificera hälsotillstånd

tydliga indikationer som främst baseras på diagnos ges för vilka som ska bli remitterade för fotvårdsspecialist.

Ett intressant exempel på en remiss-tjänst som står ut i materialet är psykoterapi. Här har man, trots ett brett uppdrag, konkretiserat tjänsten i minsta detalj. Här finns två olika behandlingar, individuell psykoterapi samt gruppterapi. Båda typer av behandlingar är tydligt definierade med antal besök, hur många personer i varje grupp och tidsåtgång. Ett exempel:

Psykoterapibehandling ska dock vara en avgränsad insats med behandlingsserier mellan 10 och cirka 20 behandlingstillfällen/patient.

Utöver denna tydliga precisering av vårdprocessen innehåller förfrågningsunderlaget dessutom en utförlig beskrivning av målgruppen. Här beskriver man på olika sätt indikationer på att patienten är i behov av längre terapi. Att ett tjänsteområde så tydligt både definierar målgrupp och vårdprocess är ovanligt i materialet. Genom den konkreta vårdprocessen ges också möjlighet till enkel ersättningsmodell där en behandling har ett fast pris. Det är sannolikt den tydliga avgränsningen till enbart individuell psykoterapi samt gruppterapi som skapar möjligheten för ett så konkretiserat uppdrag.

I materialet finns också ett förfrågningsunderlag där det för psykoterapiuppdraget inte definieras några indikationer överhuvudtaget. I detta korta förfrågningsunderlag har man istället fokuserat på att definiera kompetens och erfarenhet hos personalen. Man hänvisar till vissa specifika typer av legitimationer som krävs för att få driva verksamheten. Ersättningssystemet i detta förfrågningsunderlag beskrivs också mycket kortfattat:

Sökande skall med sin underskrift bekräfta att man kan leverera psykoterapi med efterfrågad kvalitet till av [landstinget] fastställt pris.

Vi vill dock framhålla att det är ett extremt exempel, som är det enda i sitt slag.

Problemet med indikationsglidningar uppkommer när det finns hål i uppdragets beskrivning av vad som krävs för en ekonomisk ersättning. För att minimera risken för indikationsglidning bör alltså kraven i förfrågningsunderlagen vara tydliga, detaljerade och konkreta. Vår analys visar att de undersökta förfrågningsunderlagen är relativt väldefinierade på denna punkt. Det finns alltså litet utrymme för indikationsglidningar i materialet såsom det är formulerat. Vi ser emellertid att landstingen använder mycket olika tillvägagångssätt för att undvika indikationsglidningar samt att detta varierar kraftigt mellan de olika tjänsteområdena. Ska man återgå till den ursprungliga snäva definitionen av indikation i detta sammanhang, det vill säga olika typer av mätskalor så är det mycket sällan som dessa används i avtalen. Istället satsar man på att noga definiera målgrupp, varje besök, varje behandling eller vårdprocess. Ofta görs detta i relation till en prislista, ibland görs det som en beskrivning av uppdraget under rubriker som exempelvis ”Uppdragets omfattning” eller ”Uppdragsbeskrivning”.

Sammanfattningsvis visar indikationsanalysen att de flesta avtal på olika sätt reglerar målgrupp, behandlingsprocess eller urvalskriterier på ett ganska utförligt sätt. Däremot är det ovanligt att man använder sig av indikationer i avtalen som baseras på sjukdomens svårighetsgrad.

Hittills i rapporten har analyserna visat att kraven i förfrågningsunderlagen till stor del ställs på processnivå, och i väldigt liten utsträckning som resultat. Kraven ställs på ett relativt tydligt och konkret sätt, ett resultat som framkommit både i analysen av uppföljningsbarhet och genom de två lingvistiska analyserna. En analys av indikationsglidning har visat att trots få tydliga behovsbedömningssystem formuleras förfrågningsunderlagen på ett sätt som gör att risken för indikationsglidningar bör vara liten. Förfrågningsunderlagen visar sig i hög grad referera till olika riktlinjer och lagstiftningar. Dock används inte Socialstyrelsens nationella riktlinjer som referenspunkt i hög grad, vilket antagligen beror på att de helt enkelt inte förekommer för de tjänsteområden som vi studerat här. Förfrågningsunderlagen innehåller inte i så hög utsträckning krav om sanktioner. Främst regleras på vilka grunder ett avtal kan sägas upp, något som inte förekommer särskilt ofta enligt våra intervjuer. I rapportens sista del, där politiker och tjänstemän intervjuas, illustreras hur man ser på avtalens utformning och hur de används i den praktiska uppföljningen av verksamhetens kvalitet.

Erfarenheter av vårdval bland politiker och tjänstemän

För att få en bättre uppfattning om hur arbetet med förfrågningsunderlagen fungerar i praktiken genomfördes i studiens tredje del intervjuer med politiker och tjänstemän i de tre landsting med störst erfarenhet av vårdval inom specialistsjukvården. I följande avsnitt presenteras resultatet från intervjuerna gällande vilka hinder och möjligheter det finns för landstingen att styra verksamheterna genom avtalen.

Hur används förfrågningsunderlagen i kvalitetsuppföljningen?

En av studiens frågor handlar om hur avtalen kan följas upp och vara en del i det praktiska uppföljningsarbetet. Vid tiden för intervjuerna var vårdval inom specialistsjukvården något ganska nytt för två av de tre intervjuade landstingen. För flera av de vårdtjänster som denna studie analyserar har därför inte uppföljningsarbetet påbörjats. Däremot har de intervjuade tjänstemännen arbetat fram förslag på hur uppföljningsarbetet ska gå till i fortsättningsvis.

Intervjuerna med politikerna vittnar om en begränsad kännedom om hur uppföljningsarbetet går till i praktiken, alternativt hur det är tänkt att gå till i framtiden. De har därför svårt att beskriva hur avtalen används eller kommer att användas. Trots det anser de flesta politikerna att avtalen bör utgöra en grund i uppföljningsarbetet.

”Jag tycker att avtalet har en central del i upphandlingsunderlaget för det är ju det man har lovat att göra, kan man väl säga. Det är som vilket annat skriftligt kontrakt som helst. Det här är din arbetsuppgift eller det åtagande man har tagit på sig att göra och det måste vara en del, alltså den väsentliga delen i det man följer upp”

– majoritetspolitiker

Tjänstemännen å sin sida beskriver uppföljningsarbetet som bestående av framför allt regelbunden uppföljning av ekonomi och produktion, men att de även genomför mer detaljerade uppföljningsinsatser hos vårdgivare vid indikation på problem. Landstingen utför även utvärderingar av hela vårdvalsområden, där mer generella problem har identifierats. Om och hur avtalen används i det praktiska uppföljningsarbetet framgår dock inte tydligt av intervjuerna. Flera av intervjuerna pekar på att avtalen i dagsläget spelar en mindre, men inte obetydlig, roll i det praktiska uppföljningsarbetet.

Synen på hur krav ska ställas skiljer dock något, mellan de politiska blocken. Samtliga politiker anser att kraven i förfrågningsunderlagen är viktiga, eftersom de reglerar vad som måste vara uppfyllt för att få bedriva specialistvård inom ett visst område. De menar att relationen mellan beställare och vårdgivarna blir tydligt definierad, när vårdgivarna kan se vilka krav som ställs på dem. Hur hårda krav som ska ställas på vårdgivarna råder det emellertid skilda åsikter om, framför allt mellan oppositions- och majoritetspolitiker. Majoritetspolitikerna poängterar vikten av vagt formulerade eller mer övergripande krav, i syfte att nå mångfald och utveckling. De menar att för detaljerade krav kan inverka negativt på vårdgivares kreativitetsförmåga att lösa problem. Man anser därför att man bör sträva efter fler vagt formulerade krav. En majoritetspolitiker understryker dessutom att det är viktigt att utförarna håller sig till en evidensbaserad vård, men att det inom sjukvården ändå ska finnas möjlighet till variation och utveckling. En annan majoritetspolitiker poängterar istället att styrkan hos kraven beror på vilken del av tjänsten man ställer krav på. Det är nödvändigt med hårt formulerade krav inom en del kravkategorier. Samma politiker menar att en generell hållning skulle kunna vara att låta vissa kravkategorier vara hårt formulerade, medan andra i högre grad skulle vara upp till verksamheterna att själva besluta om. Här står bestämmelser om öppettider och personalfrågor som exempel, menar majoritetspolitikern.

Oppositionspolitikerna är däremot mer ifrågasättande till användandet av vagt formulerade krav. De menar att de överlag försvårar arbetet med att följa upp verksamheterna. En oppositionspolitiker lyfter särskilt fram att det är svårt att få en uppfattning om verksamheternas kvalitet, och betonar vikten av mätbarhet.

”Mätbarheten tycker jag är viktig. Utgångspunkten är, utan att låta misstänksam mot privata entreprenörer, att en privat entreprenör även om de brinner för det de gör och är kunniga, har en möjlighet. Det är företag som de driver, och det finns ändå en möjlighet till vinstintresse som inte finns inom offentlig sektor. Då tycker jag att det är viktigt att man kan mäta vad man får för pengarna.”

– oppositionspolitiker

En annan oppositionspolitiker ifrågasätter även de kvalitetsmått som kraven rör och anser att förfrågningsunderlagen generellt är för omfattande. Han menar att en lösning till de omfattande förfrågningsunderlagen skulle vara att fokusera kraven till att i högre utsträckning beröra resultat kvaliteten.

Både politiker och tjänstemän framhåller att förfrågningsunderlagen måste vara levande dokument. Till skillnad från politikerna är tjänstemännen emellertid mer

återhållsamma i sin syn på hur man ska förändra kraven i förfrågningsunderlaget över tid. Man framhåller de svårigheter som finns med att formulera relevanta krav på vårdtjänsterna, och att mer drastiskt ändrade krav kan få negativa konsekvenser. Samtliga tjänstemän är dock eniga om att det är bra med en blandning på kravens karaktär. Vagt formulerade krav beskrivs fylla en funktion genom att de möjliggör variationer i utförarnas arbetssätt. Samtidigt menar man att hårt formulerade krav säkerställer att en viss nivå av kvalitet garanteras.

Tjänstemännen framhåller också svårigheterna med att formulera hårda krav så att de blir tydliga och uppföljningsbara. De menar att man lätt kan förlora sig i detaljer, och att det ibland kan fungera lika bra med mer övergripande formuleringar. En tjänsteman framhåller att denna balansgång är den stora utmaningen:

”Utmaningen för oss är att det ska vara en jämlik vård. Oavsett vilken dörr man än går in i bland de 50 gynekologerna, ska man veta att man har träffat en duktig gynekolog som kan ge patient-säker vård utifrån evidens [...]. Samtidigt ska det finnas utrymme för utvecklingsinsatser. Man ska kunna vara kreativ för att vården den behöver utvecklas.”

– tjänsteman

Sammanfattningsvis vittnar intervjuerna dels om att politikerna har olika uppfattningar om vilka typer av krav man ska sträva efter, dels att tjänstemännen har en större samsyn om att kraven bör ha olika karaktär. Majoritetspolitikerna ser fördelar med att använda vagt formulerade krav, vilka de menar att det gynnar utveckling och innovation. De anser därför att man bör sträva efter fler krav av den karaktären. Oppositionspolitikerna är, å andra sidan, mer kritiska till vagt formulerade krav, eftersom de anser att det försvårar uppföljningsarbetet. Tjänstemännen anser att det är viktigt med en blandning på kravens karaktär, för att nå vårdvalets syfte. Men man lyfter samtidigt fram svårigheterna med att utforma hårt formulerade krav på ett sätt som gör att de blir tydliga och uppföljningsbara.

Vilka metoder bör användas för att följa upp verksamheten?

Trots att politikerna är osäkra på hur uppföljningsarbetet går till i praktiken anser majoriteten av dem att avtalen teoretiskt sett är bra som grund för uppföljning. Dels utgör avtalet en tydlig grund att utgå från, dels skapar det en mer enhetlig överenskommelse med samtliga externa vårdgivare. Ytterligare en fördel som beskrivs är möjligheten att regelbundet kunna ändra kraven i förfrågningsunderlagen, så att man kan ändra formen för vårdvalet utifrån erfarenheter. Samtidigt vittnar intervjuerna om att både tjänstemän och politiker i huvudsak anser att avtalet ska fungera mer som en bakgrund vid uppföljningsarbetet. Flera politiker framhåller att de snarare ser andra metoder som mer fördelaktiga än att nagelfara avtalsskrivelser. En politiker anser att avtalet inte fångar upp allt vad vårdtjänsten innehåller, och att det därför är bra med andra metoder för uppföljning. En annan politiker förklarar att patientnöjdhet är en viktig aspekt för deras landsting, där de använder sig av såväl de nationella patientenkäterna som patientnämndens arbete i uppföljningen.

”Vi använder de nationella patientenkäter som finns där fritext är möjligt att skriva. Om det är många klagomål på en verksamhet, går de in där från det hållet också så att säga. Det är ju patienternas egna berättelser. Sen har vi kontakt med patientnämnden, som är en möjlighet att klaga på verksamheterna, om de av någon anledning tycker att de blivit illa bemötta, eller om man inte har blivit kallad till återbesök och så vidare.

– majoritetspolitiker

En tredje politiker anser att samverkan mellan beställaren och de privata utförarna utgör en central del i uppföljningsarbetet, eftersom relationerna ofta löper under lång tid. En fjärde politiker anser att jämförelser mellan olika vårdgivare i Socialstyrelsens Öppna Jämförelser är den viktigaste metoden för deras uppföljning.

Sammanfattningsvis ska det poängteras att det inte tydligt framgår av intervjuerna hur avtalen används, eller kommer att användas, i uppföljningen. Majoriteten av tjänstemännen är i likhet med politikerna emellertid positiva till att använda avtalen som grund för uppföljning. Det finns en samsyn om att avtalen ska fungera som en bakgrund i uppföljningsarbetet, snarare än som den främsta uppföljningsmetoden.

Är avtalen lika viktiga för alla typer av vårdtjänster?

De flesta av de intervjuade politikerna anser att styrningsmöjligheterna varierar mellan olika specialitetsområden. Framförallt upplever man att det är det svårt att via avtal styra vårdområden med mer komplexa diagnoser, eller tjänster där det krävs samarbete mellan olika aktörer. Även tjänstemännen ser risker för vissa vårdområden. Man framhåller att exempelvis specialistvårdstjänster med behov av akutsjukhusens resurser, lämpar sig mindre bra som vårdval.

Både politiker och tjänstemän uppger att specialitetsområdena måste ha en viss bredd och viss storlek för att lämpa sig som vårdvalsområde. En annan svårighet som beskrivs vid utformningen av vårdvalet är tjänstemännens möjligheter att självständigt utforma avtalen. För mer komplexa områden behöver man ta hjälp av experter i högre utsträckning, för att vårdvalet ska kunna fungera med det övriga vårdsystemet. En politiker uppger psykiatri som ett exempel på ett specialitetsområde som är särskilt svårt att styra. Vederbörande anser samtidigt att det är ett område där behovet av vårdval är stort.

”Det är svårare att följa upp, men det kanske ändå är viktigare att man hittar vårdvalsmodeller där. Det finns inget som är så oerhört viktigt för patienten som att kunna välja en behandlare som man själv känner sympati för, inom psykiatrin.”

– majoritetspolitiker

Vissa politiker menar tvärtom att det inte finns några skillnader i styrningsmöjligheter mellan olika områden, och att grunden för vårdvalssystemet alltid är densamma oavsett tjänsteområde. Majoriteten av tjänstemännen anser inte heller att styrningsmöjligheterna varierar för de specialistområden där de infört vårdval. Däremot uppger de att det finns specialistområden som de utrett och kommit fram till att de av olika skäl inte lämpar sig som vårdvalsområde.

”Det var initialt ett förslag att gynekologin skulle bli vårdval, och där backade vi. Mycket med tanke på att läkarna inom gynekologin även jobbar inom förlossningsvården. Vi såg en risk att vi skulle ha så pass mycket verksamhet ute på stan, om vi säger så, att det då skulle äventyra jourlinjer och annat inom förlossningsvården.”

– tjänsteman

En av tjänstemännen anser att det är svårt att styra med avtal oavsett specialistområde, eftersom relationen mellan landstingen och utförarna blir mer av en juridisk karaktär, där avtalen spelar en stor roll. Tjänstemannen framhåller att det ligger i avtalsrelationen, att om den beställande parten inte formulerar åtagandet på ett bra sätt i avtalet eller förfrågningsunderlaget, förlorar man kontrollen över verksamheten och blir sårbar.

Av intervjuerna med politiker och tjänstemän framgår det att åsikterna om huruvida styrningsmöjligheterna varierar mellan olika specialistområden skiljer sig åt. De flesta anser dock att vissa specialistområden lämpar sig mindre bra som vårdval och också fungerar sämre att styra med avtal. Intressant är också att en tjänsteman lyfter att det är svårt att styra med avtal, oavsett vilket specialistområde det rör sig om, på grund av relationen mellan beställare och utförare.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna att avtalen i dagsläget spelar en mindre roll i det praktiska uppföljningsarbetet. Av intervjuerna framkom det att politiker och tjänstemän i huvudsak ser avtalen som en bakgrund för vårdgivarnas åtaganden. Det är andra metoder, exempelvis nationella patientenkäter, samverkan, öppna jämförelser samt regelbunden uppföljning av ekonomi och produktion, som anses vara viktigare vid uppföljning av verksamheten. Ändå är både politiker som tjänstemän principiellt positiva till att framöver i ökad utsträckning använda avtalen som grund till uppföljning. Man uppger också att det finns en viss problematik. Beträffande hur man tycker att förfrågningsunderlagen ska utformas, ser vissa politiker fördelar med att använda vagt formulerade krav. De menar att det gynnar innovationskraften hos utförarna, medan andra menar att vagt formulerade krav försvårar uppföljningsarbetet. Tjänstemännen är mer eniga i att tycka att en blandning på kravens karaktär behövs.

Sammanfattning av studiens resultat

I rapporten undersöks hur landstingen använder förfrågningsunderlagen som styrmedel av vårdens kvalitet. Detta görs genom en kartläggning av vilka krav landstingen ställer på de vårdtjänster de kontrakterar. Därefter undersöks vilka andra typer av verktyg som landstingen använder i avtalen för att reglera och garantera kvaliteten i vården, däribland riktlinjer, sanktioner samt speciella skrivningar för att undvika indikationsglidningar. Dessutom har politiker och tjänstemän i ledande ställning intervjuats om hur de tycker att avtalsstyrningen fungerar.

Vilka områden berör kraven?

I den kategorisering som gjordes av kraven framkommer att landstingen i huvudsak ställer krav på *Rapportering och registrering*, *Journalhantering* och *IT-säkerhet*, samt *Medicinskt/kliniskt åtagande*. Resultaten visar också att krav om *Kostnadsansvar* och *Ledningssystem och avvikelshantering* är de kategorier som förekommer minst ofta i förfrågningsunderlagen. Även de närliggande kategorierna *Personal och Bemanning* ligger bland de fyra minsta kategorierna.

Intressant att notera är att det i flera av landstingens förfrågningsunderlag saknas krav inom vissa kategorier. Detta kan i vissa fall förklaras av vårdtjänsternas karaktär, men beträffande mer övergripande kravkategorier är det anmärkningsvärt. Exempelvis saknas helt krav i kategorin *Läkemedel* i fyra av de 16 analyserade underlagen, medan det i andra förfrågningsunderlag förekommer ett 50-tal krav i denna kategori. Vi ser liknande tendenser även för bl.a. *Patientinformation och klagomålshantering* (se Appendix 1).

Avser kraven struktur- process eller resultat kvalitet?

Kravsatserna i förfrågningsunderlagen är formulerade på olika sätt. En vanligt förekommande klassificering av kravtyper är att dela upp dem i struktur, process och resultat (Donabedian 1980, 1988). Ett tydligt resultat är att landstingen i hög utsträckning (66 procent) ställer krav på processer, snarare än på strukturer eller resultat. Proportionerna mellan dessa kravtyper är ett resultat som återkommer i tidigare studier av äldreomsorg (Winblad et al. 2014). Resultatkrav är ovanliga inom både äldreomsorg och sjukvård. Andelen strukturmått är emellertid avsevärt

högre inom specialistsjukvården jämfört med äldreomsorgen (30 procent inom specialistvården respektive 12 procent inom hemtjänsten).

Detta skulle kunna förklaras av att specialistsjukvården i högre grad kräver specifik utrustning, exempelvis för journalhantering och IT-system och att detta regleras genom fler strukturkrav. Man behöver även i högre grad specificera grundkompetensen hos personal och de medicinskt ansvariga personerna genom strukturkrav. Denna förklaring är också relaterad till att man inom specialistsjukvården troligen i hög utsträckning förlitar sig på professionens bedömningar. Ett större fokus på att reglera strukturer, och därmed färre processkrav, leder till att professionen i högre utsträckning får en möjlighet att styra över utformningen av vårdens processer.

Resultatkraven är som förväntat få i materialet. Genom att ställa krav på tydliga resultat i verksamheten, skulle landstingen teoretiskt sett kunna möjliggöra för de externa vårdgivarna att hitta egna vägar att uppnå landstingets kvalitetsmål. Inom litteraturen lyfts resultatkrav ofta fram som något eftersträvansvärt eftersom man då vet exakt vilket utfall man kan förvänta sig (Donabedian 1988)

Är kraven ställda på ett sådant sätt att de är möjliga att följa upp?

För att landstingen ska kunna styra kvaliteten genom avtal behöver man veta om vårdgivarna utfört sitt uppdrag eller inte. En förutsättning för detta är att kraven går att följa upp. Resultaten i studien visar att avtalens uppföljningsbarhet generellt sett är god. Däremot är det få krav som är både uppföljningsbara och samtidigt mätbara (det vill säga att det går att uttala sig om i vilken grad de är uppfyllda). Detta kan tyckas förvånande, med tanke på specialistsjukvårdens tekniska karaktär. För en så teknisk tjänst borde det gå att konstruera krav på ett mätbart sätt, exempelvis genom olika skalor och indikatorer.

Viktigt att påpeka i detta sammanhang är att krav som i analysen klassificeras som omätbara, principiellt är möjliga för landstingen att kvantifiera vid senare tillfälle. Ett exempel är kravkategorin *Rapportering och registrering* som innehåller flest krav, där krav om att inrapportera information till olika kvalitetsregister återfinns. Data från kvalitetsregistren möjliggör att en rad olika aspekter av vården kan mätas och värderas vid senare tillfälle. Resultatet pekar på att landstingen utformat en lösning där de valt bort mätbara krav i avtalen, för att istället ställa krav på vårdgivarna att leverera en viss form av data, som vid senare tillfälle kan ligga till grund för landstingets mer generella uppföljning av verksamheten.

Analysen av uppföljningsbarhet visar vidare att det inte finns någon direkt skillnad på uppföljningsbarhet vad gäller de olika tjänsteområdena, det vill säga skrivningarna skiljer sig inte särskilt mycket mellan avtal som rör exempelvis ortopedi alternativt ögonsjukvård. Snarare skiljer sig uppföljningsbarheten mellan olika kategorier. Ett tydligt resultat är att de patientnära kategorierna, det vill säga *Omvårdnad*, *Personalfrågor*, *Tillgänglighet*, *Ledningssystem och avvikelsehantering*, samt *Patientinformation och klagomålshantering* är minst preciserade och därför har det lägsta uppföljningsbarhetsvärdet. Särskilt lågt värde har kategorin *Omvårdnad*, som ligger på 1,21.

Resultaten visar även att resultatkraven i förfrågningsunderlagen i praktiken sällan är uppföljningsbara. Resultatkraven har ett medelvärde på 1,35, att jämföra med medelvärdet för samtliga krav på 1,80. Krav på resultat är ofta vagt formulerade och rör inte sällan patientnära aspekter som är mer vagt formulerade och därför svårare för landstingen att följa upp. Ett vanligt område där dessa krav förekommer är patientcentrering, samt värdefrågor såsom jämlik vård och integritet. Det verkar alltså vara svårt att styra verksamheten genom resultatkrav.

De språkvetenskapliga analyserna görs för att få en annan spegling av kravsatsernas skrivningar och utgör därför ett bra komplement till de mer renodlat innehållsmässiga analyserna av kraven. De språkvetenskapliga analyserna visar att krav som skrivs på ett vagt och ospecifikt sätt och där man hänvisar till abstrakta ord, i mycket lägre grad är uppföljningsbara. De krav som uttrycks på ett konkret sätt är däremot i hög grad uppföljningsbara för landstingen.

Vidare konstateras att krav som beskriver *hur* något ska göras i allmänhet har god uppföljningsbarhet. Även krav som använder en tidsram, det vill säga anger när något ska göras, är lättare att följa upp. Däremot har krav som uttrycker i vilken utsträckning något ska göras, det vill säga graderar uppgiften, i allmänhet lägre uppföljningsbarhet. De båda språkvetenskapliga analyserna som görs i rapporten visar att det är just inom kategorin *Omvårdnad* som kraven i lägst utsträckning är specificerade och uttryckta på ett konkret sätt.

Förekommer krav i förfrågningsunderlaget som förhindrar indikationsglidning?

I nästa analys undersöks vilka instrument, förutom specifika formuleringar av kravsatserna, som landstingen använder i avtalen för att reglera utförarnas beteende. Det är tydligt att många landsting infört skrivningar i avtalen för att förhindra indikationsglidningar, det vill säga att vårdgivaren opererar för få eller för många patienter givet vårdbehovet i syfte att öka intäkterna. Resultatet visar att landstingen i majoriteten av förfrågningsunderlagen gör sitt bästa för att konkretisera både målgrupp och innehållet i den beställda tjänsten. Resultatet pekar på stora skillnader mellan tjänstetyper, vilket även stämmer överens med en analys som Anell (2012) gjort. Mottagningsverksamhet har väsentligen svårare än verksamhet som inkluderar specifika behandlingar och ingrepp att avgränsa målgruppen och kan inte heller på samma sätt konkretisera vad ett läkarbesök skulle kunna innehålla. Förvånansvärt många av landstingen gör dock tydliga försök att konkretisera även öppenvårdsavtalen.

Det är däremot mycket sällan man använder sig av tydliga och mätbara behovsindex i avtalen. Främst är det för kataraktoperationer och ortopediska operationer som det skrivs in i avtalen exakt på vilka indikationer som patienter ska opereras, det vill säga vilken svårighetsgrad av sjukdomen patienterna ska ha för att erhålla en insats.

I vilken utsträckning innehåller förfrågningsunderlagen sanktionsmöjligheter?

Olika former av sanktioner är ytterligare ett instrument som landstingen kan använda för att reglera vårdgivarnas beteende. Kartläggningen av sanktioner visar att man inte använder sanktioner i särskilt hög utsträckning inom landstingen idag. Det som främst skrivs in i förfrågningsunderlagen är vilka grunder som krävs för att landstingen ska ha möjlighet att häva avtalet med vårdgivaren. I mindre utsträckning används ekonomiska sanktioner, och då främst genom att landstinget håller inne med en del av vårdgivarens ersättning.

Det varierar dock mellan landstingen i hur hög utsträckning man använder sig av sanktioner. Vissa landsting använder inte sanktioner alls medan andra skriver in i avtalen hur sanktionsprocessen bör gå till, vilka sanktioner som ska användas, hur de ekonomiska sanktionerna ska utformas samt vilka grunder som finns för kontraktshävning. Skrivningarna om sanktioner är generellt mycket vagt hållna i avtalen. Detta kan innebära problem för landstingens verkställande, då man inte kan ta stöd av avtalen i verkställandet av sanktionerna. Det framkommer också i intervjuerna att sanktioner faktiskt verkställs mycket sällan.

I vilken utsträckning används riktlinjer för att reglera vårdgivarna?

Ett tredje sätt att reglera vårdgivarnas beteende är att hänvisa till riktlinjer i avtalen. Cirka 10 procent av de undersökta kraven refererar till olika typer av riktlinjer. Däremot är det många landsting som i den allmänna texten i förfrågningsunderlagen hänvisar till olika former av riktlinjer. Efter att ha analyserat i vilken utsträckning förfrågningsunderlagen kopplar till nationella riktlinjer kan det fastställas att man i första hand refererar till landstingens egna riktlinjer. Att man kopplar verksamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer är mycket ovanligt. Den enda som nämns av dessa är riktlinjerna för diabetesvård. En förklaring till detta är att det helt enkelt inte finns nationella riktlinjer för de områden som förekommer inom vårdvalet.

Många av skrivningarna rörande riktlinjer är vagt hållna. Ofta formulerar man det som ett allmänt krav att ”följa gällande riktlinjer och lagstiftning” inom olika områden utan att vidare specificera vilka exakta riktlinjer det rör sig om. Trots detta är ändå de krav som innehåller referenser till riktlinjer i högre grad uppföljningsbara än kraven i genomsnitt. Att använda riktlinjer är alltså ett sätt att stärka kravens uppföljningsbarhet.

Hur ser politiker och tjänstemän på möjligheterna att följa upp kraven i avtalen?

De intervjuer som vi har gjort illustrerar tydligt det problem som tidigare diskuterats i rapporten, nämligen avvägningen mellan vaga respektive hårda krav. Åsikterna går ofta isär om vilka typer av krav som är eftersträfvansvärda, och flera menar också att en blandning behövs. Det mönster som återkommer är att majoritetspolitiker i högre grad efterfrågar vaga krav, medan oppositionspolitiker understryker vikten av mer precisa och hårda krav.

Alla som har intervjuats är överens om att avtalet fyller en viktig funktion som referensdokument och förtydligande av relationen mellan beställare och utförare. Avtalets funktion verkar däremot stanna vid detta, och andra metoder används i praktiken i högre grad vid uppföljningen av verksamheten. Förfrågningsunderlaget verkar i praktiken inte spela en aktiv roll i uppföljningen av vårdgivarna.

På frågor om hur avtalsstyrningen skiljer sig mellan olika specialistvårdsområden ges inte en enhetlig bild. Vissa anser att styrningsmöjligheten förblir densamma oavsett område, andra menar att mer komplexa specialistvårdsområden, till exempel psykiatrin, är svårare att styra. De allra flesta är däremot överens om att tjänsteområdet spelar roll, och att det är viktigt att man gör en noggrann utredning innan vårdvalet skapas.

Diskussion

Denna rapport har undersökt hur landstingen utformar sina förfrågningsunderlag inom vårdvalssystem för specialistsjukvård. Förfrågningsunderlaget är, tillsammans med ersättningssystemet för utförd vårdproduktion, den styrlogik som landsting och regioner har att styra vårdproduktionen med. Studien görs mot bakgrund av antagandet att förfrågningsunderlaget är det viktigaste medlet för landstinget att styra de privata vårdgivarna, eftersom det formulerar avtalsrelationen mellan beställare och utförare.

När landstingen utformar sina förfrågningsunderlag föreligger en avvägning mellan hur tydliga respektive vaga krav man bör ställa. Mer tydliga och specificerade krav, dvs en mer ”hård” styrning, är på förhand lättast att kontrollera, och blir därför ett enklare styrmedel för uppdragsgivarna att använda. Hård styrning i avtal är vanligt förekommande vid avtal om tjänster som är mer lättdefinierade och avgränsade, exempelvis inom byggsektorn eller avfallshanteringen. Nackdelen med att tillämpa hårda krav vid mer komplicerade tjänster, exempelvis vård, är att de riskerar att minska utrymmet för vårdgivarna att forma sin verksamhet och profilera sig på det sätt som man själv anser är bäst för patienterna. En mer ”mjuk” styrning som lämnar större handlingsutrymme till vårdgivarna kan även ha den positiva effekten att den skapar mer mångfald i vårdproduktionen. Nedan kommer vi att diskutera den avvägning av hård respektive mjuk styrning som landstingen gör.

Är tydlighet och hög uppföljningsbarhet alltid att föredra?

Vår rapport visar, genom ett flertal analyser av 16 förfrågningsunderlag, att förutsättningarna för uppföljning utifrån avtalen är relativt goda inom specialistsjukvården. Både analysen av uppföljningsbarhet och de språkvetenskapliga analyserna indikerar att den styrningsstrategi som landstingen tillämpar för specialistvårdstjänster i vissa avseenden kan betraktas som hård. Kraven är oftast tydligt formulerade och möjliga att följa upp, till skillnad från resultatet i en tidigare studie av valfrihetssystem inom hemtjänst där kraven var mindre tydligt formulerade och mindre uppföljningsbara (Winblad et al 2014). Även landstingens många riktlinjer har visat sig ha en potentiellt positiv inverkan på uppföljningsbarheten inom specialistvården.

I nära anslutning till frågan om uppföljningsbarhet ligger också analysen av indikationer, vars resultat visar att förfrågningsunderlagen ger en tydlig bild av vad som inkluderas i uppdraget. Genom att precisera vad som ingår i uppdraget, till exempel med avseende på målgrupp och behandlingsprocess, reglerar landstinget vad man förväntar sig av vårdgivaren.

Med så pass tydligt formulerade krav, vilka möjligheter har då landstingen att nå innovationsfördelar? Vagt formulerade krav kan – teoretiskt sett – ge utrymme för vårdgivarna att tolka uppdraget efter eget huvud, vilket ofta förutsätts leda till innovation och nytänkande. För att nyansera bilden kan vi därför belysa styrningen ytterligare, utifrån de delar av förfrågningsunderlagen där landstingen inte är lika tydliga i sin kravformulering. Rapporten visar att de patientnära kategorierna har låg uppföljningsbarhet och ofta innehåller abstrakta och vaga formuleringar. Det är tänkbart att det är inom dessa områden som utrymmet för vårdgivarna att profilera sig finns. Flera av de intervjuade politikerna bekräftar också detta. Man menar att verksamhetsnära kategorier av krav, såsom tillgänglighet och bemötandefrågor, bör vara upp till vårdgivarna själva att avgöra hur de ska utforma. Detaljstyrning skulle alltså inte vara önskvärt för dessa aspekter av tjänsten. Däremot menar intervjupersonerna att andra krav bör vara mer hårt utformade då det är av yttersta vikt att man från landstingens håll kan vara säkra på att de uppfylls.

Det finns emellertid en risk att landsting genom att tillåta vaga krav underlåter sig att utöva sitt ansvar för vårdens kvalitet på detta område. En tänkbar anledning till vaga formuleringar om patientnära aspekter, exempelvis patientcentrad vård, är att landstingen inte själva brutit ned och operationaliserat begreppen och att det därför är svårt att formulera lämpliga krav. Definiering och precisering i förfrågningsunderlaget syftar dels till att kunna formulera vilka mål man som landsting har för den mer patientnära verksamheten, dels till att lägga grunden för uppföljning inom dessa områden.

Uppföljningsbara men inte mätbara krav

Styrningen av vårdgivarna kan också belysas utifrån hur man hanterar mätbara krav i relation till hur man avkräver inrapportering. Studien visar att trots en hög uppföljningsbarhet inom många kravkategorier, är det få av dessa krav som är formulerade på ett sätt som också gör dem mätbara, vilket gör det svårt att avgöra i vilken utsträckning som kravet är uppfyllt eller inte. Vi tolkar avsaknaden av mätbara kvalitetskrav som att landstingen inte avser att styra genom avtalen i första hand. Istället är uppföljningen en självständig verksamhet, som i viss mån är skild från avtalets skrivelse. Det är istället genom den mer generella uppföljningen man mäter utfallet av vårdtjänsterna. Även intervjuerna i studien vittnar om att uppföljningen oftast inte utgår ifrån förfrågningsunderlagets kravformuleringar, utan snarare på grundval av de data som rapporteras in utifrån vissa kravskrivningar i avtalen.

Det verkar alltså som att landstingen accepterar att avtalen inte kan styra hela verksamheter. Förutsatt att landstingen aktivt väljer bort mätbara krav som en styrningsstrategi, blir detta resultat ytterligare ett tecken på att landstingen inte eftersträvar en hård styrning, utan överlåter viss frihet till vårdgivarna.

I förfrågningsunderlagen läggs emellertid ett stort fokus på att vårdgivarna ska rapportera in olika parametrar till landstingen, samt formerna för denna inrapportering. Tanken är att denna information kan ligga till grund för landtingens mer generella uppföljning vid ett senare tillfälle. Här blir det viktigt hur mängden data som inrapporteras används av landstingen och att detta fångas upp i de tillgängliga systemen. Sammantaget tolkar vi resultaten från analyserna som att landstingen i stor utsträckning fokuserar på att följa verksamhetens resultat genom den mängd information som kommer in, snarare än att kontrollera att vårdgivarna uppnår vissa uppställda mål formulerade som krav i avtalen.

Materialet för studien innehåller mycket skilda vårdtjänster, men dessa valfrihetssystem har det gemensamt att de alla infördes relativt nyligen. En alternativ tolkning till den relativt begränsade användningen av avtalen som bas för uppföljning är att man i landstingen är i ett så tidigt skede av utformningen av valfrihetssystemet och inte har den erfarenhet som krävs för att utforma relevanta kvalitetsindikatorer på området. Vidare tolkar vi mängden krav på inrapportering som att de landsting som infört specialistvårdval i hög grad vill att systemet ska fungera flexibelt. Att inte ställa mätbara krav och krav på ett visst utfall för kvaliteten på vårdtjänsten, utan istället försäkra sig om inrapportering från verksamheterna, ger landstinget möjlighet att över tid själva avgöra vad som är god kvalitet för vårdtjänsten, utan att för den skull ändra något i avtalen. Flexibiliteten består också av de kringdokument som omgärdar vårdtjänsten och dess professioner, där landstinget kan införa och förnya riktlinjer fortlöpande. Det gör styrningen mer anpassningsbar, men utan att påverka landstingets ansvarsutövning. Besluten om förändringar ligger kvar hos dem själva.

Denna styrningsstrategi medför dock en potentiell risk. Strategin förutsätter att man från landstingets sida faktiskt använder den data man samlar in, och samtidigt definierar vad man avser med god kvalitet. Risken är annars att uppföljning reduceras till att enbart upptäcka avvikelser och brister i efterhand snarare än att arbeta framåtblickande med vårdens kvalitet.

Resultat från delstudien om sanktionsformuleringar i förfrågningsunderlagen visar att man inte använder ekonomiska sanktioner i särskilt hög utsträckning, något som flera intervjuer bekräftar. Det är tydligt att man hellre hanterar brister på en informell nivå genom dialog och åtgärdsplaner. Tydliga krav finns oftast när det gått så långt att det är aktuellt att bryta ett kontrakt med en vårdgivare, men intervjuerna visar att det mycket sällan sker. Detta informella tillvägagångssätt tyder också på en mjukare styrningsform, och att förfrågningsunderlagen är mindre betydelsefulla i arbetet med uppföljning.

Att förlita sig på vårdens professioner

Ett tydligt definierat förfrågningsunderlag är inte enbart viktigt för landstingets relation med vårdgivaren, utan fungerar även som ett tydliggörande för vårdprofessionerna vad de åläggs att göra. Genom kompetenskraven (så kallade strukturkrav) klargörs vilka yrken som ska förekomma, målgrupp och omfattningen av uppdraget. Oftast anges också huruvida vårdprofessionerna ska diagnostisera, behandla, rehabilitera och/eller ge råd till patienter. I förfrågningsunderlaget sätts

därför ramarna för hur professionen ska utföra den specifika vårdtjänsten. Med en tydligt formulerad professionsroll, som exempelvis tillåts utföra sin verksamhet enligt gängse normer, behöver landstingen inte styra verksamheten i detalj genom konkreta krav. Man kan istället förlita sig på professionens roll och därmed ålägga vårdgivaren ett lagstadgat ansvar.

Det är i sammanhanget intressant att jämföra denna studies resultat med tidigare resultat från en studie av hemtjänsten, där andelen processkrav var närmare 88 procent (Winblad et al 2014). I föreliggande rapport är motsvarande siffra endast 66 procent. Detta trots att specialistvården ofta innefattar komplicerad och avancerad vård, där landstinget har ansvaret för att vården bedrivs i enlighet med deras föreskrifter och med den kvalitet som Hälso- och sjukvårdslagen kräver. Avancerade tjänster bör – teoretiskt sett – medföra att beställaren i högre grad intresserar sig för att styra detaljer i utförandet genom så kallade processkrav. Men resultatet från denna studie vittnar om det motsatta, inte minst när man kontrasterar mot den jämförelsevis enklare tjänst som hemtjänst är.

Vi vill hävda att en bidragande faktor till skillnaden är att avtalen inom specialistvården vilar på en stark och legitimerad profession, vilket inte är fallet för hemtjänsten. Landstingen kan därför låta professionen egenhändigt formulera innehållet i verksamheten. Häri ligger också en potentiell vinst för landstingen, eftersom man kan dra nytta av det nytänkande och de innovationer som professionernas arbete skapar. Professionens roll kan också vara en bidragande förklaring till att andelen mätbara krav är liten, trots specialistvårdens goda förutsättningar för mätbarhet. Det är varken nödvändigt eller rimligt att ställa mätbara krav om diagnostisering eller behandling eftersom detta ingår i den medicinska professionens yrkesansvar.

Avslutande diskussion

Rapportens resultat visar således att den styrlogik som förekommer för valfrihetssystem inom specialistsjukvården kan anses innehålla karakteristik som är typisk både för så kallad hård styrning, likväl som mjuk styrning (se Fredriksson et al 2012). Den hårda styrningen består i att avtalen för specialistvårdstjänsterna i stor utsträckning ställer tydliga och uppföljningsbara krav, med ett starkt fokus på att inhämta information ur verksamheterna, både avseende vårdkvalitet och praktiskt utförande. De mjukare aspekterna knyter an till en flexibilitet i styrningen, där man undviker att på förhand stipulera mätbara krav eller specifika krav på utfall av vårdtjänsterna. Landstingen tycks istället förlita sig på inrapportering, och därmed i ett andra steg avgöra kvaliteten på tjänsterna genom uppföljning.

Vad som anges i förfrågningsunderlagen utgör därför en verktyglåda för landstingen, som man i egenskap av beställare behöver vara väl bekant med. Vår studie har tematiskt belyst ett flertal av dessa verktyg – indikationer, sanktionsmöjligheter, samt riktlinjer. Om ett landsting avser att tillämpa en mer mjuk styrning av vårdgivarna, behöver man vara medveten om vilka risker och fördelar som finns för en sådan styrlogik. I avsaknad av krav på resultat och ett

visst kvalitetsutfall, ålägger landstingen sig själva att på andra sätt följa upp vårdgivarna, för att kunna styra mot kvalitet.

En medvetenhet om professionens roll är viktig vid den mjuka styrningen. En stark profession är alltid en tillgång när man vill utveckla vårdens kvalitet. Landstingen behöver emellertid vara medvetna om riskfördelningen mellan parterna, och i vilka situationer man gör sig beroende av vårdprofessionens förståelse för och kompetens om vårdtjänsten i fråga. Det beställande landstinget behöver till exempel ta reda på i vilka sammanhang som det finns risker för indikationsglidningar och andra oönskade beteenden. Inom dessa områden kan man tänka sig hårdare styrningsformer. En risk med den hårda styrningen är, som diskuterats på flera ställen i rapporten, att landstingen styr de externa utförarna för hårt genom att precisera exakt vad som ska göras. Därmed skapas inte utrymme för innovation och nytänkande.

Slutligen är det viktigt att diskutera förfrågningsunderlagets funktion i uppföljningen av verksamheten. Det är tydligt att avtalen inte används i det dagliga uppföljningsarbetet utan att man från landstingens sida valt att se dem som ett komplement till andra uppföljningsmetoder, exempelvis produktions- och ekonomirapporter. Således blir avtalen ett bland många verktyg för att följa upp verksamheten. En tanke är att man från landstingens håll ser förfrågningsunderlagen mer som ett sätt att selektera fram tillräckligt goda vårdgivare i ansökningsprocessen men att avtalen i nästa led inte direkt är tänkta att utgöra grund för uppföljningen. I specialistsjukvårdens fall, med väsentligt tydligare och mer uppföljningsbara krav än i till exempel hemtjänsten, skulle dock avtalen kunna användas på ett mer aktivt sätt i den faktiska uppföljningen. Detta är också något som de intervjuade politikerna och tjänstemännen stödjer. Oavsett vilken väg man väljer är det viktigt att man från politiskt håll är medveten om respektive styrlogiks för- och nackdelar. Detta är inte minst viktigt ut ett legitimitetshänseende för att garantera att skattebetalarna verkligen erhåller den vård man har rätt till.

Referenslista

- Almqvist, R. (2001). Management by contract: A study of Programmatic and Technological Aspects. *Public Administration*, 79(3), 689–706
- Anell, A., Nylinder, P., & Glenngård, A. H. (2012). *Vårdval i primärvården - jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting.
- Anell, A. (2014). *Vårdval i specialistvården - Utveckling och utmaningar*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting,
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25(1). 173-92.
- Ellis, R. P. (1998). Creaming, Skimping and Dumping, Provider Competition on Intensive and Extensive Margins. *Journal of Health Economics*, 17, 537–555.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2012). Conflict and Compliance in Swedish Health Care Governance: Soft Law in the “Shadow of Hierarchy.” *Scandinavian Political Studies*, 35(1), 48–70. doi:10.1111/j.1467-9477.2011.00279.x
- Halliday, M. A. ., & Webster, J. (2009). *Continuum Companion to Systemic Functional Linguistics*. London: Continuum International Publishing Group.
- Hart, O. (1995), *Firms, Contracts and Financial Structure*, Oxford, Oxford University Press, Clarendon Lectures.
- Hirschman, O. A. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states* (Vol. 25). Oxford: Oxford University Press.
- Holmström, B. (1989). Agency Costs and Innovation. *Journal of Economic Behavior and Organization* 12 (1989) 305-327. North-Holland., 2, 305–327.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (1982). Socialdepartementet. Stockholm.
- Isaksson, D. (2012). Som man frågar får man svar – vilka kvalitetskrav ställer kommunerna vid upphandling av äldreboenden? Magisteruppsats, Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet.
- Karlsson A-M, Holmberg P. & Nord A. (2011) *Funktionell textanalys*, Stockholm: Norstedts
- Kommunallagen (1991:900) Stockholm. Finansdepartementet,
- Lagen om valfrihet (LOV) (SFS 2008:962) Stockholm. Socialdepartementet.
- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. (2011). Stockholm: Socialstyrelsen.

Nord A. (2011) Att göra någon annans text tydlig. Förutsättningar och språkideal vid språkbearbetning av myndighetstext. (TeFa 48.) Uppsala: FUMS, Institutionen för nordiska språk, Uppsala universitet.

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) (2010). Socialdepartementet. Stockholm.

Regeringens proposition 2008/09:29 - Lag om valfrihetssystem (2008). Stockholm Socialdepartementet.

SOU 2008:15. LOV att välja – lag om valfrihetssystem. Slutbetänkande från Frittvalutredningen. Socialdepartementet. Stockholm.

Stolt, R., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 560–567. doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.012

Teleman, U., Hellberg, S. & Andersson, E. (1999), Svenska akademiens grammatik (SAG), Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Walsh, K. (1995). *Public services and market mechanisms; competition, contracting and the new public management*. New York: St. Martin's Press.

Walsh, K., Deakin, N., Smith, P., Spurgeon, P., & Thomas, N. (1997). *Contracting for change: contracts in health, social care, and other local government services*. Oxford: Oxford University Press.

Winblad, U., Isaksson, D., Josefsson, K., & Olsson, F. (2014). *Kvalitetskrav i valfrihetssystem - en analys av förfrågningsunderlag för hemtjänst*. Stockholm. Sveriges kommuner och landsting.

Källor:

Förfrågningsunderlag för utförande av Psykoterapi för vuxna. (2011) Region Halland.

Förfrågningsunderlag för utförande av Medicinsk fotvård. (2014) Jämtlands läns landsting.

Förfrågningsunderlag för utförande av Ögonsjukvård. (2013) Jönköpings läns landsting.

Förfrågningsunderlag för utförande av Specialiserad hudsjukvård i öppen vård Regelbok 2014. (2014) Kronobergs läns landsting.

Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Skåne. (2013) Region Skåne.

Förfrågningsunderlag för utförande av verksamhet för operation av Grå Starr inom Vårdval Skåne. (2013) Region Skåne

Regelbok för höft- och knäprotesoperationer. (2011) Stockholms läns landsting.

Förfrågningsunderlag enligt LOV för Barn och ungdomsmedicinsk öppenvård. (2014) Stockholms läns landsting.

Förfrågningsunderlag enligt LOV för Förlossningsenheter. (2014) Stockholms läns landsting.

Förfrågningsunderlag enligt LOV för Specialiserad neurologi i öppenvård. (2014) Stockholms läns landsting.

Förfrågningsunderlag enligt LOV för Ortopedi och handkirurgi. (2014) Stockholms läns landsting.

Regelbok för Gynekologi i öppenvård. (2014) Uppsala läns landsting.

Regelbok för Psykoterapi. (2013) Uppsala läns landsting.

Regelbok för Höft och knäprotesoperationer. (2013) Uppsala läns landsting.

Förfrågningsunderlag och ansökan valfrihetssystem Vårdval Västmanland Medicinsk Fotvård för patienter med remiss. (2013) Västmanlands läns landsting.

Förfrågningsunderlag för utförande av Obesitaskirurgi. (2014) Landstinget i Östergötland.

Appendix 1, Krav per förfrågningsunderlag, sorterat per kategori, med färgkodning

Kravkategori	Barn och ungdomsmedicinsk	Fotvård	Förtärsning	Grå starr	Gynekologi	Hudsjukvård i öppenvård	Höft- och knäprotosoperationer	Höft- och knäprotosoperationer	Läkemedelsstaterad rehab vid	Medicinsk fotvård	Obesiktalskirurgi	Ortopedi och handkirurgi	Psykoterapi	Psykoterapi för vuxna	Specialiserad neurologi i	Ögonsjukvård
Avtalet: brott, uppsäg., skadestånd	22	0	23	5	11	0	4	21	5	11	1	5	5	6	10	9
Bemanning	7	0	13	11	8	3	2	15	9	3	3	7	4	0	11	6
Inventarier	19	8	34	15	7	36	27	14	8	4	7	20	2	0	16	19
Journalhantering och IT-säkerhet	41	8	56	36	11	16	24	11	42	4	5	54	4	2	59	23
Kompetens	14	9	9	6	8	4	5	4	6	2	5	23	6	4	3	11
Kostnadsansvar	7	0	8	2	5	1	9	6	3	0	3	0	5	1	6	3
Ledningssystem och avvikelsehantering	4	1	3	7	6	3	2	5	6	1	5	3	4	0	5	5
Läkemedel	13	0	11	14	9	2	16	7	13	0	6	24	0	0	18	8
Medicinskt/kliniskt åtagande	49	8	37	15	21	26	24	41	31	10	22	30	25	2	10	44
Miljö	7	0	10	7	10	1	12	6	5	2	4	13	10	0	17	3
Omvårdnad	15	0	12	7	13	2	8	9	26	2	14	19	5	1	19	11
Patientinfo. o. klagomålshantering	10	1	9	20	21	15	9	17	29	4	16	17	17	0	12	11
Personalfrågor	9	0	7	8	7	2	4	7	8	2	14	7	5	5	9	4
Rapportering och registrering	37	2	45	12	27	6	22	25	29	12	22	25	18	3	35	29
Samverkan med andra aktörer	31	2	29	20	15	9	21	19	42	7	14	25	5	1	29	25
Samverkan med landsting	18	2	15	13	18	15	12	9	7	13	11	18	9	0	26	23
Tillgänglighet	31	7	37	25	18	7	27	23	32	17	14	24	23	2	16	19
Övrigt	11	2	7	19	4	6	14	8	17	12	21	4	4	1	7	4
Totalt	345	50	365	242	219	154	242	247	318	106	187	318	151	28	30	257

Appendix 1. Specificitetsindex och konkretiseringsindex för respektive kravkategori

Kravkategori	Antal krav	Specificitet
Kostnadsansvar	59	2,44
Medicinskt/kliniskt åtagande	395	2,21
Avtalet -brott, uppsägning, skadestånd	138	2,20
Rapportering och registrering	349	2,17
Miljö	107	2,11
Samverkan med landsting	209	2,11
Kompetens	119	2,10
Bemanning	102	2,10
Personalfrågor	98	2,07
Tillgänglighet	322	2,07
Journalhantering och IT-säkerhet	396	2,06
Samverkan med andra aktörer	294	2,04
Läkemedel	141	2,02
Inventarier	236	1,92
Övrigt	141	1,89
Patientinformation och klagomålshantering	208	1,89
Ledningssystem och avvikelshantering	60	1,85
Omvårdnad	163	1,49

Kategori	Antal	Konkretisering
Kostnadsansvar	59	0,9
Journalhantering och IT-säkerhet	396	0,88
Bemanning	102	0,87
Samverkan med landsting	209	0,85
Inventarier	236	0,84
Rapportering och registrering	349	0,83
Samverkan med andra aktörer	294	0,83
Läkemedel	141	0,83
Avtalet -brott, uppsägning, skadestånd	138	0,81
Medicinskt/kliniskt åtagande	395	0,81
Miljö	107	0,79
Tillgänglighet	322	0,76
Personalfrågor	98	0,76
Ledningssystem och avvikelshantering	60	0,75
Patientinformation och klagomålshantering	208	0,73
Övrigt	141	0,71
Kompetens	119	0,71
Omvårdnad	163	0,28

Vårdval inom specialistsjukvården

– vilka krav ställer landstingen på vårdgivarna?

Rapporten undersöker hur landstingen använder avtal som styrmedel av verksamhetens kvalitet. Rapportens syfte är att kartlägga på vilket sätt landstingen utformar sina avtal med de externa utförarna inom specialistsjukvård, samt hur man anser att kvalitetsuppföljningen utifrån avtalen fungerar. Materialet består av 16 förfrågningsunderlag, samt 9 intervjuer med ledande politiker och tjänstemän. I intervjustudien behandlas framför allt hur landstingen själva ser på avtalsstyrningen, och på vilket sätt avtalen ligger till grund för uppföljningen av vårdens kvalitet.

Upplysningar om innehållet
Lena Svensson, lena.svensson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
ISBN: 978-91-7585-185-3
Text: Ulrika Winblad, Anna Mankell och Fredrik Olsson, Uppsala Universitet

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN 978-91-7585-185-3.