Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2014-04-09

LS 1402-0248

Landstingsstyrelsen

LANDSTINGSSTYRELSEN
14-05-20 00021

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Föredragande landstingsråd: Filippa Reinfeldt

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna i revisorsgrupp I har överlämnat projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013, till landstingsstyrelsen för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013, i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården är grundstommen i utvecklingen och utbyggnaden av hälso- och sjukvården i Stockholms län. Att Framtidsplanen genomdrivs på ett bra sätt med en ekonomi i ordning och reda är förutsättningen för att kunna förverkliga alla de mål som satts upp.

Det är glädjande att landstingsrevisorerna kommit fram till att arbetet med Framtidsplanen bedrivs på ett välorganiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. Revisorerna konstaterar också att det finns en bred samsyn inom landstinget om vikten av att genomföra Framtidens hälso- och sjukvård. Revisorerna pekar dock ut ett antal riskområden, exempelvis kompetensförsörjningen, styrningen av de akuta patientflödena och ansvarsfördelningen när det gäller byggnationer. Dessa områden måste givetvis uppmärksammas och tas på allvar.

Det pågår redan ett aktivt arbete inom vissa av revisorerna utpekade riskområden, exempelvis finns det modeller för kompetensförsörjning och specialisttjänstgöring. När det gäller det akuta mottagandet på sjukhusen finns det ett särskilt område inom Programkontoret och den investeringsmodell som används idag ska göras om för att bli bättre anpassad till den nuvarande situationen med stora investeringar som behöver komma på plats snabbt.

Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård har tagit fram riskbedömningsmall och en genomförandeplan. I många delar har också arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård integrerats i den ordinarie verksamheten, såsom i budgetprocessen och verksamhetsplaner.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 31 mars 2014
Landstingsrevisorernas projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Torbjörn Rosdahl

Filippa Reinfeldt

Kristoffer Tamsons

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektören

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2014-03-31

LS 1402-0248

Handläggare:
Clara Wahren

Ankom
Stockholms läns landsting
2014 -04- 02
Dnr. LS 1402-0248
Rakel II

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna i revisorsgrupp I har överlämnat projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013, till landstingsstyrelsen för yttrande.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 31 mars 2014
Landstingsrevisorernas projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013, i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Landstingsrevisorerna har granskat arbetet med Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (Framtidsplanen) på en översiktlig nivå. Huvudfrågan i granskningen är ”Bedrivs planeringen och genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården så att målsättningen med projektet som helhet säkerställs?”.

Revisorernas samlade bedömning är att Framtidsplanen bedrivs på ett välordnat och strukturerat sätt men att det finns kritiska delar som bör uppmärksammas.

Förvaltningen delar revisorernas bedömning att arbetet med Framtidsplanen går framåt, men också synen på att det finns inneboende risker. Förvaltningen tar riskerna på stort allvar och fortsätter arbetet med ett antal åtgärder inom de nämnda områdena. Inom Framtidens hälso- och sjukvårds programarbete finns en etablerad riskhantering. Denna omfattar hela förändringsarbetet och dess samverkan med andra förändringar i landstinget.

Bakgrund
Landstingsrevisorerna har granskat arbetet med Framtidsplanen på en översiktlig nivå. Arbetet har koncentrerats till några centrala områden där riskerna bedöms som stora av såväl revisionen som av projektledningen. Granskningen har i huvudsak ett styrningsperspektiv men även ett patientperspektiv finns med i genomförandefasen.

Revisorernas samlade bedömning är att arbetet med Framtidsplanen bedrivits på ett välorganiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. Kritiska delar som uppmärksammas i granskningen är fastställande av var vård ska bedrivas, förseningar av byggnationer, krav på effektiviseringar, ny avtalsmodell och nytt ersättningssystem, IT-system, kompetensförsörjning samt styrning av de akuta patientflödena.

Överväganden
Stockholms läns landsting bedriver ett strukturerat arbete kring Framtidsplanen för hälso- och sjukvård, som samordnas av Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård (Programkontoret). Det finns en etablerad riskbedömningsmall och en genomförandeplan. Riskbedömningar sker löpande.

Projektet "SLL 2020" är ett projekt som avser landstingets samlade ekonomiutveckling under de kommande åren, och hanteras inom SLL Ekonomi och Finans. Där ingår Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) ekonomistyrning. En projektgrupp för arbetet med FHS ekonomistyrning har etablerats och projektbeskrivningar och tidplaner för vårens arbete har tagits fram. Projektet har delats upp i fem separata delprojekt: vårdens kostnader, programkontorskostnader, omställningskostnader, kostnads- och hyresfördelningsmodell strategiska fastigheter och investeringsuppföljning strategiska fastigheter.

Representanter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Locum AB, landstingsstyrelsens förvaltning och Programkontoret leder arbetet för respektive kompetensområde. En representant från vården kommer att

utses av ekonomidirektörerna och löpande involveras i arbetet för att säkerställa ett väl förankrat slutresultat.

Landstinget ser över den investeringsmodell som används idag så att den ska bli bättre anpassad till den nuvarande situationen med stora investeringar som behöver komma på plats snabbt. Även ersättnings- och avtalsmodellens betydelse för att skapa rätt incitament för nätverkssjukvården, lyfts fram i rapporten. Arbetet med att ta fram en ny modell pågår.

Avsiktsförklaringar har tagits fram i samverkan med akutsjukhusen. Dessa avsiktsförklaringar lägger fast inriktningen för vilken sjukvård som ska bedrivas var. Akutsjukhusens slutliga uppdrag fastställs sedan i ordinarie avtalsprocess mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive akutsjukhus. Landstingsfullmäktige fastställer uppdragen i ägardirektiv för de landstingsägda akutsjukhusen. Utöver detta har också programkontoret via de generella ägardirektiven tilldelats rätt att utfärda anvisningar.

Landstingdirektören har utrett möjligheterna att åstadkomma en bättre och tydligare IT-säkerhet. I de överväganden som har gjorts har målet att förverkliga den digitala agendan, hänsyn till patientsäkerhet och patient-integritet, landstingets policy och riktlinjer för informationssäkerhet samt administrativ förenkling varit vägledande. Arbetet har skett i dialog med berörda förvaltningar och bolag. Under år 2014 kommer det att starta en e-förvaltning för att bättre tillgodose de behov som finns, rekrytering till en strategisk IT-funktion pågår.

Landstinget bedriver ett strategiskt och långsiktigt arbete för att säkra kompetensförsörjningen till hälso- och sjukvården. Arbetet är ett strukturerat samarbete mellan landstingsstyrelsens förvaltning, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Slutrapport har lämnats för Programkontorets projekt för Kompetensförsörjning och utbildning. Projektet har arbetat under perioden september 2012 till december 2013 med fyra delprojekt kring kommunikation, modell för kompetensförsörjning, modell för specialisttjänstgöring (ST) och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) samt hanteringsordning för personalrörlighet.

Förvaltningen delar revisorernas syn på att frågan om akut omhändertagande är en av de kritiska frågorna i förverkligandet av Framtidsplanen. Arbetet omkring det akuta omhändertagandet intensifieras inom Programkontoret i ett särskilt genomförandeområde.

Vidare startar en mer aktiv kommunikation om intentionerna med Framtidens hälso- och sjukvård, både inom landstinget och gentemot medborgarna.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

PROJEKTRAPPORT NR 14/2013

Ankom
Stockholms läns landsting
2014 -02- 25
Dnr LS 1402-0248

Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Revisorsgrupp I 2014-02-20 *Diarienummer:*
RK 201311-0076

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 14/2013

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2014-02-20 att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2014-06-04.

Revisorernas samlade bedömning är att planeringen av FHS bedrivits på ett välorganiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. När nu arbetet övergår i en genomförandefas är det ett komplext pussel med många delar som ska läggas. Kritiska delar som uppmärksammats är att

- lägga fast var vård ska bedrivas,
- förseningar av byggnationer,
- krav på effektiviseringar,
- konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem,
- nödvändiga IT-system för information,
- kompetensförsörjning och
- styrning av de akuta patientströmmarna.

Det finns en etablerad riskbedömningsmodell på plats inom FHS-arbetet. Trots det vill revisorerna poängtera vikten av att ha en handlingsberedskap för olika sorters förseningar i detta stora pussel. Riskerna är påtagliga och konsekvenserna kan bli stora såväl i vården som för landstinget som helhet.

Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör det behov som förefaller finnas av att klara ut ansvaret mellan berörda parter när det gäller byggnationer för att förhindra förseningar liksom behovet av utveckling av nödvändiga IT-system. Andra områden som ligger inom landstingsstyrelsens ansvar är att hålla nere utgifter för investeringar och kostnader för omställningar som uppkommer under genomförande. Här önskar revisorerna även få svar på vilka åtgärder som kommer att vidtas för att stärka kostnadskontrollen med förtydligade ekonomistyrningsregler.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justerades omedelbart.

Kenneth Strömberg
ordförande

Anne Fahl
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
Fax: 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Revisorsgrupp II 2014-01-20 *Diarienummer:* RK 201311-0076

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 14/2013
Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2014-02-20 överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2014-05-20.

Revisorernas samlade bedömning är att planeringen av FHS bedrivits på ett välorganiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. När nu arbetet övergår i en genomförandefas är det ett komplext pussel med många delar som ska läggas. Kritiska delar som uppmärksammats i granskningen är att

- lägga fast var vård ska bedrivas,
- förseningar av byggnationer,
- krav på effektiviseringar,
- konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem,
- nödvändiga IT-system för information,
- kompetensförsörjning och
- styrning av de akuta patientströmmarna.

Det finns en etablerad riskbedömningsmodell på plats inom FHS-arbetet. Trots det vill revisorerna poängtera vikten av att ha en handlingsberedskap för olika sorters förseningar i detta stora pussel. Riskerna är påtagliga och konsekvenserna kan bli stora såväl i vården som för landstinget som helhet.

Revisorerna önskar att nämnden i sitt yttrande särskilt berör frågan om behovet av specifika uppdrag för arbetet med avtal och ersättningssystem. Det gäller hur arbetet ska organiseras och vem som ska ansvara för utvecklingen för att möjliggöra de perspektiv med bland annat nätverkssjukvård som ligger i Framtidsplanen.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justerades omedelbart.

Göran Hammarsjö
ordförande

Rikard Lindqvist
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
Fax: 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 23 21 00 - 0016
www.sll.se/rev

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

INNEHÅLL

1 SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER 4

2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN 6

2.1 Revisionsfråga 6
2.2 Avgränsning 6
2.3 Bedömningsgrunder 6
2.4 Metod 7

3 ORGANISATION AV FHS ARBETET 7

3.1 Fullmäktiges uppdrag 7
3.2 Det centrala programkontoret för FHS 7
3.3 Lokala programkontor 9
3.4 FHS-arbetet och arbetet i linjen 9

4 KOSTNADSUTVECKLINGEN 10

4.1 Mål och förutsättningar 10
4.2 Finansieringen av FHS 10
4.3 Hanteringen av drift- och omstruktureringskostnader 11
4.4 Kostnadskontrollen 12

5 PLANERINGEN AV VÅRDEN 13

5.1 Vårdinnehåll 13
5.2 Omfattande byggnationer för fler vårdplatser 14
5.3 Vård och flytt på Karolinska - NKS 15

6 NÄTVERKSSJUKVÅRD 16

6.1 Vårdavtal 16
6.2 Ersättningssystem 17
6.3 IT-system och eHälsa 17
6.4 Sjukhus - "specialistcenter" 17
6.5 Styrning av patientströmmar 18

7 KOMPETENSFÖRSÖRJNING 20

7.1 Kompetensfrågor inom ramen för PHFS 20
7.2 Andra aspekter av kompetensförsörjning inom ramen för FHS 21

1 Sammanfattning och slutsatser

Samsyn om FHS - ett komplext pussel

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) omfattar i princip all vård inom landstinget. En bärande tanke är att vård i möjligaste mån ska bedrivas av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Det har i planeringsarbetet funnits en stark samsyn inom landstinget om grundtankarna i FHS och att planen måste genomföras. Nu går projektet in i en genomförandefas och det är ett komplext pussel som ska läggas. I och med konkretiseringen av planen ökar risken för att motstridiga intressen uppstår. Om enskilda pusselbitar ändras kan det innebära konsekvenser för andra delar av planen. För att stärka möjligheterna att hålla ihop projektet har landstingets programkontor genom ändringar i det generella ägardirektivet fått en stärkt legitimitet under 2013. Under året har även en omorgansation genomförts av programarbetet som bl.a. resulterat i att flera delar lyfts över till den ordinarie linjeorganisationen.

Arbetet med avtal, ersättnings- och informationssystem måste avancera

Revisionen uppfattar att arbetet med FHS i många delar integrerats i den ordinarie styrningen som budgetprocess och verksamhetsplaner. Däremot framkommer det i granskningen att det funnits svårigheter att ta in FHS-perspektivet i det konkreta avtalsarbetet. Revisionen uppfattar att ett omfattande arbete återstår för att konstruera en ny avtalsmodell som inkluderar ett nytt ersättningssystem. Det finns en stor medvetenhet om att det är nödvändigt att ta fram en ny processorienterad avtals- och ersättningsmodell som ger incitament för arbetet i nätverkssjukvård. Att behålla dagens organisation av arbetet i vårdgrenar kommer inte att fungera. Med tanke på den centrala roll som avtalen och ersättningssystemen har inom FHS så anser revisionen att specifika uppdrag behövs där det klaras ut hur arbetet ska organiseras och vem som ska ansvara för utvecklingen. Även arbetet med att ta fram nödvändiga IT-system för information och eHälsa verkar vara i sin linda.

Stora ekonomiska utmaningar

Det är stora och avgörande ekonomiska frågor som hanteras i arbetet med framtidsplanen. Ökade kostnader till följd av investeringar inom vården kommer att ställa stora krav på effektiviseringar på såväl systemnivå som hos vårdgivarna. De krav på effektiviseringar som ligger i den nuvarande kalkylen kommer inte att räcka. Revisionen har tidigare pekat på att det behövs en tydligare ekonomisk styrning av FHS när projektet går in i genomförandefasen, inte minst för att säkerställa alla relevanta ekonomiska underlag. I den granskning som nu genomförts framkommer att förtydligade ekonomistyrningsregler behövs för att hålla nere de utgifter för investeringar och kostnader för omställningar som uppstår i projektet samt hantera de situationer som uppkommer under framtidsplanens genomförande. Mot bakgrund av detta är det även angeläget att den ekonomiska kompetensen säkras i det centrala FHS-arbetet.

Vårdinnehåll läggs fast sent

Det har dragit ut på tiden att lägga fast vilken verksamhet som ska bedrivas på Nya Karolinska Solna (NKS) respektive övriga akutsjukhus, vilket innebär att tidplanen för genomförandet blir mer pressad. Samtidigt kan arbetet med att ta fram ett gediget underlagsmaterial på preciserad nivå ge en gemensam grund för det fortsatta arbetet. Målet är att det ska tecknas avsiktsförklaringar utifrån detta underlag som ska ange åtaganden för en fungerande vård inom landstinget under de närmaste åren. Kan dessa förklaringar, som det är tänkt, sedan ligga till grund för kommande avtal så kan mycket tid ha vunnits.

Tröghet i att genomföra byggnationerna

Det fastlagda vårdinnehållet ska kopplas till byggplaner. Enheten strategiska fastighetsinvesteringar som bildades 2013 uppfattas av de intervjuade inom vården ha tillfört en stadga inom fastighetsområdet. Samtidigt finns fortfarande en otålighet på många håll över att processen när det gäller lokaler är trög och att det därmed finns en risk för att verksamhet inte kan vara på plats enligt tidplanen. Flera har frågat: "Var sitter proppen?". Ur ett FHS-perspektiv kan investeringsprocessens inneboende tröghet med många parter inblandade i beslutsprocessen uppfattas som ett problem. Revisionen bedömer att det finns ett behov av att klara ut ansvaret mellan berörda parter såväl på fastighetssidan, SFI och Locum, som i verksamheten.

NKS påverkas av andra byggnationer

De intervjuade är övertygade om att NKS kommer att vara på plats i tid eftersom det finns kraftfulla incitament för att tidplanen ska hållas. Men om inte andra byggprojekt är klara i tid så kan inte verksamheter från Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska) i Solna flyttas ut enligt planerna. Det kan i sin tur leda till att man måste fortsätta att driva verksamhet i de gamla lokalerna. Detta kommer att ge effekter ur såväl patient-, personal- som kostnadsperspektiv. Redan idag engageras enligt sjukhusdirektörens bedömning över 1 000 personer i omställningsarbetet på Karolinska samtidigt som ordinarie produktion ska upprätthållas. Störst påverkan för flytten inom Karolinska blir det om inte ombyggnationerna av akutsjukhusen blir klara i tid - framförallt bygget av en ny akutmottagning på Södersjukhuset. Enligt intervjuade finns idag ett glapp mellan byggplanerna för Södersjukhuset jämfört med NKS nuvarande tidplan.

Handlingsberedskap för förseningar

Det finns en etablerad riskbedömningsmodell på plats inom FHS-arbetet. Trots det vill revisionen poängtera vikten av att ha en handlingsberedskap för olika sorters förseningar i detta stora pussel. Riskerna är påtagliga och konsekvenserna kan bli stora i olika delar av lanstinget. Även om inte övrig vård berörs av FHS på samma påtagliga sätt som Karolinska så bör även andra ta höjd för att arbetet kommer att ta mycket tid och engagemang de närmaste åren.

Det akuta mottagandet och prehospital vård

Det akuta mottagandet är en central process i FHS. Under många år har det funnits en uttalad strävan att minska flödet till akutsjukhusens akuter. Öppettider på husläkarmottagningar och jourmottagningar har förlängts. När- och lättakuter har inrättats. Trots det har patientströmmarna till akutmottagningarna fortsatt att öka. Revisionens granskning av den prehospitala vårdens del i strukturomvandlingen enligt FHS visar att det ännu inte hänt så mycket inom området, samt att landstingets ambulansbolag ännu inte inkluderats i utvecklingsprocessen. Revisionen menar att landstingets programkontor i högre grad bör säkerställa att även den prehospitala vårdens kompetens och erfarenheter tas till vara i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård med fokus på deras roll vad gäller direktintag, FoU, sekundärtransporter samt incitamentsstyrning.

Komptensprojekt centrala för genomförandet av FHS

Inom kompetensområdet har tre projekt igångsatts som är av central betydelse för arbetet med FHS: Utveckling av en modell för att beräkna framtida kompetensbehov, Säkerställa anställningsförhållandena när man har flera arbetsgivare och Utveckling av modell för hur den kliniska utbildningen kan utvecklas i den nya vårdstrukturen. Konkurrensen om personalen ökar i takt med att det blir fler vårdaktörer i länet. Därför behöver landstinget redan idag säkerställa en god arbetsmiljö och hitta former för att erbjuda konkurrenskraftiga arbetsförhållanden i syfte att möjliggöra tillgång till framtida kompetens.

2 Utgångspunkter för granskningen

Fullmäktiges beslut[1] om Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS) omfattar i princip all vård inom landstinget. En bärande tanke är att vård i möjligaste mån ska bedrivas av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. FHS berör frågor som gäller såväl ekonomi, lokaler, patientsäkerhet, kompetensförsörjning som forskning. Samtidigt förväntas befolkningen i Stockholms län från 2010 öka med 358 000 invånare på 10 år. Den granskning som revisionen genomförde 2012[2] pekade på komplexiteten i genomförandet av planen. Planen kan ses som ett pussel av insatser där bitarna måste komma på plats i rätt tid för att vården ska fungera såväl under genomförandet som när projektet är genomfört. För att uppnå målsättningarna har fullmäktige beslutat om investeringar långt över de nivåer som gällt de senaste decennierna.

Enligt den tidplan som lagts fast är 2014 det år då projektet går från planeringfas till genomförandfas. Inflyttningen på Nya Karolinska Solna (NKS) planeras ske i slutet på 2016 och två år senare ska hela projektet avslutas.

2.1 Revisionsfråga

Granskningens huvudfråga är:
Bedrivs planeringen och genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården så att målsättningen med projektet som helhet säkerställs?

Inom ramen för den övergripande revisionsfrågan har följande delfrågor att behandlas:

- Hur sker kostnadskontrollen i arbetet med genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?
- Hur sker planeringen och koordineringen av vårdplatser för att täcka upp behovet i olika skeden av projektet?
- Hur byggs styrsystem och lösningar upp för att kunna bedriva vården i öppna nätverk?
- Hur utvecklas formerna för styrning av patientströmmar för att möjliggöra att patienten väljer rätt vårdnivå?
- Hur sker kompetensförsörjningen i genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?

2.2 Avgränsning

Granskningen av arbetet med FHS har skett på en översiktlig nivå. Arbetet har koncentrerats till några centrala områden där riskerna av såväl revisionen som av projektledningen bedöms som stora. Granskningen har i huvudsak ett styrningsperspektiv. Men även ett patientperspektiv finns med i genomförandefasen. Fokus är på landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN:s) ansvar för FHS genomförande.

2.3 Bedömningsgrunder

Granskningen utgår från:

- Fullmäktiges mål för arbetet i framtidsplanen, Budgetbesluten 2011, 2012 och 2013.
- Fullmäktiges övergripande mål "en ekonomi i balans" och "förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården"
- Landstingets reglemente för nämnder och styrelser

[1] LS 1304-0527 Framtidsplanen andra steget
[2] 16/2012 Planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård

- Ägardirektiv
- HSL 2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

2.4 Metod

Projektarbetet har genomförts på två sätt:

- Sammanställning av iakttagelser från andra genomförda revisionsprojekt som berör FHS framförallt under 2013. Gäller dels fördjupningar inom den årliga granskningen dels projektgranskningar som redovisats i rapporterna: Tillgången på vårdplatser - Styrningen på landstings-och sjukhusnivå (5/2013), Prehospital vård - vårdkedjans första insats (8/2013), Kompetensförsörjning i vården – sjuksköterskors verksamhetsförlagda utbildning (10/2013) och Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete (15/2013)
- En lägesavstämning av de riskområden som lyftes fram i revisionens rapport 16/2012 Planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård. Intervjuerna har genomförts med 17 personer i ledande ställning med inblick i FHS-arbetet.

Granskningen har genomförts med deltagande av flera medarbetare på revisionskontoret där Anders Olsson varit projektledare. Styrgrupp för projektet har Anneli Lagebro och Rikard Lindqvist varit.

3 Organisation av FHS arbetet

3.1 Fullmäktiges uppdrag

FHS är inte ett uppdrag utan utgörs av summan av över hundra beslut, uppdrag och prioriterade områden från landstingsfullmäktige sedan 2011. Stora delar av landstingets organisation är berörda och mer eller mindre involverade i arbetet. Framtidsplanen har behandlats i olika versioner av fullmäktige en gång om året i juni i samband med beslut om landstingets budget för det kommande året. Orsaken är att man vill presentera en helhet för fullmäktige som är kopplad till den ekonomiska planeringen i budgeten. När en motsvarande uppdatering/redovisning av planen kommer att läggas fram 2014 är ännu inte fastställt då beslutsprocessen för budgeten 2015 är senarelagd p.g.a. av valet. Programkontoret (PFHS) lämnar dock varje månad information om arbetet till landstingsstyrelsens arbetsutskott. Rapporteringen till landstingsstyrelsens övriga utskott, HSN:s beredningar och andra berörda politiska organ görs utifrån vilka frågor som är aktuella.

3.2 Det centrala programkontoret för FHS

I samband med landstingets budgetbeslut i juni 2011 gav fullmäktige landstingsstyrelsen i uppdrag att ansvara för genomförandet och organiserandet av FHS på ett lämpligt sätt. Mot bakgrund av detta beslutade landstingsdirektören att inrätta en tillfällig tjänstemannaorganisation i form av ett centralt programkontor (PFHS). Kontoret ligger organisatoriskt och budgetmässigt under HSN, men arbetar på tvärs över hela SLL-koncernen.

Programkontoret har fått stärkt mandat

PFHS har ett övergripande ansvar att styra, följa upp och koordinera genomförandet av FHS på övergripande landstingsnivå. I uppdraget ingår att koordinera implementeringen av en ny struktur för hälso- och sjukvården och genomförandet av investeringar i akut- och övriga sjukhus. I PFHS ansvar ingår även att identifiera, prioritera och säkerställa att strategiska hot och risker i genomförandet av FHS hanteras på landstingsövergripande nivå. PFHS rapporterar månatligen till en central styrgrupp för FHS som består av: landstingsdirektör, hälso-och sjukvårdsdirektör, landstingets chefsjurist och en representant från Karolinska Institutet (KI). Styrgruppen sorterar beslutsärenden till respektive nämnd, styrelse, utskott som därefter hanterar ärendena. PFHS legitimitet har stärkts under 2013 genom tillägg i de generella ägardirektiven som förvaltningarna/bolagen ska följa: *"De landstingsägda vårdproducenterna ska enligt anvisningar från Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård medverka i planeringen och genomförandet av Framtidsplan för hälso- och sjukvården i enlighet med de beslut som landstingsfullmäktige fattar."* [3]

Programkontoret har omstrukturerats

Arbetet på PFHS har omstrukturerats under 2013 inför genomförandefasen. Bland annat har arbetsområdet ekonomi tillkommit. En annan förändring är att fyra av sju arbetsområden är utlagda i linjen. Detta är en avsiktlig strategi i programarbetet. En annan strategi har varit att i första hand bemanna projektet på uppdragsbasis med personal från olika delar av organisationen i landstinget. Det har dock varit svårt att hitta viss specifik kompetens inom SLL. Därför finns det idag en hög andel konsulter på kontoret. Först fr.o.m. 2014 har PFHS fått budgetmedel för en mer permanent bemanning och under januari har fem rekryteringar skett.

Programarbetets arbetsområden 2014

Arbetsområden	***Drivs av***
Framtidens nätverkssjukvård	PFHS
Ekonomi och finans	PFHS
Vårdens styrning	PFHS
IT & eHälsa	LSF
Kompetensförsörjning	LSF/SLL-personal
Lokaler och investeringar	LSF/SFI
Förändringar uppdrag i linjen/förvaltningar	Linje/förvaltning

Indelningen i arbetsområdena har kompletterats med tre tvärgående processer för att koordinera genomförandet av FHS inom vården och förvaltningar:

1. *Mål och uppdragsformuleringar* - lägger fast mål och uppdrag och vem som ska utföra uppdraget.
2. *Program- och förändringsledning* – med syfte att skapar engagemang och ägarskap och involvering hos vårdgivare och förvaltningar
3. *Uppföljning, styrning och kontroll* – hanterar gemensam programplan, rapportering och riskhantering

Det finns två nyckeldokument som ägs av PFHS:

- ***Vårdutbudskartan (vårdkartan).*** Här finns en samlad bild av var vård ska bedrivas och i vilken omfattning. Den kommer fr.o.m. 2014 att

[3] Beslutad av landstingsfullmäktige 2013-06-12

uppdateras kvartalsvis. Det pågår ett utvecklingsarbete så att uppgifter om behov, vårdplatser, vårdtillfällen, byggnation, investeringar, ekonomi m.m. ska kunna redovisas för varje objekt (i princip för varje vårdgivare).

- *Genomförandeplan (masterplan)* Här framgår tider för alla förändringar med uppgifter om byggnation, när vård ska finnas på plats och med vilken volym.

3.3 Lokala programkontor

Utöver det centrala programkontoret finns det idag programkontor för FHS-arbetet på akutsjukhusen och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Karolinska Universitetssjukhusets (Karolinskas) programkontor startade redan i samband med att den särskilda NKS-förvaltningen lades ned 2012. Karolinska har ett avsevärt större uppdrag än övriga med att utforma verksamhetsinnehållet för NKS och organisera den omfattande flytten till det nya sjukhuset. Revisionen har genomfört en granskning av det pågående omställningsarbetet på Karolinska som finns redovisad i Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete (15/2013)

De lokala programkontoren på akutsjukhusen har upprättats för att vara part i arbetet med vårdens profilering och är även involverade i byggprocessen. Kontorens bemanning varierar från att ha särskilt anställda till att bestå av några centrala medarbetare som har uppdraget vid sidan om sitt ordinarie arbete. SLSO har haft huvudansvar för att formulera förslag till rekommendationer för FHS utvecklingsarbete inom psykiatrin. I övrigt anser intervjuade från SLSO att de inte blivit involverade i FHS-arbetet trots att de bedriver omfattande verksamhet vid akutsjukhusen. Under 2013 har nu även SLSO inrättat ett programkontor och har involverats i flytt- och verksamhetsfrågor. Några centrala medel för FHS-arbetet har hittills inte fördelats ut för programarbete annat än till Karolinskas programkontor. Enligt de intervjuade förs diskussioner om hur ersättning för övriga programkontor och FHS-arbetet ska hanteras.

3.4 FHS-arbetet och arbetet i linjen

När FHS-arbetet nu övergår i en genomförandefas så är det en utmaning att få arbetet att gå i takt utan att inverka negativt på den dagliga vårdproduktionen i verksamheterna. Ett steg i den riktningen är att FHS nu allt mer integreras i vårdgivarnas verksamhetsplaner.

Programkontoret och HSF ger olika signaler

En fråga där det blir konkret att FHS måste in i linjearbetet är utformningen av avtal. Avtalen behöver utvecklas och en annan utformning behöver övervägas utifrån de nya krav som FHS kommer att ställa, (se vidare kapitel 6 Nätverkssjukvården). HSF:s uppdrag har hittills varit att styra avtalsprocessen utifrån ett beställarperspektiv. Nu ska styrningen hanteras i samverkan med PFHS utifrån ett FHS-perspektiv och dagens organisation av arbetet i vårdgrenar kommer inte att fungera när vården ska bedrivas i processer. HSF:s avtalsenheter arbetar utifrån sitt nuvarande uppdrag i ett kort tidsperspektiv med de förändringar som krävs i dagens vård medan PFHS blickar fram mot 2018 och förutsättningarna för framtidens vård.

I intervjuerna har det framkommit att det ibland varit svårt att förena dessa två perspektiv. Det har lett till att olika signaler om vårdens inriktning gått ut till

vårdgivarna. Denna tvetydighet har skapat irritation och tagit onödig tid i anspråk. Det kan även uppstå otydligheter om vem som ska bereda eller besluta när en person har flera roller och arbetar med en fråga som projektledare inom FHS, men även har ett ansvarsområde i linjen i sin förvaltning.

Revisionens bedömning
Revisionen konstaterade i den tidigare nämnda revisonsrapporten, 16/2012 Planeringen av Framtidens hälso- och sjukvård, att organisationen av arbetet med FHS fungerade utan större problem under planeringsfasen. Samtidigt framhölls att när arbetet går in i en genomförandefas kan det finnas behov av att tydliggöra PFHS mandat. Detta har nu skett genom ett tillägg i landstingets ägardirektiv vilket hittills förefallit räcka för att stärka legitimiteten. Viss otydlighet verkar dock finnas när det gäller beredningen i tjänstemannaorganisationen och vid olika verkställighetsbeslut. Detta gäller i första hans när tjänstemän har flera roller dels i FHS, dels i sin förvaltning.

Revisionen uppfattar att HSF i många avseende integrerat FHS i sina processer, som t.ex. i budgetprocessen. Däremot framkommer det i granskningen att HSF behöver föra in FHS-perspektivet i det konkreta avtalsarbetet.

4 Kostnadsutvecklingen

4.1 Mål och förutsättningar

I framtidsplanens, mål och strategier ingår fullmäktiges övergripande mål om ekonomi i balans som en förutsättning för arbetet med planen. Detta mål ställs mot de övriga ambitionerna i planen om förbättrad tillgänglighet och kvalitet i vården bland annat genom en utbyggnad mot nätverkssjukvård. Förutom investeringar i Nya Karolinska i Solna ingår investeringar på sammanlagt 27,7 mdkr i lokaler och utrustning för hälso- och sjukvården i den tioåriga investeringsplanen från 2014-2023.

I de kalkyler för kostnadsutvecklingen som tagits fram har det antagits att kostnadsökningstakten för planerad vård kan begränsas till 3 procent per år fram till 2020 för landstinget som helhet. Kalkylerna bygger bland annat på att det generella effektiviseringskravet på 2 procent årligen för vårdgivarna fortsatt ska gälla. Under 2000-talet har dock kostnaderna ökat med i genomsnitt 4 procent. I en modell för fördelning av kostnader för strategiska investeringar som för närvarande diskuteras förutsätts att den vårdgivare som exempelvis får ombyggda/nybyggda lokaler ska kunna effektivisera verksamheten i och med nya bättre lokaler motsvarande 0,5-1,2 procent av ersättningen för utförd vård.

4.2 Finansieringen av FHS

Den tioåriga investeringsplanen innebär en drastisk ökning av investeringsvolymerna jämfört med 90-talet och 00-talets investeringstakt. Dagens sjukhus är byggda betydligt tidigare än så och är till stora delar avskrivna. Omfattande investeringar innebär en ökad belastning på ekonomin då investeringarna ger upphov till en kostnadspuckel (ökade avskrivningar, ränta och övrig drift) under en lång tid framöver. I löpande priser beräknas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka med en fjärdedel på sex år från 49,5 mdkr 2014 till 61,9 mdkr

2020. Av de ökade kostnaderna står NKS för 2,6 mdkr medan kostnader till följd av övriga investeringar motsvarar en ökning på 1,2 mdkr fram till 2020.

Det ökade behovet av hälso- och sjukvård när befolkningen växer och dessutom blir äldre innebär att investeringar krävs och därmed ökar finansieringsbehovet. Skatteintäkterna ökar när det blir fler invånare, men de kommer inte motsvara de kostnadseffekter som uppstår vid en samtidig och omfattande volym på ombyggnad/nybyggnad. I framtidsplanen andra steget lyfts effektiviseringar fram för att klara de finansiella ramarna. Det anges att "ett stort och omfattande utvecklingsarbete inom många områden krävs för att möta det ökade behovet av hälso- och sjukvård inom de finansiella ramar som anges". Exempel på utvecklingsområden är att vården ska ges där den utifrån behoven är mest effektiv till lägsta kostnad, att patienter lättare ska hitta rätt och att sjukdom ska förebyggas etc. Styrningen ska ske genom uppdrag, uppföljning och ersättningssystem.

Investeringarna belastar även landstingets likviditet. Likviditeten är i dag god. Landstingets kreditvärdighet på den finansiella marknaden är god och det finns enligt ekonomidirektören ingen anledning till oro när det gäller möjligheterna att finansiera planerade investeringar genom lån.

4.3 Hanteringen av drift- och omstruktureringskostnader

Förutom driftkostnadskonsekvenser till följd av investeringarna tillkommer också kostnader för omstrukturering. I intervjuer framgår att dessa kan bli betydande från 2015 och fram till 2018. Det handlar om kostnader som tillkommer när delar av vården ska flyttas inom och mellan olika delar av organisationen, inte minst från Karolinskas olika delar till NKS. I budgeten har 1 mdkr per år 2016-2018 avsatts, dvs. totalt 3 mdkr. Budgeteringen av omstruktureringskostnaderna utgör dock fortfarande bara en schablon som i stort motsvarar den reservering som skett av medel i eget kapital. Det finns en stor osäkerhet om hur stora omstruktureringskostnader som kommer att uppstå. Att de kommer att uppstå en tid före flytten till NKS är dock klart. Troligen kommer omstruktureringskostnader att uppstå redan under 2014 för att sedan öka under 2015. Frågan har därför aktualiserats och avsikten är att kalkylen ska preciseras i det fortsatta arbetet.

Tanken är att förstärka den ekonomiska kompetens på PFHS och arbetet med de långsiktiga ekonomiska frågorna som knyter an till framtidsplanen för hälso- och sjukvården och systemen för landstingets ekonomiska styrning. Landstingets ekonomidirektör kommer därför på deltid att förstärka den ekonomiska kompetensen på PFHS. I uppdraget ingår bland annat att definiera och precisera dels omställningskostnaderna, dels precisera och ta fram regelverk för vilka utgifter som kan räknas in i investeringarna. Utgifter där hanteringen diskuteras är bland annat evakuering vid flytt av verksamhet och förlorad produktion. En annan fråga är att föreslå finansiering av de programkontor som inrättas på sjukhusen som en följd av omställningsarbetet.

När det gäller prioriteringar och beslut om investeringar är det den särskilda funktionen inom landstingsstyrelsens förvaltning strategiska fastigheter, SFI, som har ansvaret för att tillsammans med ekonomi- och finansfunktionen utarbeta beslutsunderlag. SFI startade sitt arbete under våren 2013 och tog då över

en del av ansvaret från Locum för strategiska fastigheter. Enligt uppgift finns det ett behov av att tydliggöra vad som är strategiska investeringar och hur gränslinjen ska gå mellan SFI och Locum.

En projektguide har tagits fram inom SFI och som delvis förtydligar rollerna mellan PFHS, SFI och Locum. Här framgår att PFHS ansvarar för behovsanalysen och de projektdirektiv som utformas för respektive projekt. SFI och Locum ansvarar sedan för genomförandet. PFHS finns representerat i projektens styrgrupper i syfte att följa projektens framåtskridande. Det återstår att fastställa vilken formell roll projektguiden ska ha som styrdokument.

4.4 Kostnadskontrollen

Investeringarna leder till ökade kostnader för fastigheter som i sin tur leder till ökade hyreskostnader för vårdgivarna. För att ge incitament för de olika aktörerna att hålla nere investeringsutgifterna har en kostnadsfördelningsmodell diskuterats, men inget beslut är taget. En ny diskussion planeras leda till ett beslut under våren 2014.

Investeringsprocessen har förtydligats och underbyggda kalkyler tas fram. I de separata investeringsärenden som under 2013 beslutats i fullmäktige efter det samlade budgetbeslutet i juni framgår i allmänhet vilka driftkostnadskonsekvenser som en föreslagen investering kommer att leda till. Hur driftkostnaderna framöver ska finansieras, dvs. vilken verksamhet som ska belastas kvarstår dock att lösa.

De intervjuade menar att kostnadsutvecklingen blir ett problem på längre sikt. De nivåer när det gäller effektiviseringar som ligger i kalkylen kommer inte att räcka. På Södersjukhuset uppgår beräknade investeringar inklusive medicinteknisk utrustning till 3,4 mdkr. Sjukhuset som för 2014 har en budget för verksamhetens kostnader på 3,8 mdkr beräknar att kostnaderna kommer att öka med 450 mnkr per år till följd av om-/nybyggnationerna. Mycket kan göras genom att jobba smartare i de nya och ombyggda lokalerna. Men, även om man lyckas effektivisera och därtill får ökade intäkter genom ökade volymer så bedömer man att sjukhuset inte kan bära hela de ökade kostnaderna då man samtidigt förväntar sig tyngre vård. Trots att merparten av investeringarna är beslutade har ingen diskussion mellan sjukhuset och SLL centralt förts om hur de ökade kostnaderna ska hanteras. Verksamheten upplever att det är ett stort problem att det inte finns klarlagda ekonomistyrningsregler i landstinget för att hantera de situationer som uppkommer under framtidsplanens genomförande.

Revisionens bedömning

Det är stora och avgörande ekonomiska frågor som ska hanteras framöver i arbetet med framtidsplanen. Revisionen har tidigare pekat på att det behövs en tydligare ekonomisk styrning av projektet när det går in i genomförandefasen, inte minst för att säkerställa alla relevanta ekonomiska underlag. I den granskning som nu genomförts framkommer att förtydligade ekonomistyrningsregler behövs för att hålla nere utgifter för investeringar och kostnader för omställningar samt hantera de situationer som uppkommer under framtidsplanens genomförande.

Ökade investeringar leder till ökade driftkostnader som i sin tur leder till ökad hyra för verksamheterna. För att hantera detta behöver ersättningssystem utvecklas som ger rimliga incitament för vårdgivarna och som dessutom långsiktigt ska stödja tankarna om nätverkssjukvården. Hur ekonomikompetensen ska upprätthållas inom PFHS:s fleråriga uppdrag behöver också lösas.

Det förefaller finnas realistiska möjligheter att genomföra vissa effektiviseringar inom ramen för strukturomvandlingen. Men att de skulle kunna motsvara hela den kostnadspuckel som kommer att uppstå bedömer inte revisionen som realistiskt. Om kostnadsökningstakten i den löpande verksamheten dessutom inte kan brytas, som förutsätts i kalkylen, minskar förutsättningarna ytterligare för att målet om en ekonomi i balans ska kunna uppfyllas. Mer genomgripande åtgärder kommer därför att behövas på längre sikt.

5 Planeringen av vården

5.1 Vårdinnehåll

I Framtidsplanen - andra steget som antogs i juni 2013 anges den årliga förändingen av vårdproduktionen i en vårdutbudskarta. Den har funnits med under hela planarbetet och har uppdaterats eftersom. Under 2013 har en ny prognos för behovet av vård tagits fram. Utifrån tillgängliga data har en så kallad rak framskrivningsmodell bedömts vara tillförlitligast, dvs. behovet förväntas öka i förhållande till befolkningen, men att behoven i övrigt ska se ut på samma sätt som idag. Resultatet visar små skillnader mot tidigare prognoser och skulle leda till ett tillfälligt överskott på vårdplatser 2018 motsvararande 20 000 vårdtillfällen. Vilket ses som en god säkerhetsmarginal. Med prognostiserad befolkningsökning kommer tillgång och efterfrågan av vårdplatser vara i balans 2020.

Tillgång på vårdplatser beroende av att tidplanen hålls

De farhågor som framkommer när det gäller tillgången på vårdplatser rör framförallt åren fram till 2018. Som revisionen visat i en tidigare rapport[4] så har det under flera år varit återkommande problem med brist på disponibla vårdplatser[5]. Detta leder till säkerhetsrisker för patienterna, arbetsmiljöproblem för personalen och en ineffektiv vård. Tillgången på vårdplatser de närmaste åren kommer dels att påverkas av i vilken utsträckning utbyggnader och ombyggnationer kommer att kunna ske enligt tidtabellen, dels i vilken utsträckning man kan behålla och rekrytera personal. Om inte vård och byggplaner är samordnade finns risk för att bristsituationer uppstår under genomförandefasen av FHS. Den precisering av vårdutbudskartan som gjorts under hösten 2013 och som utmynnar i en genomförandeplan tydliggör de planeringsförutsättningar som råder enligt PFHS.

Vårdinnehåll läggs fast i avsiktsförklaringar

Under såväl 2012 som 2013 har olika förankringsprocesser genomförts för att precisera vårdinnehåll och vårdvolymer för respektive akutsjukhus. En viktig del av detta arbete har varit framtagandet av s.k. avsiktsförklaringar där respektive akutsjukhus verksamhetsinnehåll läggs fast på en mycket detaljerad nivå. Innehållet av dessa avsiktsförklaringar som del och helhet har presenteras för akutsjukhusens direktörer vilka förklarat att de i stort ställer sig bakom de ge-

[4] 5/2013 Tillgången på vårdplatser
[5] Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

mensamma avsiktsförklaringarna. Därmed har förutsättningarna för den detaljerade vårdutbudskartan fastställts enligt PFHS. Av dokumentet ska de framgå vad man fortfarande är oense om och i ett avsnitt ska det specificeras vad som måste utredas vidare. Tanken är att avsiktsförklaringarna kontinuerligt ska uppdateras vart efter som oklarheter utretts. I skrivandes stund är utfallet av arbetet med avsiktsförklaringarna inte avslutat.

Enligt plan kommer avsiktsförklaringarna i någon form att rapporteras som anmälningsärenden i landstingsstyrelsen och HSN. Planer finns också på att bjuda in ansvariga politiker till ett seminarium för att diskutera strukturen utifrån avsiktsförklaringarna. Meningen är att avsiktsförklaringarna därefter, tillsammans med andra underlag, ska ligga till grund för nya avtal för akutsjukhusen 2015. Gällande sjukhusavtal sträcker sig visserligen över 2016 men eftersom de inte är anpassade till FHS-arbetet så behöver nya förutsättningarna inarbetas.

Det finns en samstämmig bild bland de intervjuade att det nu är hög tid att lägga fast ett preciserat vårdinnehåll. Avsaknaden av beslut har gjort att det varit svårt att göra en långsiktig planering för såväl vårdverksamheten på akutsjukhusen som för byggnationerna. Intervjuade menar att om det drar ut ytterligare på tiden riskerar det att leda till förseningar, fördyrningar och omflyttningslogistiska problem.

5.2 Omfattande byggnationer för fler vårdplatser

Genom inrättandet av funktionsområdet Strategiska fastighetsfrågor och investeringar (SFI) inom landstingsstyrelsens förvaltning har investerings- och byggprocessen stramats upp under 2013 enligt de intervjuade inom vården. SFI har tagit ett strategiskt helhetsgrepp inom fastighetsområdet som tidigare saknats. Samtidigt finns fortfarande en otålighet på många håll över att processen när det gäller lokaler är trög och att det därmed finns en risk för att verksamhet inte kan vara på plats enligt tidplanen.

Tröghet i byggnationen

En orsak till att byggprocessen drar ut på tiden som de intervjuade pekar på är den nya investeringsprocessen. Den har en avsiktligt inbyggd tröghet för att säkerställa att beslut om väsentliga investeringar tas på rätt nivå och med ett tillräckligt underlag som stärker kostnadskontrollen. När man som i FHS-arbetet har eniga politiska beslut som grund och man jobbar med en pressad tidplan kan denna tröghet uppfattas som ett onödigt hinder

Bland de projekt som dragit ut på tiden är etableringen av sjukhusen (tidigare benämnda specialistcentren). Först i tur, enligt planen, är Sollentuna och Sabbatsbergs sjukhus. I bägge fallen handlar etableringarna om en kedja av insatser som måste göras. Hyresgäster måste sägas upp och/eller erbjudas nya lokaler, ombyggnationerna ska upphandlas, genomföras och flytt genomföras. Samtidigt står en rad andra byggprojekt i kö. Flera intervjuade är oklara över om Locum idag har kapacitet att hantera alla dessa byggprojekt. Förseningar i tidplanerna för ett projekt kan få stor effekt i andra delar av planen.

Framtidsplanen anger en inriktning och stakar ut en väg för det framtida arbetet. Dokumentet utgör dock inte en detaljplan för de kommande förändringarna i lokalbeståndet utan de måste tydliggöras i respektive uppdrag. Vårdkartan

som har tagits fram av PFHS utgör grunden för vilka projekt som skall genomföras och vilka hyresgäster som måste sägas upp. Till dags dato har Locum endast fått evakueringsuppdrag för Folktandvården på Sabbatsberg. Den utdragna processen att lägga fast vårdkartan kommer, enligt Locum, med all sannolikhet innebära forcerade tidplaner och temporära evakueringar med risk för att ansvaret för att eventuella förseningar kommer att läggas på Locum. Enligt SFI:s projektguide skall SFI erhålla projektdirektiv från PFHS för att kunna ta fram övergripande projektplan för respektive strategisk investering. Dessa dokument har saknats under programarbetet i de strategiska investeringarna för bl.a. Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och S:t Görans sjukhus. Locum har tecknat programavtal med SFI för dessa strategiska investeringar. Vem som i nästa skede ska teckna hyresavtal i de olika projekten är inte klarlagt enligt Locum.

Intervjuade inom vården har även lyft fram att FHS-arbetet riskerar att upprepa misstaget från NKS-projektet att i allt för hög grad utgå från byggplaner snarare än en sammanhållen idé om verksamheten. Det är viktigt att se att FHS är ett vårdprojekt och inte ett byggprojekt och därför menar man att vårdföreträdarna borde sätta agendan. Dessutom pekar intervjuade på sjukhusen på risken att man under byggprocessen med diverse omflyttningar kommer att få improvisera och anpassa vården under ombyggnationerna inom ramen för en pressad tidtabell. De skulle önska att större hänsyn togs i byggplaneringen till att vårdproduktionen måste upprätthållas trots att det pågår ett byggprojekt.

5.3 Vård och flytt på Karolinska - NKS

Den enda byggnation som de intervjuade är övertygade om kommer att vara på plats i tid är NKS. Där finns kraftfulla incitament för att tidplanen ska hållas. Men om inte andra byggprojekt är klara i tid så kan inte verksamhet främst från Karolinska i Solna flytta ut enligt plan. Det kan i sin tur leda till att man måste fortsätta at driva verksamhet i de gamla lokalerna vilket påverkar i vilken omfattning verksamhet kan flytta över till NKS. Detta kommer att ge effekter på Karolinska ur såväl patient-, personal- som kostnadsperspektiv. (Mer om omställningsarbetet på Karolinska framgår av revisionsrapporten Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete15/2013)

Flytten till NKS påverkas av byggandet vid andra sjukhus

Störst påverkan för flytten inom Karolinska uppstår om inte ombyggnationerna vid akutsjukhusen blir klara i tid. Den största risken är framförallt bygget av en ny akutmottagning på Södersjukhuset. Enligt intervjuade så är det idag ett glapp på sex månader mellan byggplanerna för Södersjukhuset jämfört med NKS-tidplan. Styrgruppen för Södersjukhuset AB har vid möte den 16 januari 2014 konstaterat att detta inte kan godtas. Åtgärder som justerar detta håller på att utarbetas.

Redan idag engageras enligt Karolinskas sjukhusdirektörs bedömning över 1 000 personer i omställningsarbetet kopplat till NKS samtidigt som de ska upprätthålla ordinarie produktion. Han uppfattar att konsekvensen av detta är att arbetet med NKS dränerar verksamheten på kraft vilket gör att de har svårt att klara produktionsmålen.

Revisionskontorets bedömning
Det har tagits fram ett imponerande underlagsmaterial till grund för de avsiktsförklaringar som ska/har undertecknats. Samtidigt verkar det nu vara ett reellt problem att det dragit ut på tiden. Det är därför hög tid att ansvar klarläggs för alla berörda parter och att nödvändiga beslut fattas.

Det finns en etablerad riskbedömningsmodell på plats som nu även ska implementeras hos vårdgivarna som en del i att säkra genomförandet. Trots detta vill revisionen poängtera vikten av att ha en god handlingsberedskap för att det kan bli förseningar. Risken för det är påtaglig och konsekvenserna kan bli stora.

Omställningsarbetet på Karolinska har tagit ett stort utrymme på sjukhuset redan innan själva flytten har börjat. Det är viktigt att man tar höjd för än mer utrymme de närmaste åren. Även om inte övrig vård berörs på samma sätt som Karolinska av FHS så bör även de noga planera hur de på bästa sätt kan klara att avsätta tid och engagemang för det fortsatta arbetet.

6 Nätverkssjukvård

HSN har i uppdrag från fullmäktige att "anpassa och utveckla vårdavtal, uppföljning, ersättningsmodeller och beskrivningssystem för att stödja inriktningen på utvecklingen i enlighet med styrningen i nätverkssjukvården"[6].

Enligt Framtidsplanen – andra steget innebär begreppet Nätverkssjukvård "att individen med stöd av eHälsotjänster erhåller vård av vårdgivare som arbetar i en nätverksstruktur. Ett nätverk karaktäriseras av en platt struktur där alla ses som likvärdiga parter och tar ansvar för samt ger sitt bidrag till det gemensamma resultatet." Intervjuerna pekar på att det finns en positiv inställning bland olika aktörer till att utveckla en nätverkssjukvård. Styrningsfrågor har under hösten 2013 i huvudsak hanterats i HSF:s linje och diskussion pågår om hur dessa frågor bör hanteras framöver. Det finns även en ovisshet om vårdavtal, ersättningssystem, IT-system och eHälsa kommer att hinna utvecklas i tid för att kunna möta de krav som nätverkssjukvården ställer. Enligt PFHS behöver en tydlig vägkarta (roadmap) för detta utarbetas.

6.1 Vårdavtal

Arbetet med att förändra avtalskonstruktionen är en av grundstenarna i arbetet med att skapa en nätverkssjukvård. Idag är avtalen konstruerade utifrån sjukhus/vårdenhet. Nu ska ett processtänkande prioriteras med incitament i avtalen som stöder ett sådant arbetssätt.

Erfarenheter utifrån arbetet med den Regionala cancerplanen och projektet 4 diagnoser[7] bedöms bl.a. kunna vara utgångspunkter för arbetet. Som tidigare nämnts är tanken att avtalen med akutsjukhusen ska bli en förlängning av avsiktsförklaringarna. Det blir i så fall ett betydligt mer styrande avtal utifrån vårdkartan än dagens flerårsavtal. Ansvariga på PFHS menar att det är bråttom att få avtalen på plats och redan 2015 bör nuvarande avtal förändras. Risken är

[6] Framtidsplanen andra steget
[7] Inom Projekt 4D ska fyra diagnoser studeras med avseende på patient- och informatikflöden samt övriga förutsättningar för klinisk forskning och utveckling. Det är ett samverkansprojekt mellan SLL och Karolinska Institutet.

annars stor att det händer oönskade saker ute på sjukhusen som motverkar helheteten i vårdplanen menar man. Det kan även bli svårt att rekrytera ny personal om verksamhet ska flytta och det inte finns en klarhet i vad som gäller.

6.2 Ersättningssystem

Flera av de intervjuade framhåller att en av de stora utmaningarna är att utveckla ersättningsmodellerna som styrmekanism i avtalen. Akutsjukhusen får idag exempelvis 97 procent av sin ersättning utifrån vårdtillfälle och befolkningsutveckling. Den modellen fungerar inte i ett nätverk med delad vård där samverkan i vårdkedjor ska prioritera. Därför måste nya ersättningsmodeller utvecklas som ersätter på ett annat sätt och med andra incitament än dagens modeller. Ersättningsystemet måste även beakta de ökade kostnaderna till följd av investeringarna som nämnts i 4.2 ovan. Förutom att detta kräver nytänkande så måste det till grundförutsättningar i form av beskrivningssystem och välfungerande IT-system. Ansvaret för att utveckla ett nytt ersättningssystem ligger enligt framtidsplanen på HSN. Bland tjänstemännen verkar det inte helt klart var ansvaret ligger och den bild som intervjuerna ger att det inte heller har hänt så mycket inom området under 2013.

En av de intervjuade framhöll att ersättningssystemen till att börja med måste neutralisera oönskade effekter under omställningsperioden. De olika parterna ska så långt som möjligt hållas skadeslösa vid förändringen. Först när omställningen är avklarad kan en ny ersättningsmodell tas i drift menade denne. Från PFHS framhåller man att det samtidigt måste vara ett mål att bygga in incitament i ersättningssystemen för att möjliggöra de effektiviseringar som kommer att krävas.

6.3 IT-system och eHälsa

SLL har inom många områden legat i framkant nationellt när det gäller att utveckla olika IT-system. Samtidigt har det funnits oklara ansvarsgränser. Nu har LSF ett uppdrag att ta fram ett tjänsteutlåtande med en målbild för e-förvaltning med tydlig styrning och ledning av IT-frågor inom landstinget.

Ett av de områden som lyfts fram i FHS är eHälsa. En av de intervjuade ansåg att det finns en betydande övertro på att eHälsa kan lösa allt." Samtidigt upplever de intervjuade att det inte hänt så mycket under det senaste året. Ansvaret för eHälsa har flyttats in och ut ur FHS-arbetet. För närvarande pågår ett utredningsarbete med att se över hur arbetet ska organiseras.

6.4 Sjukhus - "specialistcenter"

I de första FHS-planerna var specialistcenter ett centralt begrepp i den nya nätverkssjukvården. De låg först i utbyggnadsplanerna och skulle ta emot patienter som inte behövde akutsjukhusens resurser. Därefter har ordningen på byggnationerna prioriterats om och beslutats av fullmäktige. Den verksamhet som nu presenteras på dessa sjukhus är i huvudsak geriatrik och psykiatri. Sabbatsberg och Sollentuna ligger först i planeringen men där har som tidigare nämnts inte byggnationer kommit igång.

PFHS har tagit fram kravbeskrivningar för de olika sjukhusen som en del av det underlag som SFI ska ta fram inför kommande genomförandebeslut. Styr-

gruppen för PFHS har även fattat beslut om en preciserad utbyggnadsplan för åtta sjukhus. Några politiska beslut har dock fortfarande inte fattats.

Det har även under de senaste åren pågått diskussioner om former för samverkan mellan SÖS och Dalens sjukhus som drivs av Capio AB. Samtalen har dock ännu inte lett till något konkret. I övrigt sägs det att det finns lokaler för vårdplatser vid sjukhus - men att det inte är så enkelt att styra verksamhet dit då det inte bara är landstingets egen verksamhet som bedrivs där.

Grundläggande för FHS strategiska inriktning är strategin att vården ska komma närmare medborgarna och att akutsjukhusens verksamhet ska renodlas. Akutsjukhusen hade i uppgift att hösten 2012 lämna en beskrivning på 15 procent av sin slutenvårdsverksamhet som skulle kunna skiftas ut till sjukhusen. Men det visade sig vara svårt att bedöma vad man kunde skifta ut när det samtidigt var oklart vilken vård som skulle bedrivas vid sjukhusen. En typ av slutenvård som skulle kunna bedrivas på sjukhus är stödjande vård. En första kartläggning har identifierat några patientgrupper som skulle kunna behöva denna vårdform. Det är bl.a. patienter som är färdigbehandlade på akutsjukhusen, men som ännu inte är i kondition att rehabiliteras eller vårdas i hemmet, till exempel traumapatienter. Ett annat exempel som lyfts fram är onkologiska patienter som fått krävande kurativa behandlingar[8] och behöver slutenvård för att återhämta sig. Vad som mer konkret kan rymmas inom vårdformen håller på att preciseras.

6.5 Styrning av patientströmmar

Patientströmmen till akutsjukhusens akuter bör minskas

En grundläggande tanke i FHS är att patienter ska välja att gå till rätt vårdnivå. Framförallt har det funnits en önskan att minska flödet till akutsjukhusens akutmottagningar. Det har varit en strävan i många år men HSF:s rapport om akutmottagningarna[9] visar att besöken har fortsatt att öka mer än vad som beror på befolkningsökningen. (Enligt intervjuade var dock ökningstakten lägre 2013 och låg då i nivå med befolkningsökningen. Det finns idag ingen färdig analys om vad utvecklingen beror på och om det är ett trendbrott.) HSF:s rapport lyfter i 21 arbetspunkter fram åtgärder för att förbättra verksamheten vid akutmottagningarna. En av punkterna lyfter fram att informationen om öppenvårdsalternativen måste bli bättre. Namnsättningen på verksamheterna måste bli tydligare och ge tydliga signaler om vilken vård som erbjuds. En annan punkt är att samarbetet mellan akutmottagningarna och närakuterna måste bli bättre. Under våren ska åtgärdsplaner tas fram för alla arbetspunkterna och en uppföljning planeras till sommaren.

Nytt projekt om det akuta mottagandet

PFHS ser det akuta mottagandet som en central process som går på tvären genom vårdgrenarna. Det har inom ramen för FHS-arbetet under de senaste åren kommit fram flera underlagsrapporter om det akuta mottagandet. Under våren kommer ett nytt delprojekt att starta i syfte att formulera en handlingsplan för alla de åtgärder som behöver vidtas inom SLL med anledning av det förändrade akutuppdraget på NKS. En viktig förutsättning för detta projekt är beslutet om Karolinskas verksamhetsinnehåll i juni 2013 men även mobiliseringen av övriga akutsjukhus som nu säkras i arbetet med avsiktsförklaringar.

[8] Med kurativ behandling avses behandling som har som primär avsikt att bota sjukdom
[9] Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar oktober 2013

Aktiv hälsostyrning lyckat exempel

I intervjuerna har aktiv hälsostyrning med vårdcoacher lyfts fram som ett lyckat exempel på styrning av patientströmmar. Arbetet bygger på att patienter som löper risken att behöva stora akuta vårdinsatser identifieras och får tillgång till en vårdcoach. Utvärderingar visar att arbetet lett till att patienterna förbättrat sin hälsa och livskvalitet såväl fysiskt som mentalt. De har i mindre utsträckning behövt uppsöka akutmottagning och i mindre utsträckning behövt läggas in på sjukhus och i de fall de behövt inläggning har vårdtiden förkortats.

Förändringar i den prehospitala vården

FHS andra steget beskriver förändringar och behov för den prehospitala vården med i huvudsak fyra fokus: att föra patienten direkt till rätt vårdnivå, att FoU bör stimuleras, sjukdomspanorama på sekundärtransporter (transporter mellan vårdenheter), samt att vårdavtal och ersättningsmodeller behöver ses över för att stimulera akut omhändertagande på rätt plats. Revisionens har under 2013 genomfört en granskning av den prehospitala vården. Där framkommer inga tydliga tecken på att en utveckling av den prehospitala vården i enlighet med detta påbörjats. De intervjuade menade att det prehospitala omhändertagandet behöver utredas med fokus på patientsäkerhet och vårdkvalitet, bl.a. vid direktintag, innan de genomförs i större skala. Förändrat uppdrag ställer nya krav både på dirigeringsprioriteringar[10] och på bedömningar kring patienters behov av insatser, vars effekter behöver analyseras. Granskningen visar att landstingets ambulansbolag (AISAB) inte är inkluderade i utvecklingsarbetet av den prehospitala vården utifrån FHS.

Revisionens bedömning
Revisionen uppfattar att det är ett omfattande arbete som återstår för att konstruera nya avtalsmodeller som inkluderar nya ersättningssystem. Samtidigt är det nödvändigt för att skapa rätt incitament för nätverkssjukvården. Revisionen uppfattar även att man från PFHS sida anser att avtalen med akutsjukhusen måste bli betydligt mer styrande, åtminstone under de närmaste åren. Det i sin tur lär generera behov av att göra förändringar i andra avtal och vårdval.

Med tanke på den centrala roll som ersättningssystemen med tillhörande informationssystem har inom FHS så anser revisionen att specifika uppdrag behövs där det måste klaras ut hur arbetet ska organiseras och vem som ska ansvara för utvecklingen. Även arbetet med att ta fram nödvändiga IT-system för information och eHälsa verkar vara i sin linda. När det gäller eHälsa så har revisionen för avsikt att genomföra en granskning av verksamheten under 2014.

När det gäller sjukhusen - tidigare benämnda specialistcentren - uppfattar revisionen att det inte hänt så mycket konkret under 2013. På tjänstemannaplanet har visserligen underlag tagits fram och beslut fattats, men det har inte lett till några beslut i de politiska församlingarna.

Det akuta mottagandet är en central process i nätverkssjukvården. Under många år har det funnits en uttalad strävan att minska flödet till akutsjukhusens akuter. Revisionen uppfattar att det fortfarande finns ett behov av att tydliggöra

[10] Dirigering handlar om vart ambulansen ska köras.

för invånarna vad de olika alternativen i öppenvården står för och vad de kan erbjuda, så att invånarna kan göra rationella val.

Revisionen ser att det finns en risk att landstinget missar en möjlighet att förankra och förbereda för viktiga aspekter av det akuta omhändertagandet och den prehospitala vården då AISAB inte inkluderas i arbetet. Revisionen menar att PFHS i högre grad bör säkerställa att den prehospitala vårdens kompetens och erfarenheter tas tillvara i utvecklingen av FHS med fokus på deras roll vad gäller direktintag, FoU, sekundärtransporter samt incitamentsstyrning.

7 Kompetensförsörjning

Utbyggnaden av närverkssjukvåden ökar kraven på samordning och samarbete kring kompetensförsörjning. Därför är kompetensförsörjningen ett centralt arbetsområde i FHS. Arbetet har satt kompetensfrågorna i fokus.

Arbetet har nu kommit till en slutfas och en slutrapport ska avrapporteras till styrgruppen för PFHS 24 februari 2014. Därefter avses kompetensprojekten komma in i en verkställighetsfas och överförs då till linjen, där SLL Personal och Utbildning får ett övergripande ansvar för samordningen. Det gäller exempelvis samverkan med HSN, lärosäten och andra parter inom den landstingsfinansierade vården.

7.1 Kompetensfrågor inom ramen för PHFS

Arbetet med kompetensfrågor har framförallt bedrivits i tre projekt:

1. Utveckling av en modell för att beräkna framtida kompetensbehov. Modellen berör samtlig landstingsfinansierad vård. Huvudansvar för modellen planeras att överlämnas till den nyinstiftade avdelningen utbildning och kompetensförsörjning inom SLL personal och utbildning. De första stegen för att använda denna modell kommer tas under 2014. Revisionen erfar att de första beräkningarna sannolikt kommer genomföras med fokus på tillgången till specialistläkare och specialistsjuksköterskor. Kontakter behöver då även etableras med externa vårdgivare för att inhämta statistik om deras tillgång och behov av kompetens för att kunna beräkna länets övergripande behov. Utifrån denna behovsberäkning planeras sedan för att processer och rutiner för en effektiv styrning av kompetensförsörjningen ska kunna tas fram. De intervjuade uppger att 2014 bör ses som ett test-år och att effekter av modellen först kan komma att synas under 2015.

2. Personalrörlighetsprojektet tas över av den befintliga avdelningen för avtal, pension och uppföljning inom SLL personal och utbildning. Huvudspåret i detta delprojekt har varit att säkerställa anställningsförhållanden i nätverkssjukvården för att personal ska kunna arbeta på mer än ett ställe i syfte att kunna dela tillgänglig kompetens när vårdområden delas. Hur anställningstrygghet och frågor om övertalighet ska kunna hanteras inom landstingskoncernen har till stora delar lösts, enligt de intervjuade. Detsamma gäller när man har sin huvudanställning inom landstinget samtidigt som man arbetar hos annan arbetsgivare. Däremot råder fortfarande oklarheter kring hur den juridiska pro-

blematiken kan lösas kring personal som har sin huvudanställning hos en extern vårdgivare och även avser att arbeta för landstinget.

3. Utveckling av modell för hur den kliniska utbildningen kan utvecklas. Arbetet består av flera delar. Bland annat pågår en kartläggning av utbildningsprocessen för att tydliggöra dess olika steg och vilken part som har ansvar för vilken del. Det gäller att forma en utbildning som bättre förbereder studenterna inför de krav som FHS ställer med bl.a. arbete hos mer än en vårdgivare, mer insatta patienter och mer avancerad teknologi. Kraven på utbildningarna kommer också förändras utifrån det faktum att det blir mer komplicerat att utbilda olika specialiteter då akutsjukhusen inte alltid bedriver vård med hela specialitetens vårdspektra. En pilotverksamhet pågår med ett ersättningssystem för ST-läkare inom ett av de först instiftade vårdvalsområdena inom specialistsomatiken, öron-näsa-halssjukvård. ST-läkaren planeras vara knuten till en vårdgivare och kan utifrån det "lånas ut" till andra enheter som bedriver de vårddelar som ST-läkaren behöver få ta del av för att lära, samtidigt som dessa också får ta del av ersättningen. Även detta kommer att axlas av avdelningen för utbildning och kompetensförsörjning i samverkan med HSF, som har det primära ansvaret för avtals- och ersättningsstrukturer för vårdgivare (vad gäller tillgång till platser för verksamhetsförlagd utbildning, se rapport 10/2013).

7.2 Andra aspekter av kompetensförsörjning inom ramen för FHS

Vårdgivarnas ansvar för kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning handlar även om sådant som inte i första hand låter sig styras från en koncerncentral enhet som SLL Personal och Utbildning eller beställaren HSN. Intervjuade representanter för vårdgivare menar att de har ett ansvar i att ordna en attraktiv arbetsmiljö så att redan anställd personal vill vara kvar och att nyrekrytering kan underlättas. Dessutom pekar de på att om arbetsplatsen erbjuder en väl fungerande verksamhetsförlagd utbildning så kan rekryteringsbasen stärkas. Andra viktiga områden de pekar på är att utveckla och utbilda befintlig personal, och se till att även de får ett lärande som möter framtida behov.

FHS kan leda till behov av ny kompetens

Flera intervjuade menar att den framtida vårdens angreppssätt inom ramen för FHS kan möjliggöra för nya kompetenser. Det är även viktigt att göra omtag i tanken om vem som ska göra vad. En sådan viktig del borde vara att avlasta läkare från administrativa uppgifter som inte är vårdrelaterade och använda kompetensresurserna på ett relevant och prestigelöst sätt.

Ökad konkurrens om personal

Redan idag råder inom flera vårdgrenar brister i tillgång till personal. Det förekommer att operationer ställs in då en personalkategori saknas som inte kan ersättas med kort varsel, och vårdplatser tvingas stängas i brister på tillgång till kvalificerad personal. Flera av de intervjuade uttrycker oro och menar att det finns en överhängande risk att anställda slutar på de dygnet-runt-öppna akutsjukhusen och går till de vårdgivare som bedriver vård mån-fre/8-17. Dels för att komma ifrån den tunga arbetsmiljön som är ett resultat av omdaningen av vården, dels för att löneläget i många fall dessutom är högre i dessa verksamheter.

Revisionens bedömning

Inom kompetensområdet verkar de tre projekt som genomförts vara av central betydelse för arbetet med FHS. Inkluderande av externa vårdgivare är en nyck-

elfråga och förutsätter väl upparbetade kommunikationskanaler både med dem och med HSN. Det är också viktigt att HSN finner fungerande former för att utöva sitt ansvar i att ställa krav på de externa vårdgivarnas medverkan vad gäller kompetensförsörjning på ett uppföljningsbart sätt i avtal.

I takt med att arbetet med FHS utvecklas och det blir allt fler vårdaktörer i länet ökar konkurrensen om personalen utifrån löneläge och arbetsmiljö. Därför behöver landstinget redan idag säkerställa en god arbetsmiljö och hitta former för att erbjuda konkurrenskraftiga arbetsförhållanden i syfte att möjliggöra tillgång till framtida kompetens. Viktigt är också att vårdgivare redan nu höjer kompetensen hos den befintliga personalen så att man står rustad för att möta framtida krav.

Kort om rapporten

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) omfattar i princip all vård inom landstinget. Nu går projektet in i en genomförandefas och det är ett komplext pussel som ska läggas. Om enskilda pusselbitar ändras kan det innebära konsekvenser för andra delar av planen. Kritiska pusselbitar är att lägga fast var vård ska bedrivas, förseningar av byggnationer, krav på effektiviseringar, konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem, nödvändiga IT-system för information, kompetensförsörjning och styrning av de akuta patientströmmarna.

Revisionen bedömer att det finns ett behov av att klara ut ansvaret mellan berörda parter när det gäller byggnationer för att förhindra förseningar. Det behövs även specifika uppdrag för att ta fram ny avtalsmodell och nödvändiga IT-system. Revisionen har tidigare pekat på att det behövs en tydligare ekonomisk styrning av FHS när projektet går in i genomförandefasen. Konkret behövs det nu förtydligade ekonomistyrningsregler för att hålla nere utgifter för investeringar liksom kostnader för omställningar som uppkommer under genomförandet.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 B (T-bana Rådhuset)

Telefon: 08-737 25 00 **Fax:** 08-737 53 50
E-post: landstingsrevisorerna@rev.sll.se **Hemsida:** www.sll.se/rev

Org.nr: 232100-0016