Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2015-04-22

LS 2015-0345

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet

Föredragande landstingsråd: Marie Ljungberg Schött

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet, för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att lämna yttrande till landstingets revisorer över landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014, Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet, enligt landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Landstingsrevisionen har genomfört en granskning med syfte att titta på om planering och genomförande av framtidsplanen för hälso- och sjukvården bedrivs enligt målsättningen för projektet.

Inom ramen för arbetet med framtidsplanen och den utökade ägarstyrningen i linje med direktiven i budget för år 2015 sker ett kontinuerligt arbete, där flertalet av de rekommendationer och synpunker som framgår av rapporten redan beaktas. Ett strukturerat arbete för att säkerställa genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård pågår.

Landstingstyrelsen anser att det är viktigt att förslagen i Framtidens hälso- och sjukvård genomförs. Det innebär bland annat att en större andel av vården ska utföras inom närsjukvården.

Revisorerna konstaterar i sin bedömning att landstingsstyrelsens arbete med framtidens hälso- och sjukvård bedrivs enligt landstingsfullmäktiges uppdrag.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 7 april 2015
Landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet

Torbjörn Rosdahl

Marie Ljungberg Schött

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2015-04-07

LS 2015-0345

Handläggare:
Lena Halvardson Rensfelt

Landstingsstyrelsen

Ankom
Stockholms läns landsting
2015 -04- 13
Dnr. LS 2015-0345
Rotel V

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet, för yttrande.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 7 april 2015
Landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att lämna yttrande till landstingets revisorer över landstingsrevisorernas projektrapport nr 15/2014, Framtidens hälso- och sjukvård - arbetet i projektet, enligt landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Landstingsrevisorerna har granskat om planeringen och genomförandet av framtidsplanen för hälso- och sjukvården bedrivs enligt målsättningen med projektet. Revisorerna konstaterar att landstingsstyrelsens arbete med framtidens hälso- och sjukvård har organiserats och strukturerats utifrån landstingsfullmäktiges uppdrag. De ser dock ett flertal risker som kommer behöva analyseras ytterligare. Förvaltningen delar revisorernas syn att det krävs en tydlig styrning och ett nära samarbete mellan landstingsstyrelsens förvaltning och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Inom ramen för arbetet med framtidsplanen och ägarstyrningen sker ett kontinuerligt arbete där flera av rekommendationerna och synpunkterna som framförs i rapporten

redan har tagits hänsyn till. Ett strukturerat arbete pågår för att säkerställa genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård.

Bakgrund
Landstingsrevisorerna har granskat om planeringen och genomförandet av framtidsplanen för hälso- och sjukvården bedrivs enligt målsättningen med projektet. Granskningen har skett på en översiktlig nivå. Revisorerna konstaterar att landstingsstyrelsens arbete med framtidens hälso- och sjukvård har organiserats och strukturerats utifrån landstingsfullmäktiges uppdrag. De ser dock ett flertal risker som kommer behöva analyseras framöver. Det är följande:

- risker för gråzoner i styrningen,
- investeringsvolymernas påverkan på längre sikt,
- hantering av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer,
- rätt tillgång på vårdplatser,
- konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem,
- utformningen av nödvändiga IT- och e-hälsosystem,
- kompetensförsörjning,
- styrning av akuta patientströmmar.

Revisionen ser positivt på den stärkta ägarstyrningen men ser risker för gråzoner och otydliga beslutsmandat mellan de olika politiska organen. De ser att det finns en risk för att arbetet med framtidens hälso- och sjukvård försvagas om det inte finns en drivande kraft. Revisorerna gör bedömningen att det från ett ekonomiskt perspektiv är nödvändigt att sprida investeringarna jämnare över tid. Vidare anser revisorerna att produktiviteten i vården behöver öka. De ser den styrningen av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer som en stor utmaning som kräver ett nära samarbete mellan landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Revisionen anser att det finns en risk för att det under perioder kan uppstå brist på vårdplatser på grund av osäkerhet i prognoser och tidplaner för investeringarna.

Revisorerna framför att de ser utvecklingen av ersättningsystemen som en stor utmaning och arbetet med omställningsavtal som en strategisk fråga. Enligt revisorerna behöver landstingsstyrelsen förtydliga kommunikationen i ägar- och avtalsstyrningen med bolagen.

I rapporten anges arbetet med nya system för IT, information och e-hälsa som mycket angeläget för att framtidsplanen ska kunna genomföras. Revisorerna anser att det finns en risk att dessa system inte kommer att

finnas på plats i tid och att nätverkssjukvården därmed inte ges de förutsättningar som krävs.

Revisorerna konstaterar att det pågår arbete för att säkra kompetensförsörjningen inom landstinget men att effekterna av arbetet ännu inte framkommit.

Slutligen skriver revisorerna att det saknas miljökonsekvensbedömningar i beslutsunderlag kopplat till framtidens hälso- och sjukvård och rekommenderar därför att någon form av stöd tas fram för hur miljörisker ska beaktas i det fortsatta arbetet.

Överväganden
Förvaltningen delar revisorernas uppfattning att den stärkta ägarstyrningen är en förutsättning för ett effektivt genomförande av framtidens hälso- och sjukvård. Den nya politiska organisationen (LS 1410-1178) som beslutades den 11 november 2014 har en tydlig uppdelning avseende ansvarsområden. Tjänstemannaorganisationen har anpassats för att svara mot den politiska organisationen. Den förstärkta ägarstyrningen på den politiska nivån operationaliseras genom landstingsdirektörens förtydligade roll samt den nya funktionen som vice VD i LISAB.

Inom ramen för arbetet med framtidsplanen och den utökade ägarstyrningen i linje med direktiven i budgeten för år 2015 sker ett kontinuerligt arbete, där flertalet av de rekommendationer och synpunkter som framgår av rapporten redan beaktats. Ett strukturerat arbete pågår för att säkerställa genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård.

Landstingsdirektören har enligt det som beskrivs i ärendet, Principer för ny tjänstemannaorganisation under landstingsstyrelsen med anledning av den nya politiska organisationen (LS 1411-1350), tillsatt en landstingsövergripande ledningsgrupp där bland annat de tre centrala förvaltningarna är representerade, direktören för strategisk IT, vice VD i LISAB och chefläkaren. Ledningsgruppen har ansvaret på tjänstemannanivå för att säkra genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård. Som stöd för ledningsgruppen kommer beredande och samordnande grupper att finnas. En viktig funktion i arbetet är ägarfunktionen som är under utveckling under ledning av tf. vice VD i LISAB. Ägarfunktion ansvarar för ägarstyrningen och rapporterar till landstingsdirektörens ledningsgrupp samt ägarutskottet. Arbetet i ledningsgruppen och i de beredande grupperna kan komma att omstruktureras för att kontinuerligt anpassas utifrån arbetet med genomförandet av Framtidsplanen.

Ramar har föreslagits fastställas i budgeten för år 2016 för att ge akutsjukhusen långsiktiga stabila förutsättningar för att klara ekonomiska och verksamhetsmässiga mål. Förvaltningen har nära samarbete med hälso- och sjukvårdsförvaltningen runt den nya avtalsmodellen som ska leda till en lägre kostnadsutveckling för akutsjukhusen. Syftet är också att genom avtalen styra mot genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård Omställningsavtalen kommer att ha utarbetats innan sommaren. Samverkan mellan ägare, beställare och producent är ett prioriterat område.

Förvaltningen delar revisorernas syn att det utifrån ett finansiellt perspektiv skulle ha varit bra om de omfattande investeringar som nu planeras inom landstinget hade kunna spridas jämnare över tid. Investeringsbehovet påverkas dock av att flertalet av landstingets sjukhus är byggda under samma tidsepok samt att befolkningsökningen i länet är hög. De investeringar som är planerade är nödvändiga för att landstinget ska kunna utföra sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag. Det sker en ständig prövning av landstingets möjlighet att göra de investeringar som krävs med en bibehållen ekonomi i balans.

Förvaltningen delar revisorernas bedömning att den tidigare styrningen av IT varit otillräcklig. Landstingsdirektören har därför valt av att samla styrningen av strategisk IT och e-hälsa på en funktion i landstingsstyrelsens förvaltning. Den nya funktionen, strategisk IT-direktör, har i uppdrag att styra och samordna landstingets arbete med IT som en helhet. Särskilt fokus kommer att läggas på att säkra det IT-stöd som är nödvändigt för att genomföra framtidens hälso- och sjukvård.

Det pågår ett omfattande arbete med kompetensförsörjningsfrågorna. Insatserna är långsiktiga, men insatser för mer direkta effekter sker också. Revisorerna anser att regelverket för hantering av medarbetare som arbetar hos två arbetsgivare är oklart. Förvaltningen konstaterar att det finns ett fastlagt regelverk för arbetstagare som har landstinget som huvudarbetsgivare. Regelverket är kommunicerat på ett flertal sätt och förvaltningen fortsätter arbetet med kommunikation och dialog. Det pågår också en utredning för att ta se över alternativ för hantering av den juridiska situation som uppstår för arbetstagare som har en privat vårdgivare som huvudarbetsgivare.

I landstingsdirektörens planeringsunderlag för budget år 2016 finns förslag på att utarbeta en landstingsövergripande kompetensförsörjningsstrategi för att skapa ytterligare styrning och samordning.

I det arbete som nu startats med genomförandeområden på landstingsstyrelsens förvaltning kommer miljöarbetet att bli en integrerad del för att miljöaspekter i tid ska bedömas, beaktas och arbetas in i planer för genomförandet. Det finns idag två landstingsövergripande större projekt som drivs av miljöavdelningen för att genomföra det miljöpolitiska programmet. Projekten har långsiktiga perspektiv, stödjer en framtida modern sjukvård och kommer integreras i genomförandet av framtidsplanen. Det är Handlingsplan för hållbar IT inom vård för åren 2016–2018 (LS 2015-0090) samt Övergripande plan för hållbar energianvändning (LS 2015-0091).

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 15/2014

Ankom
Stockholms läns landsting
2015 -02- 25
Dnr LS 2015-0345

Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet. Landstingsrevisorerna omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, sakligt och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och bolag sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna@rev.sll.se

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Revisorsgrupp I 2015-02-19 *Diarienummer:*
RK 201502-0008

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 15/2014
Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade 2015-02-19 överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2015-05-22.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2014 är att landstingsstyrelsens ansvar för planeringen av FHS hittills hanterats organiserat och strukturerat utifrån fullmäktiges uppdrag, även om en rad risker kvarstår att analysera. Bedömningen är att en stärkt central styrning från 2015 är nödvändig för att kunna ta ett helhetsgrepp i det omfattande förändringsarbete som landstinget står inför.

Det finns all anledning att uppmärksamma ett antal utmaningar och risker. Risker som till del uppmärksammats av revisionen tidigare år

- risker för gråzoner i styrningen
- investeringsvolymernas påverkan på längre sikt
- hantering av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer
- rätt tillgång på vårdplatser
- konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem,
- utformningen av nödvändiga IT- och e-hälsosystem
- kompetensförsörjning
- styrning av de akuta patientströmmarna.

Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör förutsättningarna för att långsiktigt kunna balansera ekonomin och hur kostnadsnivåer relativt vårdvolymer kommer att hanteras samt ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen när det gäller FHS.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justerades omedelbart.

Kenneth Strömberg
ordförande

Agneta Fohlström
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
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

Revisorsgrupp II 2015-02-19 *Diarienummer:*
RK 201502-0008

Hälso-och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 15/2014
Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2015-02-19 överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2015-05-22.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2014 är att hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för planeringen av FHS hittills hanterats organiserat och strukturerat utifrån fullmäktiges uppdrag, även om en rad risker kvarstår att analysera. Bedömningen är att en stärkt central styrning från 2015 är nödvändig för att kunna ta ett helhetsgrepp i det omfattande förändringsarbete som landstinget står inför.

Det finns all anledning att uppmärksamma ett antal utmaningar och risker. Risker som till del uppmärksammats av revisionen tidigare år

- risker för gråzoner i styrningen
- investeringsvolymernas påverkan på längre sikt
- hantering av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer
- rätt tillgång på vårdplatser
- konstruktion av en ny avtalsmodell inklusive ett nytt ersättningssystem,
- utformningen av nödvändiga IT- och e-hälsosystem
- kompetensförsörjning
- styrning av de akuta patientströmmarna.

Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör förutsättningarna för att långsiktigt kunna balansera ekonomin och hur kostnadsnivåer relativt vårdvolymer kommer att hanteras samt ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen när det gäller FHS.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justerades omedelbart.

Leni Björklund
Ordförande

Rikard Lindqvist
sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
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 Motiv till granskningen 6
2.2 Revisionsfråga 6
2.3 Avgränsning 7
2.4 Bedömningsgrunder 7
2.5 Metod 7

3 ORGANISATION AV FHS ARBETET 8

3.1 Fullmäktiges uppdrag och den politiska beredningen 8
3.2 Det centrala programkontoret för FHS 8
3.3 De centrala förvaltningarnas FHS-arbete 9
3.4 Lokala programkontor 10
3.5 Revisionens bedömning 11

4 KOSTNADSUTVECKLINGEN 11

4.1 Framtidsplanens investeringar påverkar landstinget ekonomi på lång sikt 11
4.2 Finansieringen av FHS 12
4.3 Kostnadskontrollen 13
4.4 Kostnadsutvecklingen måste brytas 14
4.5 Revisionens bedömning 15

5 PLANERINGEN AV VÅRDEN 16

5.1 Vårdinnehåll 16
5.2 Ansvarsfördelningen för FHS-investeringarna 17
5.3 Omfattande byggnationer för fler vårdplatser 18
5.4 Revisionens bedömning 18

6 NÄTVERKSSJUKVÅRD 19

6.1 Vårdavtal/ersättningssystem i nätverkssjukvården 20
6.2 IT-system och e-hälsa 20
6.3 Sjukhus - "specialistcenter" 21
6.4 ASIH och stödjande vård 22
6.5 Primärvårdens roll i FHS 22
6.6 Styrning av patientströmmar 23
6.7 Revisionens bedömning 23

7 KOMPETENSFÖRSÖRJNING 24

7.1 Kompetensfrågor inom ramen för FHS 24
7.2 Revisionens bedömning 25

8 MILJÖKONSEKVENSER AV FHS 25

8.1 Revisionens bedömning 26

1 Sammanfattning och slutsatser

Revisionen har under 2014 i flera projekt genomfört granskningar av arbetet med Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS). Utifrån dessa och den övergripande granskning som genomförts i detta projekt är revisionens samlade bedömning att arbetet med FHS hittills hanterats på ett organiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. Revisionen vill samtidigt utifrån granskningarna uppmärksamma ett antal riskområden i genomförandet av FHS.

Styrningen av FHS

De närmaste åren kommer att innebära stora utmaningar såväl för verksamheterna i sjukvården som för landstingets ekonomi. För att hantera det har landstingsstyrelsens ägarstyrning stärkts bl.a. genom ett särskilt ägarutskott. Samtidigt har det under hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) införts ett särskilt FHS-utskott. Revisionen ser positivt på den stärkta styrningen, men ser risker för gråzoner och otydliga beslutsmandat mellan dessa utskott. På tjänstemannasidan har landstingsdirektören fått en tydligare roll i förhållande till förvaltnings- och bolagschefer med uppdrag att leda, styra och strategiskt samordna landstingets verksamheter i avsikt att understödja implementeringen av FHS. Revisionen bedömer att denna förstärkning är nödvändig för att kunna ta ett helhetsgrepp i det gigantiska förändringsarbete som landstinget står inför.

Det centrala programkontorets roll har succesivt förändats sedan starten av FHS-arbetet. I princip alla utredande uppdrag är avslutade eller överförda till de centrala förvaltningarna där genomförandeområden har skapats för att hantera dessa. Programkontoret får från 2015 en mer renodlad funktion för samordning av projektet under styrgruppen för FHS. Programkontoret har därutöver ett uppdrag att utreda om även de kvarvarande arbetsuppgifterna ska föras över till linjeorganisationen, vilket skulle kunna förhindra dubbelarbete och göra det tydligare var ansvaret ligger. Revisionen ser samtidigt en risk för att FHS-arbetet försvagas om det inte finns en tydlig drivande kraft för arbetet och om arbetet heller inte, som hittills, presenteras i en sammanhållen avrapportering till landstingsfullmäktige.

Ekonomi och kostnadskontroll

Investeringspuckeln från 60-talet ligger till stor del bakom behovet att i dag samtidigt göra stora investeringar i såväl akutsjukhusen som de mindre sjukhusen. Det stora behovet av investeringar leder till kraftigt ökade kostnader som ska finansieras, men också till att en ny puckel byggs upp i form av framtida behov av reinvesteringar i det som nu byggs. Revisionen bedömer att det från ett ekonomiskt perspektiv är nödvändigt att försöka sprida investeringarna jämnare över tiden. För att balansera ekonomin krävs även att kostnaderna och/eller volymerna i vården minskar genom ökad produktivitet. Den stora utmaningen blir styrningen av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer där LS och HSN måste samarbeta och se över ägarstyrningen kontra beställarstyrningen.

Avtal och ersättningssystem

Revisionen menar att dagens ersättningsmodeller för akutsjukhusen fristående från diskussioner om vilket ekonomiskt utrymme som finns har lett till en otydlig styrning där akutsjukhusens eget ansvar inte är tydligt. Dagens ägarstyrning med resultatkrav på akutsjukhusen i fullmäktiges budget i kombination med beställarens styrning av volymer genom produktionskrav i avtalen måste därför ses över. Revisionen ser det pågående arbete med att ta fram omställningsavtal

för 2015-2019 som en strategisk fråga inte minst för att kunna bryta det besvärliga ekonomiska läge som alla akutsjukhusen för närvarande har. Revisionen ser även utvecklingen av ersättningssystem som en av de största utmaningarna för nätverkssjukvård som en förutsättning för FHS.

Vårdplatser

Det har under FHS-arbetet lagts ner ett omfattande arbete på att uppskatta framtida vårdbehov. Trots det finns en osäkerhet om minskningen av antalet slutenvårdstillfällen vid akutsjukhusen utgör ett trendbrott. Dessutom är det, trots omfattande planering, risk för förseningar i byggnationerna. Detta ger en osäkerhet i planeringsunderlaget som innebär en risk för att det under perioder kan uppstå brist på vårdplatser.

Ändringar har gjorts i ägardirektiv och klarlägganden införts i Framtidsplanen – Tredje steget för att tydliggöra ansvar och roller när det gäller de strategiska fastighetsinvesteringarna. Trots det framkommer det i revisionens granskning att det fortfarande inte finns en samsyn om tolkningen av uppdragen mellan berörda parter, även om den nu uppges ha blivit bättre. För att komma till rätta med detta menar revisionen att landstingsstyrelsen behöver förtydliga kommunikationen i ägar- och avtalsstyrningen med bolagen.

De akuta patientströmmarna

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, trots många utredningar och satsningar på att styra patienter till primärvården, fortfarande saknas ett samlat grepp över hur det akuta mottagandet ska fungera.

Nätverkssjukvården

Vården fungerar redan idag som ett sorts nätverk för stora patientgrupper. Trots att begreppet nätverkssjukvård förtydligats finns det fortfarande en osäkerhet om vad det egentligen innebär och vad som behöver göras för att i praktiken komma dit. Till skillnad från hur byggnationerna organiserats finns det inte någon sammanhållen organisation för detta arbete utan det ska hanteras i linjeorganisationen. Revisionen ser detta som en risk och uppfattar också att det hittills inte hänt så mycket konkret i utvecklingen av nätverkssjukvården.

System för IT och e-hälsa

Det finns en bred koncensus om att det kommer att behövas nya system för IT, information och e-hälsa för att kunna genomföra framtidsplanen. Arbetet har under flera år bedrivits i delvis separata spår. Besluten om att bilda en organisatoriskt sammanhållen e-förvaltning och att ta fram en handlingsplan för insatser inom området under 2015 kan ge en sammanhållen struktur för utvecklingen. Arbetet är dock omfattandet och tiden knapp. Revisionen bedömer att det är en av de stora riskerna i FHS att dessa system inte kommer till stånd i tid och ger förutsättningarna för nätverkssjukvård. I dagsläget finns inte heller någon bedömning av storleksordningen på de investeringar som kommer att krävas.

Kompetensförsörjning

Granskningen visar att det pågår aktiviteter centralt i landstinget för att stärka arbetet med kompetensförsörjning, vilka dock ännu inte gett konkret resultat.

Miljökonsekvensbeskrivning

Avslutningsvis konstatera revisionen att Miljöutmaning 2016 med miljökonsekvensbedömningar i beslutsunderlagen inte följts i FHS, men att någon form av stöd för hur miljörisker ska beaktas bör tas fram i det fortsatta FHS-arbetet.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Fullmäktiges beslut[1] om Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS) omfattar i princip all vård inom landstinget. En bärande tanke är att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Samtidigt förväntas befolkningen i Stockholms län från 2013 öka med 373 000 invånare på 10 år. FHS har hittills bedrivits som ett projekt och berör frågor som gäller såväl ekonomi, lokaler, patientsäkerhet, kompetensförsörjning som forskning. Enligt den tidplan som lagts fast övergick projektet 2014 från planeringfas till genomförandefas. Inflyttningen på Nya Karolinska Solna (NKS) planeras börja i slutet på 2016 och vara klar två år senare.

Den granskning som revisionen genomförde 2013[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 förändringen är genomförd. För att uppnå målsättningarna har fullmäktige beslutat om investeringar långt över de nivåer som gällt de senaste decennierna.

Vid revisionens granskning 2013 lyftes sju risker fram för det fortsatta arbetet:

- 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 granskning av FHS genomförs för tredje året i rad som ett metaprojekt, dvs. ett "paraply" för avstämning av iakttagelser och slutsatser som kommit fram även i andra projekt och granskning under året. Syftet har varit att ge en samlad bild framförallt utifrån ovan nämnda riskområden.

2.2 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 kommer följande delfrågor att behandlas:

- Hur organiseras FHS-arbetet för att målen ska kunna nås?
- Hur sker kostnadskontrollen i arbetet med genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?
- Hur sker planeringen och koordineringen av vårdplatser för att flytta ut vård från akutsjukhusen och täcka behovet i olika skeden av projektet?
- Hur byggs styrsystem och lösningar upp för att kunna bedriva vården i öppna nätverk?

[1] LS 1304-0527, Framtidsplanen - Andra steget
[2] Projektrapport 14/2013, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013

- Hur utvecklas formerna för styrning av de akuta patientströmmarna för att möjliggöra att patienten väljer rätt vårdnivå?
- Hur sker kompetensförsörjningen i genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?

2.3 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 bedömts som stora. Därutöver har frågan om hur miljökonsekvenser beaktats i arbetet med FHS inkluderats. Granskningen har i huvudsak ett styrningsperspektiv. Men även ett patientperspektiv finns med i granskningen av genomförandefasen. Fokus har varit landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för FHS genomförande.

2.4 Bedömningsgrunder

Granskningen utgår från:

- Fullmäktiges mål för arbetet i FHS, beslut i budget 2011, 2012, 2013, 2014, 2015[3].
- Fullmäktiges övergripande ekonomiska mål om ekonomi i balans.
- Landstingets reglemente för nämnder och styrelser antaget 2014-12-16.
- Ägardirektiv för Locum AB reviderade av fullmäktige 2014-06-10[4]
- Hälso- och sjukvårdslagen, 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.

2.5 Metod

Projektarbetet har genomförts på två sätt. Dels en sammanställning av iakttagelser från andra genomförda revisionsprojekt som berör FHS, genomförda framförallt under 2014. Det gäller dels granskningar inom den årliga revisionen, dels projekt som redovisats i rapporterna: Danderyds sjukhus AB:s omställningsarbete för FHS (4/2014), Tillgängligheten och kontinuitet i närsjukvården (5/2014), E-hälsoarbetet – en viktig grund för nätverkssjukvården (7/2014), Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer (9/2014).

Projektarbetet har också omfattat en lägesavstämning av de riskområden som lyftes fram i revisionens rapport 14/2013 Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013. Intervjuer har genomförts med 15 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] LS 1403-0399 Mål och budget. Fr.o.m. budget för 2012 har FHS redovisats i en särskild bilaga. 2012 benämns den Framtidsplan för hälso- och sjukvården, åren därefter Framtidsplanen - första steget, - andra steget, - tredje steget.
[4] LS 1404-0474

3 Organisation av FHS arbetet

3.1 Fullmäktiges uppdrag och den politiska beredningen

FHS är inte ett enskilt 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. Landstingsfullmäktige har de tre senaste åren i samband med beslut om landstingets budget för det kommande året även beslutat om FHS i olika steg. I december 2014 togs beslut om Framtidsplanen – Tredje steget i genomförandet. Arbetet har gått från inledande utredning och planering, via konkretisering av uppdragen till genomförande. Underlaget för beslutet om FHS har sammanställts i en separat bilaga till budgetdokumentet. Därmed har en helhet kunnat presenteras för fullmäktige kopplad till den ekonomiska planeringen i budgeten. Om det inför 2016 blir en egen bilaga till budgeten eller om FHS då kommer att arbetas in i huvuddokumentet är idag inte fastlagt.

Det centrala programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård (PFHS) har tillsammans med NKS programkontor sedan projektet startade varje månad lämnat information om arbetet till landstingsstyrelsens arbetsutskott. Rapporteringen till landstingsstyrelsens övriga politiska organ har gjorts utifrån vilka frågor som är aktuella. En förändring fr.o.m. 2015, genom ändringar i landstingets reglemente, är att landstingsstyrelsens ägarstyrning har stärkts och ett ägarutskott bildats. I tjänsteutlåtande till ett beslut i landstingsstyrelsens den 3 februari 2015[5] framgår att det är genom LISAB[6] och ägarutskottet som riktlinjer och direktiv ska ges till sjukhusen och andra landstingsägda vårdverksamheter för att förverkliga framtidens hälso- och sjukvård. I ett annat ärende i landstingsstyrelsen samma dag[7] föreslås fullmäktige besluta om revideringar i ett flertal styrdokument som ägarpolicy, ägardirektiv och bolagsordningar i syfte att skapa en mer sammanhållen ledning och ägarstyrning i landstinget. Ändringarna innebär bl.a. att landstingsdirektören får en tydligare arbetsledande roll i förhållande till förvaltnings- och bolagschefer. Uppdraget att leda, styra och strategiskt samordna landstingets verksamheter i avsikt att understödja implementeringen av FHS nämns särskilt.

Det har även inrättats ett FHS-utskott under HSN. Utskottet ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS. I första hand är utskottet ett beredningsorgan åt HSN men kan även ges beslutsrätt i vissa frågor genom delegation från nämnden. Det är idag enligt intervjuade inte helt klart vilken roll FHS-utskottet kommer att ha i förhållande till de övriga förändringar som nu genomförs i styrningen och hur det i praktiken kommer att påverka den politiska hanteringen av FHS.

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

[5] Principer för ny tjänstemannaorganisation under landstingsstyrelsen med anledning av den nya politiska organisationen 2015-01-12 LS1411-1350
[6] Landstingshuset i Stockholm AB, är moderbolaget för aktiebolagen i SLL, med undantag för AB Storstockholms Lokaltrafik med dotterbolag, och ska på motsvarande sätt som landstingsstyrelsen styra, leda, samordna och följa upp att dotterbolagen arbetar i enlighet med bolagsordningar och beslutade ägardirektiv. VD för moderbolaget är landstingsdirektören.
[7] Översyn av bolagsordningar och ägardirektiv för bolagen med anledning av ny politisk organisation LS 1411-1289

FHS på ett lämpligt sätt. Mot bakgrund av detta inrättades en tillfällig tjänstemannaorganisation i form av PFHS under landstingsdirektörens ledning. Kontoret ligger budgetmässigt under HSN.

PFHS har haft ett övergripande ansvar att styra, följa upp och koordinera genomförandet av FHS på övergripande landstingsnivå. I PFHS ansvar har även ingått att identifiera, prioritera och säkerställa att strategiska hot och risker i genomförandet av FHS hanteras på landstingsövergripande nivå. PFHS har månatligen rapporterat till en central styrgrupp för FHS som består av landstingsdirektör, hälso-och sjukvårdsdirektör, landstingets chefsjurist och en representant från Karolinska Institutet. Styrgruppen beslutar inom ramen för projektet och för vidare ärenden som hör till respektive nämnd, styrelse, utskott som därefter bereds och beslutas. Den så kallade "Direktörsgruppen"[8] har under 2014 fått en mer uttalad roll som rådgivande organ till styrgruppen. Revisionen uppfattar även att den blivit en kanal för PFHS att nå ut med styrsignaler i organisationen.

PFHS roll har för varje år förändrats sedan starten av FHS-arbetet. Idag är i princip alla utredande uppdrag avslutade eller överförda till landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) och hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Kvar 2015 har kontoret en mer renodlad funktion för samordning av projektet med tre huvuduppgifter under styrgruppen för FHS.

- Process omställning, där den övergripande genomförandeplanen är ett nyckeldokument. Här framgår tider för alla förändringar med uppgifter om byggnation, när vård ska finnas på plats och med vilken volym. Ute i verksamheten tas lokala genomförandeplaner fram som är kopplade till den övergripande planen.
- Förändringsledarskap – ge stöd till såväl centrala förvaltningar som verksamhet i det förändringsarbete som krävs för genomförandet av FHS.
- Analys och samordning av planering, där vårdutbudskartan är ett nyckeldokument. Vårdutbudskartan ger en samlad bild av var vård ska bedrivas och i vilken omfattning. En annan central del är att uppdatera riskanalysen.

PFHS har nu även ett uppdrag från styrgruppen för FHS att utreda hur FHS-arbetet ska ledas i framtiden. Preliminärt så kommer kontoret att vara kvar under 2015. Därefter kan det bli aktuellt att flytta kontorets kvarvarande arbetsuppgifter till annan förvaltning.

3.3 De centrala förvaltningarnas FHS-arbete

Under 2014 har, som nämnts, PFHS överlämnat arbetsområden till de centrala förvaltningarna. Arbetet på HSF har kommit längst. Där har åtta genomförandeområden bildats för att utföra HSF:s roll i FHS. Områdena går tvärs över organisationsgränserna i HSF:s linjeorganisation. De ska hantera de tretton systemkritiska punkter som PFHS adresserat till HSF för att FHS ska kunna

[8] En grupp bestående av direktörer från vårdverksamheterna och ledande centrala tjänstemän

genomföras. Många aktiviteter inom respektive genomförandeområde pågår redan sedan tidigare. Tanken är att förvaltningsledningen genom arbetet i genomförandeområden nu ska få en bättre överblick och att uppföljning av förvaltningens arbete med genomförandet framöver ska underlättas. Ett av genomförandeområdena har en överordnad roll att styra och följa förvaltningens genomförande. Det är även detta genomförandeområde som har kontakterna med PFHS och som sammanställer underlag till förvaltningsledningen. Preliminära genomförandeplaner har tagits fram för de åtta områdena. Det kvarstår dock utvecklingsarbete med att förtydliga mål och tidsätta planerna. Enligt vad som framkommit i intervjuerna behöver HSF även arbeta med samordning så att förvaltningen kan ge överensstämmande besked till sjukvårdens verksamheter, vilket hittills varit ett problem. Även revisionens granskning av FHS 2013 pekade på att framförallt avtalsstyrningen gav andra signaler till verksamheterna än vad som lämnades från FHS.

Inom LSF har det inom flera områden, bland annat på ekonomi- och fastighetssidan, pågått ett omfattande arbete i planeringsfasen av FHS. Däremot har samordningen av den interna planeringen inför genomförandet av FHS inte kommit lika långt på LSF som på HSF. LSF började dock under senhösten 2014 arbetet med att bilda sex genomförandeområden på förvaltningen. För de genomförandeområden som berör IT och e-hälsa, fastighetsinvesteringar och FOU finns även motsvarande inom HSF. Intervjuerna visar att rollfördelningen mellan dessa nu ställs på sin spets och att det fortfarande inte är klarlagt hur de genomförandeområden som är gemensamma på de båda förvaltningarna ska ske.

Efter att arbetet med genomförandeplaner börjats på respektive förvaltning så har ett treårigt sparbeting lagts på de centrala förvaltningarna (LSF, HSF och trafikförvaltningen) på 400 mnkr. Enligt ovan nämnda tjänsteutlåtande så kommer detta inte i ett första skede att innebära några större organisationsförändringar. På sikt kommer dock behovet av att samordna processer mellan förvaltningarna sannolikt att leda till organisatoriska förändringar.

3.4 Lokala programkontor

Idag finns etablerade programkontor på alla akutsjukhus och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Kontoren har olika uppbyggnad. Under 2014 har särskilt arbetet på Södersjukhuset och i SLSO utvecklats i relation till året innan. Revisionen har som tidigare nämnts genomfört en granskning av det pågående omställningsarbetet på Danderyds sjukhus. Granskningen visar att programkontoret där har en tydlig roll och att arbetet integrerats i de ordinarie processerna. En iakttagelse är att programkontoret på Danderyds sjukhus har haft fokus på byggnation medan arbetet på Södersjukhusets programkontor i större grad inriktats på vårdinnehållet.

PFHS har, enligt de intervjuade, löpande kontakt med de lokala programkontoren. Därutöver har det under året förekommit ett par seminarer med deltagare från alla kontoren. Några av de intervjuade på programkontoren har efterlyst fler sådana möten, med möjlighet till erfarenhetsutbyte.

3.5 Revisionens bedömning

De närmaste åren kommer att innebära stora utmaningar såväl för verksamheterna i sjukvården som för landstingets ekonomi. För att hantera det har landstingsstyrelsens ägarstyrning stärkts bl.a. genom ett särskilt ägarutskott. Samtidigt har det under hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) införts ett särskilt FHS-utskott. Revisionen ser positivt på den stärkta styrningen, men ser risker för gråzoner och otydliga beslutsmandat mellan dessa utskott.

På tjänstemannasidan har landstingsdirektören fått en tydligare roll i förhållande till förvaltnings- och bolagschefer med uppdrag att leda, styra och strategiskt samordna landstingets verksamheter i avsikt att understödja implementeringen av FHS. Revisionen bedömer att denna förstärkning är nödvändig för att kunna ta ett helhetsgrepp i det gigantiska förändringsarbete som landstinget står inför.

Det är påtagligt i granskningen att de centrala förvaltningarna innehar nyckelroller när det gäller att skapa förutsättningar för utvecklingen av FHS. Deras insatser ska dessutom vara på plats så tidigt som möjligt. Den pågående processen med att föra över FHS-projektet från PFHS till linjen kan göra att ansvar blir tydligare och förhindra dubbelarbete. Detta ställer emellertid krav på att HSF samordnar sig internt så att alla krafter drar åt samma håll, vilket hittills inte alltid varit fallet. Även om det finns fördelar med att föra över PFHS arbetsuppgifter till linjen ser revisionen en risk för att FHS-arbetet försvagas om det inte finns en tydlig drivkraft i arbetet och att det heller inte presenteras i en sammanhållen form.

Det är revisionens bild att de lokala FHS programkontoren på akutsjukhusen och SLSO idag i huvudsak hanterar de egna byggnationerna. Att det fungerar i enlighet med den genomförandeplan som PFHS ansvarar för är av avgörande betydelse för att det ska finnas tillgång till vårdplatser och mottagningskapacitet i alla delar av omställningsarbetet. Revisionen uppfattar dock inte att det finns någon motsvarande organisation för vårdinnehållet utan att det i huvudsak hanteras i linjen. Det kan i praktiken vara en nödvändig adekvat hantering men det förstärker bilden av att FHS än så länge till största delen är ett byggprojekt.

4 Kostnadsutvecklingen

4.1 Framtidsplanens investeringar påverkar landstinget ekonomi på lång sikt

I Framtidsplanen – Tredje steget anges att det krävs nya arbetssätt och investeringar som leder till effektivare vård för att säkerställa en ekonomi i balans och en ändamålsenlig hälso- och sjukvård i framtiden. Enligt planen gäller den ekonomiska utmaningen framförallt åren 2016-2020 då kostnaderna ökar till följd av de investeringar som görs i Nya Karolinska i Solna (NKS) och i akutsjukhusen samt övriga sjukhus. Men, de stora investeringsvolymer som nu planeras kommer att påverka ekonomin under mycket lång tid framöver.

Förutom investeringar enligt OPS-avtalet för NKS omfattar den tioåriga investeringsplanen 2015-2024 investeringar inom vården på 42,7 mdkr. Även inom

trafiken planeras stora investeringar. Sammanlagt innebär det investeringar på 106 mdkr under de kommande tio åren.

Bakgrunden till dagens puckel i investeringarna kan härledas till 60-talet då en motsvarande situation med snabbt ökande befolkningsutveckling resulterade i att flera av länets akutsjukhus och mindre sjukhus byggdes under en relativt kort period. Dessa är nu i stor utsträckning, mer eller mindre samtidigt, i behov av renovering men också modernisering till följd av ändrade krav i sjuvården bland annat utifrån patientsäkerhetskrav, men även arbetsmiljökrav.

I de omfattande investeringar som planeras i vården finns dessutom ett antal osäkerheter. Detta gäller bland annat behovet av investeringar i utrustning som en följd av ny- och ombyggnationer. Här finns ett uppdrag att se över volymerna och i större utsträckning ta tillvara den utrustning som finns i dag. En investering som ännu inte ingår i de beräknade volymerna gäller nytt vårdinformationsystem och utbyggnaden av IT-infrastruktur för e-hälsotjänster som en förutsättning för genomförandet av FHS. I fullmäktiges budget för 2015 ges ett uppdrag till LS och HSN att under 2015 redovisa handlingsplan för satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning.

I budgeten framgår även att en jämnare fördelning av investeringsutgifterna bör eftersträvas under den kommande tioårsperioden för att minska belastningen på landstingets ekonomi. Det finns också ett uppdrag till HSN att utreda förändringar när det gäller Södersjukhuset uppdrag i FHS eftersom de planerade ombyggnaderna inte ryms inom de budgeterade investeringarna. Ett uppdrag som påbörjades före årsskiftet. Det finns även ett uppdrag till trafiknämnden att se över ambitionsnivåerna avseende beslutade och planerade investeringar för 2015-2019. Det finns inget motsvarande uppdrag från fullmäktige att se över investeringsvolymerna storlek eller spridning i tiden när det gäller FHS. Akutsjukhusen har dock enligt de intervjuade sett över vilka investeringar som skulle kunna skjutas fram till efter tioårsperiodens slut. Investeringar motsvarande ca 6 mdkr har enligt de intervjuade identifierats som skulle kunna omprioriteras. I motsvarande översyn inom trafikområdet har enligt uppgift 7 mdkr identifierats.

4.2 Finansieringen av FHS

Finansieringen av utbyggnaden på 60- och 70-talen löstes till stor del genom att skatteintäkterna i den kommunala sektorn ökade kraftigt. Landstingsskatten nästan fyrdubblades från 1960 fram till slutet av 1970-talet. För att klara de utmaningar som landstinget nu står inför med en ekonomi i balans anges, som nämnts ovan, att det bland annat krävs nya arbetssätt och investeringar som leder till effektivare vård för att säkerställa en ekonomi i balans.

I fullmäktiges budget för 2015 finns principer för hyressättning i det man kallar för strategiska fastigheter. Enligt dessa principer ska finansieringen under en femårsperiod delas mellan hyresgästen (exempelvis akutsjukhuset) och Landstingsfastigheter Stockholm(LFS), dvs. ägaren av sjukhusen. Enligt hyresfördelningsmodellen ska hyran baseras på de faktiska kostnaderna, dvs. drift, underhåll och kapitalkostnader (utifrån investeringsutgiften). En rabatt ges med 15

procent första året, 10 procent år två och tre samt 5 procent år fyra och fem. LSF har ett långsiktigt mål från fullmäktige att avkastningen på fastigheterna ska ligga på 6 procent. Enligt de nya principerna för hyressättning ska dock avkastningskravet till ägaren inte omfatta de strategiska fastigheterna. Som framgår i budgeten kommer hyresnivån trots dessa anpassningar att öka för sjukhusen jämfört med dagens nivåer. Även i detta sammanhang anges att det ska lösas med prioriteringar av vårdutbud, investeringar och kostnadseffektiviseringar.

I budgeten ingår även regler för finansiering av omställningskostnader på 3,5 mdkr, varav 2,6 mdkr avser åren 2015-2018, fördelade enligt en schablon mellan akutsjukhusen och SLSO. Därutöver tillkommer omställningskostnader för att lösa kontrakt med externa hyresgäster. Finansieringen av dessa medel sker genom en reservering i det egna kapitalet (5,3 mdkr av totalt 6,9 mdkr, 2013) och belastar inte resultatet.

När det gäller finansieringen av FHS finns även ett uppdrag att utreda om några av de mindre sjukhusens fastigheter kan säljas. Enligt landstingsstyrelsens förvaltnings bedömning skulle en sådan försäljning troligen inte att ge några större reavinster som kan bidra till att förstärka landstingets ekonomi. Landstinget har dock tillgångar i form av mark som kommer att kunna säljas i samband med exploateringen och utbyggnaden av Hagastaden. Detta ligger dock längre bort än fem år och inga beräkningar finns ännu av vilka försäljningsintäkter det skulle kunna innebära.

Eftersom landstinget inte har ett uppbyggt kapital att använda (annat än till omstruktureringsåtgärder) måste de strategiska investeringarna finansieras med lån. En ekonomi i balans är därför viktig även för att landstinget ska kunna behålla sitt kreditvärderingsbetyg och fortsatt kunna låna till rimliga villkor.

4.3 Kostnadskontrollen

Det har gjorts ett omfattande arbete på akutsjukhusen för att beräkna kostnader för genomförandet av framtidsplanen. Dock finns stor osäkerhet exempelvis i beräkningarna av Karolinska Universitetssjukhusets kostnader för verksamheten i Solna efter inflyttningen till NKS.

Södersjukhuset kommer under våren 2014 att ta fram en driftkostnadskalkyl med nuvarande hyra och tillkommande delar enligt den hyresfördelningsmodell för fastighetsinvesteringar som framgår i budgeten för 2015. Sjukhusets programkontor har påbörjat arbetet med kalkylen. Förutom effekterna av om nya vårdgrenar som bröstmottagning och neonatalavdelning flyttas till sjukhuset driver också dagens krav i byggstandarder upp kostnaderna, vilket måste leda till diskussioner om omprioriteringar inte bara av investeringarnas förläggning i tiden utan även om vilket uppdrag sjukhuset ska ha

Under 2015-2018 uppstår enligt fullmäktiges budget även betydande kostnader för vårdens omstrukturering som dock, om de håller sig inom bedömda ramar, inte belastar resultatet (se ovan). Arbetet med generella definitioner och principer för fördelning av omställningskostnader är i princip klart, men justeringar

kommer att behöva göras efterhand. Revisionens tidigare granskning av omställningsarbetet på Danderyds sjukhus[9] och senare intervjuer med bland andra Södersjukhuset visar dock att det trots definitioner ändå pågår diskussioner framförallt inom sjukhusen om vad som ska anses vara omställningskostnader.

4.4 Kostnadsutvecklingen måste brytas

Enligt fullmäktiges budget för 2015 beräknas kostnaderna för hälso- och sjukvården öka med i genomsnitt 4,8 procent per år fram till 2020 med en högre ökningstakt på över 7 procent för 2016 och 2017. De senaste åren har kostnaderna i vården ökat betydligt mer. Enligt preliminära bedömningar för 2014 ligger kostnadsökningen över 6 procent. Med den beräknade kostnadsökningen på 4,8 procent uppstår ett gap mellan kostnader och intäkter. För att klara en ekonomi i balans framöver är därför utgångspunkten enligt budgeten att kostnaderna i hälso- och sjukvården kan öka med 3,5 procent årligen med 2014 års prognostiserade kostnadsnivå som utgångspunkt. Förutom kostnader för fler invånare ska löne- och andra kostnadsökningar ingå. I HSN:s budget för 2015 ges förvaltningen i uppdrag att göra en genomgång av alla vårdval, särskilt med avseende på hur ökad kostnadskontroll kan uppnås. För 2014 är det framförallt vårdvalen för ASIH och psykiatrin där kostnaderna ökat kraftigt enligt intervjuer.

Vården på akutsjukhusen har hittills styrts via resultatkrav från fullmäktige och flerårsavtal med beställaren där ersättning (förenklat) ges för producerade volymer. Enligt flera av de intervjuade ger denna styrning från å ena sidan ägaren (LS) och å andra sidan beställaren (HSN) motstridiga signaler. Företrädare för akutsjukhusen är kritiska till hur HSN hanterat avtals-/ersättningsfrågorna och pekar på att LS och HSN måste samarbeta bättre när det gäller styrsystemen om kostnaderna ska kunna hållas tillbaka. Flera av de intervjuade menar att utrymmet för kostnaderna måste vara styrande tillsammans med mål för tillgängligheten. Volymerna blir sedan ett resultat av dessa faktorer.

För att klara fullmäktiges uppdrag med kostnadskontroll och utveckling av FHS pågår ett omfattande arbete med att ta fram omställningsavtal med en ny modell för ersättning för akutsjukhusen för åren 2015-2019. Målet är att omställningsavtalen ska:

- Tydliggöra verksamhetsansvar för akutsjukhusen och ekonomisk ram för perioden 2015-2019. Konkretisera förvaltningarnas ansvar för att hantera tillhörande förutsättningar.
- Skapa långsiktiga, tydliga och stabila förutsättningar samt ökad frihetsgrad för akutsjukhusen för att nå ekonomiska och verksamhetsmässiga mål.
- Tydliggöra hur investeringar, ekonomi och uppdrag samordnas.
- Konkretisera gemensam målbild som stimulerar till förändrade arbetssätt och förändring mot nätverkssjukvård (2016-2019) i enlighet med övergripande vårdkarta och FHS genomförandeplan.
- Ge incitament för ökad produktivitet, effektivitet och kvalitet hos förvaltningar och vårdgivare utifrån gemensamma ekonomiska förutsättningar.

[9] Projektrapport 4/2014 Danderyds sjukhus AB:s omställningsarbete för FHS – framtidens hälso- och sjukvård

Arbetet bedrivs i tre parallella processer; finansiering, utveckling av avtalskomponenter och process för att ta fram omställningsavtal. Detta arbete hålls ihop av PFHS och omställningsavtalen ska enligt plan vara klara under våren 2015.

Revisionen konstaterade i ett projekt under 2014[10] att nuvarande avtals- och ersättningsmodeller inte heller kommer att kunna stödja den nätverkssjukvård som beskrivs i FHS. Hur pengarna ska kunna följa patienten i nätverkssjukvård är ännu oklart. Enligt intervjuade måste det troligen till helt nya system för att göra det möjligt. Ett arbete måste startas från grunden med bland annat en gemensam kontoplan. Målet är att 2020 ha tagit fram en ny ersättningsmodell som är anpassad till nätverkssjukvård.

4.5 Revisionens bedömning

Investeringspuckeln från 60-talet ligger till stor del bakom behovet att i dag samtidigt göra stora investeringar i såväl akutsjukhusen som de mindre sjukhusen. Det stora behovet av investeringar leder till kraftigt ökade kostnader som ska finansieras, men också till att en ny puckel byggs upp i form av framtida behov av reinvesteringar i det som nu byggs. I dag finns inte samma möjligheter att möta ökade kostnader med ökade skatteintäkter som vid utbyggnaden som inträffade under den offentliga sektorns expansionsperiod framförallt på 70-talet. Revisionen bedömer därför att det från ett ekonomiskt perspektiv är nödvändigt att försöka kapa en del av investeringspuckeln, dvs. sprida investeringarna jämnare över tiden.

I dag är utrymmet för höjd utdebitering begränsat. Skatteintäkterna ökar visserligen framöver som en följd av att antalet invånare ökar, men det kan inte täcka de ökade kostnader som den samtidiga utbyggnaden enligt FHS leder till. För att balansera ekonomin krävs därför att kostnaderna och/eller volymerna i vården minskar genom ökad produktivitet. Den stora utmaningen blir styrningen av kostnadsnivåer relativt vårdvolymer där LS och HSN måste samarbeta och se över ägarstyrningen kontra beställarstyrningen.

Revisionen menar att dagens ersättningsmodeller för akutsjukhusen fristående från diskussioner om vilket ekonomiskt utrymme som finns har lett till en otydlig styrning där akutsjukhusens eget ansvar inte heller blivit tydligt. Dagens ägarstyrning med resultatkrav på akutsjukhusen i fullmäktiges budget i kombination med beställarens styrning av volymer genom produktionskrav i avtalen måste därför ses över. Kompetens måste också byggas upp på såväl LSF som på HSF för att gemensamt kunna hantera och påverka den komplexa styrningen i ersättningssystemen kopplat till kraven på begränsning av kostnadsutvecklingen. Detta är viktigt inte minst för att bryta det besvärliga ekonomiska läge som alla akutsjukhusen för närvarande har. Revisonen ser att det pågående arbete med omställningsavtalen är en strategisk fråga i detta sammanhang.

[10] Projektrapport 9/2014 Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer,

5 Planeringen av vården

5.1 Vårdinnehåll

Tidigare nämnda vårdutbudskartan, som tagits fram av PFHS ger en samlad bild av var vård ska bedrivas och i vilken omfattning. Den utgår från analyser av vårdbehovet kommande år. I kartan sammanställs utbyggnaden av vårdens kapacitet utifrån prognosticerade vårdbehov. Antaganden baseras på medelvårdtider samt kapacitetsutnyttjande de senaste åren. Det görs även en framskrivning utifrån förändringarna i befolkningssammansättningen och förekomsten av sjukdomar. I Framtidsplanen - Tredjesteget steget framgår att ökningen av producerad slutenvård har avtagit under 2013 och under första delen av 2014. Det anges att det fortfarande är osäkert om detta beror på tillfälliga förändringar eller om det är ett trendbrott i utvecklingen. Den raka framskrivningsmodell som använts bedöms enligt planen, som beslutades i december 2014, fortfarande vara den bästa. En översyn av modellen pågår och kommer att ligga till grund för beräkningarna i budgeten för 2016.

Utifrån den ovan nämnde framskrivningsmodellen gör PFHS, trots att byggplaner överklagats på några ställen med förseningar som följd, bedömningen att antalet fysiska vårdplatser ska räcka. Bland det intervjuade utanför PFHS finns en osäkerhet över om antalet vårdplatser verkligen kommer att räcka till när Karolinska i Solna för över verksamheten till NKS. Men de hänvisar till PFHS och säger att det är PFHS ansvar att se till att tillräckligt många vårdplatser finns. Möjligen beror tillförsikten på att det idag inte tycks saknas fysiska vårdplatser. Under hösten har lika många fysiska vårdplatser som finns på hela S:t Görans sjukhus varit stängda p.g.a. brist på personal vid länets sjukhus. Beräkningar har även gjorts för patienter med långa vårdtider på akutsjukhusen. Dessa indikerar att ett mycket stort antal platser borde kunna frigöras om det fanns andra alternativ utanför akutsjukhuset för dessa patienter. Utifrån det framstår inte byggnationerna och de fysiska vårdplatserna som den trångaste sektorn idag.

I Framtidsplanen – Tredje steget finns även en redovisning av förändringen i vårdkonsumtionen utifrån målbilden för 2016. Den visar att såväl antalet vårdtillfällen som öppenvårdsbesök utanför akutsjukhusen har ökat i målbildens riktning. Dock konstateras att besöken på akutsjukhusen inte minskat i samma takt.

Under våren 2014 tecknades gemensamma avsiktsförklaringar mellan LSF, HSF och akutsjukhusen. Där lades respektive akutsjukhus verksamhetsinnehåll fast på en detaljerad nivå. Utifrån dessa har en övergripande genomförandeplan tagit fram. Dessa plandokument har sedan legat till grund för arbete med att ta fram lokala genomförandeplaner. Som tidigare nämnts i avsnitt 4.1 har fullmäktige i budgeten för 2015 gett HSN i uppdrag att tillsammans med Södersjukhuset AB ta fram en ny avsiktsförklaring med anledning av översynen av investeringarna på sjukhuset.

För SLSO har oklarheten om Sabbatsbergs sjukhus framtid gjort att man avvaktat med en avsiktsförklaring. Inte heller för Karolinska Universitetssjukhu-

set finns idag någon avsiktsförklaring. Ansvariga för PHFS menar dock att det ärende till fullmäktige som under 2013 behandlade Karolinskas verksamhetsinnehåll[11] till viss del kan sägas motsvara en avsiktsförklaring. Dessutom pågår en översyn av Karolinskas uppdrag mot bakgrund av sjukhuset ekonomiska svårigheter att uppnå sitt resultat för 2014. Enligt den övergripande genomförandeplanen ska avsiktsförklaringar för dessa två verksamheter tas fram under första kvartalet 2015. Av vad som framkommit vid intervjuerna är det dock möjligt att detta steg inte är nödvändigt och att man istället direkt tecknar de tidigare nämnda omställningsavtalen för 2016-2019.

Utflyttning av vård från Karolinska till de andra akutsjukhusen är en central pusselbit i FHS. Erfarenheterna från de mindre utflyttningar som hittills har gjorts är att det tar mycket längre tid och mer kraft i anspråk än man hade förutsett. Därför måste, enligt de intervjuade, processer för förankring och logistik utvecklas tills allt ska ske i större skala.

5.2 Ansvarsfördelningen för FHS-investeringarna

Genomförandet av fastighetsinvesteringarna i FHS-projektet ställer stora krav på parternas förmåga att planera, koordinera, utföra och samverka med övriga aktörer. Detta gäller SFI (funktionsområdet strategiska fastighetsfrågor och investeringar) inom LSF, Locum AB, HSN, PFHS och berörda vårdgivare. Det har i flera granskningar framkommit att samarbetet ännu inte helt har funnit sina former. Därför har revisionen under 2014 granskat om ansvarsfördelningen för strategiska fastighetsinvesteringar i gränssnittet mellan landstingsstyrelsen och Locum är tydlig.

Granskningen visar att det efter ändringarna i Locums ägardirektiv, som beslutades 2014, blivit tydligare vilket ansvar och vilka befogenhet Locum respektive landstingsstyrelsen har på ett övergripande plan. Även Framtidsplanen – Tredje steget tydliggör vilka övergripande principer som gäller för beslut inom ramen för de strategiska fastighetsfrågorna inom vården. Trots det framkom det i granskningen att parterna fortfarande inte har en samsyn när det gäller ansvar och roller.

I Framtidsplanen – Tredje steget framgår att Locum efter landstingsfullmäktiges beslut om genomförande av en investering behöver kunna genomföra investeringen utan att det är klart vem som blir hyresgäst. Lokalerna ska utformas generellt och inte anpassas efter en enskild vårdgivares önskemål. Riskåtagande för detta ska, enligt Framtidsplanen – Tredje steget, hanteras inom resultatenheten Landstingsfastigheter Stockholm (LFS).

Landstingsstyrelsens investeringsbeslut avseende vårdlokaler påverkar även LFS ekonomi på lång sikt, vilket i sin tur påverkar Locums möjlighet att förvalta objekten. I förlängningen menar företrädare för Locum att detta påverkar deras ansvar för bolagets ekonomi och möjlighet att uppfylla bolagets resultatkrav likväl som LFS:s avkastningskrav. Övriga aktörer menar att det är vårdens behov, såsom det uttrycks i framtidsplanerna, som i stället bör stå i centrum och att fastigheterna därför ska anpassas efter vårdens behov.

[11] Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet, samt fastighetsutnyttjande vid Karolinska Solna LS 1304-0528

En översyn av investeringsstrategin har genomförts under hösten 2014. Den behandlas i Landstingsstyrelsen den 3 februari 2015 som förväntas besluta om att lämna över den till landstingsfullmäktige för ställningstagande. På vilket sätt den kan komma att påverka investeringsprocessen har inte beaktats i denna granskning.

5.3 Omfattande byggnationer för fler vårdplatser

Det pågår nu en omfattande byggverksamhet vid akutsjukhusen i landstinget. Byggprocessen på de mindre sjukhusen har dock inte kommit lika långt. Den under 2014 genomförda granskningen av omställningsarbete på Danderyds sjukhus AB[12] bekräftar bilden som kom fram i förra årets granskning av FHS att byggprocessen ute på ett sjukhus med många aktörer uppfattats som rörig. De intervjuade framförde dock, liksom även flera intervjuade i denna granskning, att rollerna trots allt blivit tydligare. Men, det är fortfarande ett problem att de olika investeringsprojekten på ett sjukhus hanteras var för sig.

Ett problem på Danderyd sjukhus har varit att lokaler, som enligt planerna skulle användas för vårdplatser, inte klarade de uppsatta arbetsmiljökraven, varvid planeringen fick börja om. Liknande situationer har uppstått på flera av de mindre sjukhusen. De inventeringar av lokaler som gjordes i planeringsskedet av FHS-arbetet beaktade inte alla de krav som finns för vårdlokaler som t.ex. viss takhöjd. Det gäller bl.a. Dalens- och Sabbatsbergs sjukhus. Enligt vad som framkommit i intervjuerna kommer nu SFI att göra en ny inventering av de mindre sjukhusen.

För Södersjukhuset har som tidigare nämnts en översyn av byggnationernas omfattning påbörjats. Bakgrunden är att de samlade investeringarna började närma sig kostnaderna för NKS enligt flera intervjuade. Trots det kunde inte de inplanerade renoveringarna av vårdavdelningar bli optimala p.g.a. begränsningar i huskropparna. Det kvarstår dock att hitta lösningar för att leva upp till arbetsmiljöverkets krav på lokalerna. En fördel ur FHS-perspektiv med de justerade planerna är att kapaciteten på Södersjukhuset kan ligga kvar på en högre nivå under hela omställningsperioden.

5.4 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att det trots ett omfattande prognosarbete finns en stor osäkerhet när det gäller bedömningen av framtida vårdbehov. Det gäller såväl frågan om det finns ett trendbrott när det gäller ökningen av antalet vårdtillfällen i slutenvården på akutsjukhusen som takten för utskiftningen av patienter från akutsjukhusen till de mindre sjukhusen.

Revisionen noterar att arbetet med FHS ständigt innebär nya ställningstaganden. Inledande inventeringar framhöll att det fanns 700 lätt återställbar men idag stängda vårdplatser. Vid närmare undersökningar har det dock visat sig att vissa lokaler inte alls är möjliga att återställa medan andra har ett mer omfattande renoveringsbehov. I början av projektet skulle de mindre sjukhusen byggas ut först, nu startar de sist. Dessa svängningar kan å ena sidan peka på brister i beslutsunderlag, å andra sidan visa på en flexibel projektstyrning.

[12] Danderyds sjukhus AB:s omställningsarbete för FHS 4/2014

Revisionen konstaterar att de berörda parterna trots ändringar i ägardirektiv och förtydliganden i Framtidsplanen inte har en samsyn när det gäller ansvar och roller, även om den nu uppges ha förbättrats. Detta riskerar att påverkar arbetet med och samordningen av de strategiska investeringarna negativt för landstinget. För att komma till rätta med detta menar revisionen att landstingsstyrelsen behöver förtydliga kommunikationen i ägar- och avtalsstyrningen med Locum. Frågan om hur riskåtagandet för investeringar som genomförs utan att det finns en hyresgäst ska hanteras inom LFS relativt det avkastningskrav som finns för resultatenheten behöver vidare redas ut.

6 Nätverkssjukvård

"FHS är roadmappen som ska finnas med vid all styrning av vården" enligt en intervjuad. Eller med andra ord, planeringen av all vård ska utgå från FHS. Nätverkssjukvård är en av huvudpunkterna i FHS målbild. Samtidigt uppfattas det av intervjuade som ett av de största problemen i FHS att det fortfarande är oklart vad nätverkssjukvård egentligen innebär och hur det ska åstakommas. Detta trots att det redan i Framtidsplanen - Andra steget redovisades fyra principer för nätverkssjukvården och att dessa nu i Tredje steget konkretiserats med 30 åtgärdspunkter.

Principerna för nätverkssjukvård

- Individens hälsa är i fokus vid varje möte med vården
- Oavsett vart individen vänder sig ska denna få stöd att hitta rätt i vården.
- Tillräcklig och adekvat information och kompetens finns i hela vården
- Individens samlade behov är utgångspunkt för den vård som erbjuds

Enligt några av de intervjuade är det svårt att få till ett engagemang kring nätverkssjukvården idag då bl.a. akutsjukhusen har fullt upp med att hantera de egna problemen med ekonomin och personalbrist. När de fått ordning på det kan arbetet med att utveckla nätverkssjukvården fortsätta med målbilden 2025 menar dessa intervjuade. Andra menar i stället att arbetet måste gå hand i hand och att akutsjukhusen redan nu i högre utsträckning måste anpassas efter nätverkssjukvården för att komma till rätta med såväl ekonomi, produktivitet och kvalité.

Samtidigt visar en granskning revisionen genomfört hösten 2014[13] på förändringar som visar att nätverkssjukvården till viss del redan är här. En sammanställning av data avseende ett urval av patienter med kronisk sjukdom visar att det inom ett antal av dessa patientgrupper finns en betydande andel som har fem vårdgivare eller fler. Sammanställningen indikerar också en ökning av antalet vårdgivare per patient inom flertalet av de utvalda patientgrupperna med kronisk sjukdom. Dessa förändringar stärker behovet av en mer sammanhållen vård utifrån ett patientperspektiv.

[13] Projektrapport 9/2014, Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer

6.1 Vårdavtal/ersättningssystem i nätverkssjukvården

Idag pågår, som nämnts i avsnitt fyra, ett utvecklingsarbete med att få fram ett omställningsavtal med ersättningsystem för akutsjukhusen för åren 2016-2019. Samtidigt har HSF ett uppdrag att utveckla ett nytt ersättningssystem, anpassat till nätverkssjukvården, för åren efter 2019. Uppdraget hanteras inom ramen för ett av förvaltningens genomförandeområden. Under hösten 2014 genomförde revisionen som ovan nämnts en granskning av sjukvård med många vårdaktörer. Något strategiskt arbete, utifrån ett systemtänktänkande, för att få avtalen att styra mot målen i FHS hade då ännu inte påbörjats. Vid intervjuerna i denna granskning har, som framgått tidigare, flera uttryckt att kostnadskontroll bör få en större tyngd i framtida system och att produktionsvolymer (ersättning beräknad med hjälp av DRG, KPP[14] eller motsvarande) måste få ett mindre genomslag i styrningen.

En fråga som, enligt de intervjuade i ovan nämnda granskning, står högt upp på agendan är att förändra husläkaravtalet. De menar att dagens utformning av ersättningsmodellen har ökat tillgängligheten men är besöksdrivande och att det saknas incitament för vårdgivarna att låta patienterna använda de alternativa former för vård och information som e-hälsotjänster ger, istället för att kalla patienter till besök.

Även om det nya avtalet för akutsjukhusen inte ska träda ikraft förrän år 2020, och tiden dit kan förefalla lång, så är det flera saker som måste finnas på plats innan dess för att då kunna sjösätta ett nytt ersättningssystem. Det gäller bl.a. IT-system, beskrivningssystem och gemensamma kontoplaner.

6.2 IT-system och e-hälsa

En kraftfull utveckling av IT-stöd och e-hälsa är, enligt Framtidsplanen - Tredje steget, grundläggande förutsättningar för genomförandet av FHS vårdstruktur och arbetssätt. E-hälsa och IT-stöd behövs för att vårdgivarna bättre ska kunna samverka i vården av den enskilde patienten med förbättrad tillgång till information. För att stärka arbetet kommer regionala och nationella e-hälsofrågor samlas i en gemensam organisation på LSF[15].

Revisionen granskade under hösten 2014 hur SLL bedriver utvecklingsarbetet med e-hälsotjänster så att dessa kan utgöra en viktig grund för vården i en sammanhållen nätverkssjukvård[16]. I rapporten konstateras att utvecklingen av landstingets arbete med e-hälsotjänster på flera väsentliga områden delvis har bedrivits i separata spår. Granskningen visar också att ansvarsfördelningen mellan de olika deltagande aktörerna är otydlig. Revisionen gör i rapporten även bedömningen att en konkretisering av FHS arbete inom e-hälsoområdet behövs för att arbetet inte ska riskera att ytterligare fördröjas.

I rapporten framgår även att ett samarbete har inletts mellan de tre största landstingen/regionerna inom ramen för det s.k. 3R efter beslut i respektive

[14] DRG= Diagnosrelaterade grupper, ett sätt att klassificera vårdinsatser i sjukvården, KPP= kostnad per patient
[15] Principer för ny tjänstemannaorganisation under landstingsstyrelsen med anledning av den nya politiska organisationen 2015-01-12 LS1411-1350
[16] E-hälsoarbetet - en viktig grund för nätverkssjukvården 7/2014

fullmäktige under 2014. Samarbetet har hittills resulterat i ett gemensamt program i syfte att ta fram nästa generations systemstöd för vårdinformation. En iakttagelse i rapporten är att HSF behöver involveras centralt i detta arbete för att säkerställa att det går i takt med deras eget utvecklingsarbete i egenskap av vårdens huvudman.

Stockholms läns landsting har med Vårdguiden legat i framkant i Sverige när det gäller utveckling av informationstjänster till invånarna. Efter sammanslagning med 1177 har man nu även ett nationellt uppdrag. Revisionen har i två granskningar under hösten 2014[17] noterat att informationen om vårdgivare på 1177Vårdguiden är ofullständig och ibland direkt felaktig. Informationen bygger på att vårdgivare själv ska uppdatera informationen i tekniskt föråldrade system. Enligt intervjuer har problemet blivit större under de senaste åren. Förvaltningen är medveten om problemet och ett arbete med att förbättra informationen pågår.

I fullmäktiges budget för 2015 finns ett uppdrag till landstingsstyrelsen att utarbeta en handlingsplan för hållbar IT inom vården för 2016-2018, något som även revisionen rekommenderade i den ovan nämnda granskning av IT och e-hälsa. I intervjuerna i föreliggande projekt lyfter flera fram att det största problemet för att kunna utveckla nätverkssjukvården är att lösningar inom IT och e-hälsa inte kommer på plats i tid. Det måste fram för att skapa förutsättningar för såväl konstruktionen av ersättningssystem som kommunikationen inom vården enligt de intervjuade. Mot bakgrund av det menar en intervjuad att fullmäktiges uppdrag att under 2015 ta fram en handlingsplan är en allt för låg ambitionsnivå.

6.3 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. I Framtidsplanen - Tredje steget anges nu att vid alla de mindre sjukhusen kommer den geriatriska vården att svara för de största volymerna. Utöver geriatrik varierar det slutna vårdutbudet och omfattar andra somatiska specialiteter, palliativ vård, sluten rehabilitering och psykiatrisk vård. I relation till de första analyserna av vilka patientgrupper som kan få lika bra eller bättre vård utanför akutsjukhusen har justeringar gjorts i samband med framtagandet av de gemensamma avsiktsförklaringarna för akutsjukhusen. Bland annat är andelen kirurgisk vård lägre, medan akut vård inom flera medicinska specialiteter anges ha ökat.

Utöver tidigare nämnda problem med att standarden på de mindre sjukhusbyggnaderna är lägre än vad som framkom vid den första inventeringen så har det heller inte varit klart hur vårdutbudet vid sjukhusen ska komma till stånd. Utan något namngiven verksamhetsföreträdare har det varit svårt för akutsjukhusen att påbörja en dialog om samarbete och utskiftning av patienter. "Den goda mottagaren finns inte" har varit ett återkommande svar vid intervjuer i flera av revisionens granskningar. I fullmäktiges budget för 2015 finns därför

[17] Tillgänglighet och kontinuitet i närsjukvården 5/2014 och Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer 9/2014

ett uppdrag till landstingsstyrelsen att utarbeta "förslag till former och organisation för viss somatisk specialistvård utanför akutsjukhusen". Enligt intervjuade är en idé att verksamheter vid sjukhusen först etableras i egen regi, för att därefter kunna flytta över till andra externa utförare. Parallellt har SLSO under 2014 fått i uppdrag av styrgruppen för FHS att samordna vårdutbudet på Sollentuna-, Sabbatsberg- och Jakobsbergs sjukhus

För Sabbatsbergs sjukhus som var pilotprojekt som "specialistcenter" ändrades förutsättningarna när det under planeringsarbetet framkom att kostnaderna för att bygga om den del av sjukhuset dit S:t Görans psykiatri skulle flytta in i blev betydligt högre än vad som tidigare antagits. Utifrån det har LSF tagit fram olika scenarier för framtiden. För närvarande beskrivs situationen för Sabbatsbergs sjukhus som ett vänteläge.

Kring Dalens sjukhus har det en längre tid funnits planer på samverkan mellan Karolinska, Södersjukhuset och Dalens sjukhus som drivs av Capio AB. Men även här har lokalernas bristande standard satt stopp för utvecklingen och nu avvaktar man den nya översynen av lokalerna i kombination med översynen av investeringarna.

6.4 ASIH och stödjande vård

Utvecklingen av ASIH efter införandet av vårdval beskrivs av många som mycket lyckat. Verksamheten har expanderat och uppfattas ge en välfungerande och av patienter och anhöriga uppskattad vård. Även om den sker till en lägre kostnad per patient än inom slutenvården har kostnaderna för ASIH enligt de intervjuade dock ökat kraftigt totalt sett och HSF har som nämnts tidigare nu ett uppdrag att utreda orsakerna till detta. Ett ytterligare problem menar några av de intervjuade är att när patienter gått över till ASIH så minskar inte kostnaderna på de enheter som blivit avlastade.

Fullmäktige har utifrån vårdutbudskartan beslutat att ett nytt vårduppdrag om stödjande vård – avancerad eftervård, ska utvecklas. Målgruppen är patienter som har ett stort behov av fortsatt slutenvård, men som inte behöver akutsjukhusets alla resurser. Målet är att förbättra patienternas medicinska tillstånd så att de kan tillgodogöra sig specialiserade rehabiliteringsinsatser och få en förbättrad livskvalitet. Samtidigt kan vårdtiderna på akutsjukhusen förkortas och återinläggningar minska. Intervjuade är positiva till vårdformen men frågar sig varför den inte redan kommit tillstånd. Uppdraget att utveckla vårdformen fanns med redan i Framtidsplanen - Första steget.

6.5 Primärvårdens roll i FHS

Under hösten 2014 genomförde revisionen en granskning av tillgängligheten och kontinuiteten i närsjukvården[18]. Där konstateras att arbetet med akutsjukhusens uppdrag inom FHS nu har kommit in i en genomförandefas, medan uppdraget för primärvården ännu inte tagit form. Möjliga konsekvenser av detta har framkommit i granskningen där husläkarmottagningarna uppfattar att patienter i högre grad än tidigare inte är färdigbehandlade när de skrivs ut från

[18] Tillgänglighet och kontinuitet i närsjukvården 5/2014

slutenvården. De intervjuade vårdgivarna uppfattar även att det skett en förskjutning av ansvaret där husläkarmottagningarna får utföra fler och mer komplicerade undersökningar innan patienten kan utvärderas hos en annan specialist.

Effekterna för husläkarmottagningarna av ett förändrat uppdrag för slutenvården behöver därför enligt revisionsrapporten analyseras och åtgärder vidtas för att skapa de förutsättningar som krävs för att husläkarmottagningarna ska kunna axla ett utökat uppdrag. Under granskningen har det framförts att det är ett problem att det fortfarande inte beskrivits vilken roll primärvården ska ha i FHS.

6.6 Styrning av patientströmmar

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 under de senaste åren kommit flera rapporter om det akuta mottagandet och förbättringspunkter för olika delar av verksamheten har tagits fram. Under våren 2014 startade PFHS ett nytt delprojekt för det akuta mottagandet. Enligt de intervjuer som då gjordes var syftet att formulera en handlingsplan för alla de åtgärder som behöver vidtas inom SLL med anledning av det förändrade akutuppdraget på NKS. Av vad som framkommit i de intervjuer som gjorts i denna granskning är det inte troligt att det kommer en samlad handlingsplan. Istället verkar arbetet med det akuta mottagandet delas upp på de olika genomförandeområdena i HSF.

6.7 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att vården till stor del, mer eller mindre, redan idag fungerar som ett sorts nätverk för stora patientgrupper. Trots det finns det fortfarande en osäkerhet om vad nätverkssjukvård i FHS egentligen är och vad det innebär. Till skillnad från hur byggnationerna organiserats finns det inte någon sammanhållen organisation för detta arbete utan det ska hanteras i linjeorganisationen. Revisionen ser detta som en risk och uppfattar också att det hittills inte hänt så mycket konkret i utvecklingen av nätverkssjukvården.

Det har under många år pågått ett omfattande arbete med att utveckla IT-system för information och e-hälsa. Arbetet har delvis bedrivits i separata spår. Besluten om att bilda en sammanhållande e-förvaltning och att ta fram en handlingsplan för insatser inom området under 2015 kan ge en sammanhållen struktur för utvecklingen. Arbetet är omfattande och tiden knapp för att kunna ge det stöd som förväntas behövas i en nätverkssjukvård.

Genom att, som tidigare nämnts, göra en särlösning med ett så kallat omställningsavtal för åren 2016-2019, ges tid för att utveckla en ny modell som kan träda i kraft 2020. Det har nu även tydliggjorts var ansvaret för att ta fram lösningarna ligger. Revisionen ser trots det utvecklingen av ersättningssystem för akutsjukhusen och övriga vårdgrenar, som en de största utmaningarna för att ge förutsättningar för nätverkssjukvård som en förutsättning för FHS.

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 saknas ett samlat grepp för hur det akuta mottagandet ska fungera utan långa köer på akutsjukhusens akutmottagningar.

7 Kompetensförsörjning

7.1 Kompetensfrågor inom ramen för FHS

Utbyggnaden av nätverkssjukvåden och förändringar i sjukvårdsstrukturen ökar kraven på samordning och samarbete kring kompetensförsörjning. Därför är kompetensförsörjningen ett centralt arbetsområde i FHS. Tillika ett av de tunga riskområdena då det likt IT- och ersättningssystem är en förutsättning för att en framtida vård ska fungera. Inom den politiska organisationen har det 2015 återinförts ett personalutskott. Enligt ansvariga inom SLL-personal och utbildning finns det därmed en möjlighet för att komptensfrågor får ett större utrymme i FHS-arbetet än tidigare.

Samtidigt som FHS kommer att ställa krav på förändrad kompetens hos personal för att kunna arbeta effektivt i en nätverkssjukvård så brottas vården med att hantera ett stort antal vakanser. Framför allt när det gäller sjuksköterskor. Bristen på sjuksköterkor anges idag som den främsta orsaken till att ett stort antal vårdplatser är stängda.

På central nivå är det funktionsområdet SLL-personal och utbildning på LSF som ansvarar för området. Under hösten har man tagit fram ett internt åtgärdsprogram där sex strategier formulerats för hur man ska hantera kompetensförsörjningen. Det är fortfarande oklart på vilket sätt strategierna ska förverkligas, men det kan oavsett det ses som ett försök att från centralt håll ta ett övergripande ansvar för kompetenförsörjningen.

I början av 2014 så blev tre FHS-projekt inom personalområdet färdiga.

- *Utveckling av en modell för att beräkna framtida kompetensbehov* - Modellen kommer att användas i kommande budgetarbete.
- *Utveckling av modell för hur den kliniska utbildningen kan utvecklas* - En person har rekryterats till LSF för att bygga upp en verksamhet för ST-utbildningen.
- *Personalrörlighetsprojektet* - När det gäller frågan om att arbeta på två olika arbetsplatser så anser man från SLL-personal och utbildning att den är löst och att regelverket är klart. Det som inte fungerar är om man har sin huvudarbetsgivare utanför SLL och ska arbeta extra inom SLL. Då träder reglerna för LOU in och man måste göra en upphandling.

Vid intervjuer med verksamhetsföreträdare framgår dock att de anser att det fortfarande finns oklarheter när det gäller personal som arbetar för två arbetsgivare. Det är ett hinder för att komma vidare med nätverkssjukvården menar man. Andra intervjuade undrar om det verkligen finns evidens på att det främjar effektiviteten att arbeta på två ställen.

Av vad som framkommer i granskningen så pågår många diskussioner om att ändra kompetensmixen på akutsjukhusen. Jämförelser har tagits fram som t.ex. visar att andelen sjuksköterskor på avdelningar uppvisar stora variationer. Vid intervjuer har det lyfts fram en del konkreta förändringar som att Södersjukhuset tagit in socionomer för att t.ex. vårdplanera och samverka. På Södersjukhuset har även en viss växling från sjuksköterskor till undersköterskor gjorts, men inte utifrån någon uttalad strategi utan mer utifrån att det inte funnits något alternativ. Ett problem är att utbildningen av undersköterskor idag har anpassats till den kommunala omsorgens behov och inte är anpassade till arbete på akutsjukhus.

7.2 Revisionens bedömning

Granskningen visar att det pågår aktiviteter centralt i landstinget för att stärka arbetet med kompetensförsörjning. Det åtgärdsprogram som nu bereds i verksamheten kan möjligen ge en grund för ett enhetligt förhållningssätt. Något konkret resultat av arbetet har dock inte visat sig ännu. Vakansläget bland sjuksköterskor fortsätter att vara högt, kostnaderna för bemanningsföretag ökar och lönekostnadsökningen är ur ett landstingsperspektiv för hög. Dessutom uppfattar företrädare för akutsjukhusen att det fortfarande är oklart hur de ska hantera att personal arbetar för flera arbetsgivare.

8 Miljökonsekvenser av FHS

Enligt Miljöutmaning 2016 ska landstingets verksamheter genomföra en miljökonsekvensbedömning som en del av underlaget inför alla större beslut. När beslut fattas ska miljökonsekvenserna vägas in i beslutet med målsättningen att minimera negativ miljöpåverkan i samhället.

De beslut som tagits om FHS i samband med besluten om budgetarna 2011-2015 är onekligen mycket stora beslut. Några miljökonsekvensbeskrivningar har inte gjorts i anslutning till dessa beslut. Det är svårt att sia om vad sådana bedömningar hade kommit fram till. Men vid en avstämning med landstingets miljöchef framkommer bl.a. följande riskområden ur miljösynpunkt vid genomförandet av FHS:

- Farligt avfall från akutsjukhusen kommer i större utsträckning förekomma i närsjukvården när vård flyttas ut
- Transporterna av farligt avfall ökar genom den geografiska spridningen av vården
- Ökade antal patienttransporter
- Ökat resande p.g.a. förändrat resemönster utifrån vårdens placering

Utöver direkta risker ur miljösynpunkt finns även säkerhetsrisker med läkemedelsavfall som dessutom kan vara stöldbegärligt, vilket ökar risken.

I det arbete som nu startats med genomförandeområden på landstingsstyrelsens förvaltning är det, enligt vad som framkommer, tänkt att miljö ska vara med som en aspekt i varje område. Hur detta konkret ska utformas är idag inte klart.

8.1 Revisionens bedömning

Revisionen konstatera att Miljöutmaning 2016 med miljökonsekvensbedömningar i beslutsunderlagen inte följts i FHS. Idag är det troligen inte meningsfullt att göra en övergripande konsekvensbedömning. Istället kan bedömningar göras i varje genomförandedel, vilket innebär mer konkreta bedömningar men även mindre möjlighet att ta miljöhänsyn i de övergripande planerna, som redan slagits fast. Revisionen gör dock bedömningen att det centralt bör tas fram någon form av stöd för hur miljörisker kan beaktas i det fortsatta FHS-arbetet.

Kort om rapporten

Arbetet med Framtidsplanen för hälso- och sjukvården förefaller, utifrån de granskningar som under 2014 genomförts av revisionen, hittills bedrivits på ett organiserat och strukturerat sätt utifrån fullmäktiges uppdrag. Det finns dock all anledning att uppmärksamma ett antal utmaningar och risker. Inte minst gäller detta den stora utmaning landstingets ekonomi står inför där det gäller att hantera alla investeringar och styra kostnadsnivåer relativt vårdvolymer. Vidare måste osäkerheter i prognoser om vårdbehov, förseningar vid byggnationer och olika tolkningar av ansvar beaktas för att inte leda till brist på vårdplatser i olika skeden av omställningen med patientrisker som följd. Nätverkssjukvård, där IT-/e-hälsosystem och ersättningssystem är viktiga förutsättningar, måste komma på plats för att kunna förverkliga framtidsplanen Men, arbetet är omfattande och tiden knapp. Därtill är kompetensförsörjning ett väsentligt riskområde och utmaning för den framtida vården.

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