Regionstyrelsen
Rotel 1

REMISS
2023-06-26

Diarienummer
RS 2023-0146

Utredning av styrningen av den egenägda vårdproduktionen

Rotel 1 remitterar för yttrande bilagd delrapport i utredningen av styrningen av den egenägda vårdproduktionen.

I remissen ligger att roteln vill ha remissinstansernas synpunkter på utredningens alternativ.

Remissen är ett led i den utredning som, i enlighet med regionfullmäktiges beslut i Budget 2023, ska analysera styrningen av den egenägda vårdproduktionen och lämna förslag som ger förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och ett tydligt ansvarsutkrävande. Utredningen redovisas i september 2023.

Mer information finns i bilagd promemoria från regionledningskontoret daterad den 22 juni 2023. I remissvaren bör framgå vilka eventuella ekonomiska konsekvenser som alternativen kan komma att medföra för verksamheten och varför.

Remisstiden sträcker sig till den 31 augusti 2023.
Yttranden ska skickas till regionledningskontorets registrator, e-post: registrator.rlk@regionstockholm.se. Ange diarienummer RS 2023-0146.

Frågor kring remissen kan besvaras av Charlotta Dahlby, charlotta.bjork-dahlby@regionstockholm.se, 070-737 71 18 eller Carl Rydingstam, carl.rydingstam@regionstockholm.se, 073-682 55 25.

Rozgar Watmani
Kanslichef

Sändlista

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Primärvårdsnämnden
Karolinska Universitetssjukhuset
Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO
Danderyds sjukhus AB
Södersjukhuset AB
Södertälje Sjukhus AB
S:t Eriks Ögonsjukhus AB
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, AISAB

För kännedom:
Folktandvården Stockholms Län AB
MediCarrier AB
Fastighets- och servicenämnden
Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON
TioHundra AB

Regionledningskontoret

PM
2023-06-22

Diarienummer
RS 2023-0146

Utredning av styrningen av den egenägda vårdproduktionen

Bakgrund

Den 14 februari 2023 beslutade regionfullmäktige om tillsättningen av en parlamentarisk arbetsgrupp med ansvar för den utredning av styrningen av den egenägda vårdproduktionen som beslutats om i Budget 2023 (RS 2022-0123). En tjänstemannaledd arbetsgrupp genomför arbetet och utarbetar förslag enligt direktiven nedan.

Utredningens direktiv för delrapporten

Utredningen ska, i enlighet med regionfullmäktiges beslut i Budget 2023, analysera styrningen och lämna förslag som ger förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och ett tydligt ansvarsutkrävande. Utredningen delredovisas i juni 2023 och redovisas i september 2023.

Delrapporten, som remitteras till berörda nämnder och bolag, ska innehålla

- en beskrivning av hur Region Stockholms egenägda vårdproduktion styrs idag och bakgrunden till denna styrmodell.
- alternativa styrmodeller för den egenägda vårdproduktionen inklusive övervägande av alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell.
- översyn om styrningen kan kompletteras med en geografisk nivåstrukturering samt om omvårdnadsperspektivet kan stärkas.
- alternativ för tillsättning av nämnd- och styrelseledamöter.
- effekter av en eventuell avbolagisering av Region Stockholms egenägda bolag inom hälso- och sjukvården samt översyn av roller för de egenägda vårdgivarna.

Avgränsning

Den egenägda vårdproduktionen har avgränsats till att avse verksamheterna Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB samt Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB).

Läsanvisning

Delrapporten utgörs av ett huvuddokument i tre delar, samt ett antal bilagor.

Huvudkapitel
Huvuddokumentets första del går igenom nuläge och bakgrund till dagens styrmodell(er). Den andra delen redogör för tidigare utredningar, omvärld, resultat från intervjuer och från befintlig forskning. Den tredje och sista delen analyserar och redogör utifrån en fördjupad problemformulering för tre alternativa modeller till dagens styrning.

Bilagor
I direktivet gavs ytterligare ett par utredningsfrågor och som var för sig, och delvis avgränsat, i bilagor innehåller fördjupningar av frågeställningarna kring genomförande av en avbolagisering, en ny sammansättning av nämnder och styrelser, nivåstrukturering och geografisk indelning samt redogör för goda exempel på styrning inom omvårdnadsperspektivet.

Ställningstaganden
Delrapportens huvudkapitel utgår från ett antal problem och utmaningar med dagens styrning och föreslår alternativa modeller för att möta dessa. Modellerna utgörs av ett (1) justerat nuläge och två (2) alternativ som i linje med erfarenheter från omvärlden utvecklar roller och ansvar, och som alla syftar till ökad samordning och effektivt resursutnyttjande. I realiteten finns ett stort antal varianter inom denna skala[1]. Nulägesmodellen och den ena samordnande modellen innehåller en fortsatt ansvarsfördelning utifrån beställar-utförarmodellen. Den tredje modellen presenterar en alternativ förvaltningsmodell. Var för sig löser de olika problem och utmaningar med dagens styrning.

Utredningen önskar att särskilt följande beaktas i remissvaren:

- Problemformuleringens relevans
- Konsekvenser av modellerna vid ett införande

Fortsatt hantering
Remissvar ska lämnas senast den 31 augusti. Utredningen ska därefter överväga nämndernas och bolagens synpunkter och i september lämna en slutrapport som innehåller ett konkret förslag till styrning av Region Stockholms egenägda vårdproduktion, förslag till nödvändiga beslut samt eventuellt behov av fortsatt utredning inom vissa delområden.

[1] Region Stockholm har en unik styrmodell med en mix av nämnder och bolag och politisk och professionell styrning i motsats till den renodlade förvaltningsmodell många mindre regioner i Sverige tillämpar.

Region Stockholm

DELRAPPORT

Diarienummer
RS 2023-0146

Delrapport

Styrningen av den egenägda vårdproduktionen

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING 5

1.1 Region Stockholms styrning, organisation och ansvarsfördelning 5

1.2 Historisk bakgrund till dagens styrning 5

1.3 Identifierade problem och utmaningar med dagens styrning 6

1.4 Alternativ till dagens styrning 7

INTRODUKTION 9

2. Inledning 9

2.1 Bakgrund 9

2.2 Syfte 9

2.3 Avgränsning 9

2.4 Genomförande 10

DEL ETT

EN HISTORISK BAKGRUND TILL DAGENS STYRNING AV DEN EGENÄGDA VÅRDPRODUKTIONEN 11

3. Nuvarande styrning av den egenägda vårdproduktionen 11

3.1 Organisation 11

3.2 Övergripande ansvarsfördelning 12

3.3 Styrformer 16

4. Historisk bakgrund 19

4.1 Bakgrund till dagens styrning 19

DEL TVÅ

OMVÄRLD, INTERVJUER, BESTÄLLARSTYRNING OCH TIDIGARE UTREDNINGAR 25

5. Omvärldsbevakning 25

5.1 Internationella jämförelser 25

5.2 Tillitsbaserad styrning 27

5.3 Nationella jämförelser 28

6. Intervjuer 31

6.1 Sammanfattning av intervjuer 31

7. Beställar-utförarmodellen i praktiken 37
7.1 Beställarstyrningen i styrande dokument 37
7.2 Process för att tillgodose vårdbehov 37
7.3 Former för vårdavtal och överenskommelser 38
7.4 Val av avtalsform 41
7.5 Avtalens och överenskommelsernas innehåll 42
7.6 Ersättningsmodeller 43
7.7 Uppföljning av vårdavtal och överenskommelser 44
7.8 Inriktning inför sjukhusavtal 2024 44

8. Samverkan med kommuner 44

9. Geografiskt uppdelad organisation 45

10. Tidigare utredningar 48
10.1 Utredningen Hälso- och sjukvården 2040 48
10.2 Studie av Region Stockholms mål- och ekonomistyrning 49
10.3 Region Stockholms hantering av covid-19 50

11. Region Stockholms nyckeltal 51
11.1 Kvalitet och tillgänglighet 51
11.2 Kostnader och produktivitet 51

DEL TRE

ALTERNATIV STYRNING 55

12. Problemformulering 55
12.1 Omfattande styrning 56
12.2 Kompetensförsörjning 57
12.3 Samlade resurser används inte alltid effektivt 58
12.4 Höga kostnader för vårdproduktion 60
12.5 Otydligt politiskt ansvarsutkrävande för vårdproduktionen 60
12.6 Ersättningsystemen behöver (alltid) förändras 61

13. Alternativ till styrningen av den egenägda vården 62
13.1 Definitioner 62
13.2 Olika vägval för styrning av den egenägda vården 64
13.3 Alternativ 1 – Nuvarande organisation kvarstår och utvecklas, eventuellt med avbolagisering av vårdproduktionen 65

13.4 Alternativ 2 – Avbolagisering med vårdproduktionen samlad i en nämnd 69

13.5 Alternativ 3 – Regionstyrelsen eller en nämnd med ansvar för all hälso- och sjukvård 72

BILAGOR 77

SAMMANFATTNING

1.1 Region Stockholms styrning, organisation och ansvarsfördelning

Region Stockholms egenägda vård är idag organiserad i både nämnder och bolag och styrs genom ett antal olika styrformer. Ägarrollen över bolagen utövas av såväl regionfullmäktige som regionstyrelsen, regionstyrelsens produktions- och personalutskott samt moderbolaget Landstingshuset i Stockholms län AB (LISAB). I tillämpliga delar utövas ägarrollen även på hälso- och sjukvårdsproducerande nämnder.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden ansvarar för att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna för hälso- och sjukvården anpassas till befolkningens behov. Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden finansierar och styr hälso- och sjukvården genom avtal och överenskommelser med privata utförare och Region Stockholms nämnder och bolag.

Region Stockholms hälso- och sjukvårdsproducerade nämnder och bolag har olika ansvarsområden och grunduppdrag som regleras i nämndernas reglementen och genom bolagens bolagsordningar och ägardirektiv. Nämnder och bolag styrs också genom regionfullmäktiges budget som anger mål och indikatorer, anslag, resultatkrav, tidsbegränsade uppdrag och investeringsutrymme.

1.2 Historisk bakgrund till dagens styrning

Region Stockholms styrning och organisation har sin bakgrund i en rad beslut fattade under de senaste trettio åren. Införandet av Stockholmsmodellen 1992 var utgångspunkten för den beställar-utförarmodell som har tillämpats sedan dess. Stockholmsmodellen utvecklades under 1990-talet men det dröjde först till 1999 tills modellen var fullt utbyggd och beställare och utförare skiljdes åt organisatoriskt.

Under den första halvan av 00-talet skedde ett antal förändringar som formade den organisation som fortfarande i stora delar råder. Bland annat bolagiserades flera av akutsjukhusen. Ambitionen var att akutsjukhusen skulle ha en fri och självständig ställning med förväntningar om att konkurrensen skulle leda till bättre kvalitet och minskade kostnader. Ägarstyrningen begränsades till att avse endast lagstadgad styrning.

De tidigare sjukvårdsområdena avvecklades i etapper vilket resulterade i att Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) bildades och en sammanslagning mellan Karolinska Solna och Huddinge universitetssjukhus genomfördes.

Ett antal omorganisationer genomfördes där ansvaret för hälso- och sjukvården under en period organiserades under landstingsstyrelsen medan hälso- och sjukvårdsnämnden lades ner. Hälso- och sjukvårdsnämnden återinrättades sedan 2006 och blev då åter ansvarig för hälso- och sjukvården. I samband med återinförandet av hälso- och sjukvårdsnämnden bildades en ny organisation som liknar den nuvarande med hälso- och sjukvårdsnämnden som beställare av vård och ett antal nämnder och bolag som utför vård.

Den så kallade Framtidsplanens genomförande från 2011 innebar bland annat att akutsjukhusens uppdrag förändrades och husläkarverksamheten utvecklades i syfte att fungera som ett nav i vården. En omstyrning av vårdflöden genomfördes i syfte att avlasta akutsjukhusen och styra patienter till närakuter och andra vårdgivare utanför akutsjukhusen. Valfrihetsreformerna har inneburit att det inom dessa verksamheter finns ett stort antal privata vårdgivare som har avtal med Region Stockholm.

Under perioden 2014–2016 utvecklades ägarstyrningen i syfte att bli mer aktiv och styrande, Landstingshuset i Stockholms län AB (LISAB) och regionstyrelsens dåvarande ägarutskott gavs ansvaret för ägarstyrningen. Målstyrningen utvecklades också under 2017–2020. Fram till dess hade i princip enbart resultatkrav för de egenägda vårdgivarna formulerats i budget, medan målen hade varit av en principiell och övergripande karaktär. Mål formulerades liksom ett betydande antal indikatorer, riktade direkt mot nämnder och bolag. Syftet var att stärka styrningen utifrån målsättningar snarare än uppdrag samt att tydliggöra och konkretisera målen.

Sammantaget kan det konstateras att organisationen av landstingets och senare Region Stockholms egenägda vårdproduktion har sett likartad ut under de senaste femton åren medan förutsättningar och uppdrag har förändrats. Ambitionerna med styrningen har ändrats, från att i början av 2000-talet ha varit inriktad på självständighet och konkurrens till att mot slutet av perioden få inslag även av samordning och samverkan för att gynna koncernen som helhet. Styrningen har också i delar blivit betydligt mer omfattande och detaljerad, och idag används flera olika styrmodeller samtidigt. Roller och ansvar har varierat där ansvar har omfördelats mellan landstingsstyrelsen (nuvarande regionstyrelsen) och hälso- och sjukvårdsnämnden.

1.3 Identifierade problem och utmaningar med dagens styrning

Region Stockholm har i dag vid nationella jämförelser en god tillgänglighet och korta väntetider. Invånarperspektivet och god tillgänglighet är tydligt

prioriterat i hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av hälso- och sjukvården.

Samtidigt är patienterna och befolkningens syn på hälso- och sjukvården något sämre än snittet i riket och kostnaderna för vårdproduktionen är höga i en nationell jämförelse. Det finns också ett antal utmaningar som kan sammanfattas till omfattande styrning och motstridiga styrsignaler, otydlig ansvarsfördelning samt strukturella hinder för samverkan gällande exempelvis patientflöden, resursplanering och kompetensförsörjning.

Mot bakgrund av tidigare utredningar, forskningsstudier, erfarenheter och lärdomar från pandemin samt genomförda intervjuer har ett antal utmaningar och problem i dagens styrning identifierats vilket sammanfattats till:

- Omfattande styrning
- Kompetensförsörjning
- Samlade resurser används inte alltid effektivt
- Höga kostnader för vårdproduktion
- Otydligt politiskt ansvarsutkrävande för vårdproduktionen
- Ersättningsystemen behöver (alltid) förändras

1.4 Alternativ till dagens styrning

Utifrån de utmaningar och problem som identifierats i utredningen presenteras alternativa modeller till styrningen av den egenägda vårdproduktionen, inklusive alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell. Ur ett reellt perspektiv finns naturligtvis fler modeller men alternativen har valts för att möta problembeskrivningen och för att tydliggöra samt framhäva skillnader i vad som kan åstadkommas. Vissa förändringar kan genomföras på kort sikt medan andra eller mer principiella förändringar kan behöva genomföras över en längre tid.

- **Alternativ 1:** Nuvarande organisation kvarstår och utvecklas, eventuellt med avbolagisering
- **Alternativ 2:** Avbolagisering med vårdproduktionen samlad under en nämnd
- **Alternativ 3:** En nämnd/styrelse med ansvar för all hälso- och sjukvård

De två första alternativen innehåller en ansvarsfördelning enligt beställar-utförarmodellen. Det tredje alternativet innehåller en ansvarsfördelning utifrån en traditionell förvaltningsstyrning från regionfullmäktige till regionstyrelsen eller via regionstyrelsen till en nämnd. Finansieringen av vårdproduktionen sker då via anslag snarare än genom avtal och överenskommelser med en beställande nämnd. Sedan 2010 är det

obligatoriskt för regioner att organisera primärvården i valfrihetssystem. En beställarfunktion kommer därmed att finnas kvar för privata vårdgivare även om beställar-utförarmodellen inte tillämpas för den egenägda vården.

INTRODUKTION

2. Inledning

2.1 Bakgrund

Den 14 februari 2023 beslutade regionstyrelsen om direktiven för den utredning av styrningen av den egenägda vårdproduktionen som beslutats om i Budget 2023, (RS 2022-0123). I enlighet med direktiv (RS 2023-0146) ska utredningen presentera alternativ till styrningen av den egenägda vårdproduktionen inklusive övervägande av alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell. Utredningen ska omfatta nedanstående områden

- en beskrivning av hur Region Stockholms egenägda vårdproduktion styrs idag och bakgrunden till denna styrmodell
- alternativa styrmodeller för den egenägda vårdproduktionen inklusive övervägande av alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell
- översyn om styrningen kan kompletteras med en geografisk nivåstrukturering samt om omvårdnadsperspektivet kan stärkas
- alternativ för tillsättning av nämnd- och styrelseledamöter
- effekter av en eventuell avbolagisering av Region Stockholms egenägda bolag inom hälso- och sjukvården samt översyn av roller för de egenägda vårdgivarna.

Utredningen ska enligt direktivet bedrivas resurseffektivt, och ska i ett första steg ta fram en delrapport och redovisas i september 2023.

2.2 Syfte

Delrapporten syftar till att analysera styrningen och lämna förslag som ger förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och ett tydligt ansvarsutkrävande, i enlighet med beslut i Budget 2023, (RS 2022-0123) och direktiv (RS 2023-0146).

2.3 Avgränsning

Utredningen avgränsas till att omfatta den egenägda vårdproduktionen. Den egenägda vårdproduktionen har avgränsats till att avse verksamheterna:

- Karolinska Universitetssjukhuset
- Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)
- Danderyds Sjukhus AB
- Södersjukhuset AB
- Södertälje sjukhus AB
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB
- Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)

Utredningen omfattar i viss mån också regionstyrelsen, Landstingshuset i Stockholm AB (LISAB), hälso- och sjukvårdsnämnden samt primärvårdsnämnden.

2.4 Genomförande

Utredningen har genomförts huvudsakligen med interna resurser inom Region Stockholm. Underlag har inhämtats i form av tidigare utredningar och dokument, extern forskningsexpertis inom hälso- och sjukvårdsområdet och genom intervjuer. Resultaten från bland annat Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 (HSN 2021-2001) och erfarenheter från motsvarande organisationer nationellt och internationellt liksom från relevant forskning samt erfarenheter från pandemin har beaktats. Semistrukturerade intervjuer har genomförts med 20 verksamhetsföreträdare (verksamhetschefer, vd:ar, ordföranden, ekonomichefer, HR-chefer och chefer för verksamhetsstöd i produktionen samt beställarchefer). Innehållet har transkriberats och analyserats tematiskt. Dialog har genomförts med berörda parter och intressenter som hälso- och sjukvårdsförvaltningens branschråd, ledningsgruppen KI-Region Stockholm, centrala samverkansgruppen, regionstyrelsens pensionärsråd, regionstyrelsens samverkanråd med organisationer som företräder personer med funktionedsättning. Rapportering har gjorts till den parlamentariska arbetsgruppen vid dess sammanträden.

DEL ETT

EN HISTORISK BAKGRUND TILL DAGENS STYRNING AV DEN EGENÄGDA VÅRDPRODUKTIONEN

Region Stockholms organisation och styrning av den egenägda vården är ett resultat av olika beslut fattade under olika mandatperioder och med olika motiv. Kapitalet redovisar en beskrivning av hur Region Stockholms egenägda vårdproduktion styrs idag och bakgrunden till denna styrmodell i enlighet med direktivet.

3. Nuvarande styrning av den egenägda vårdproduktionen

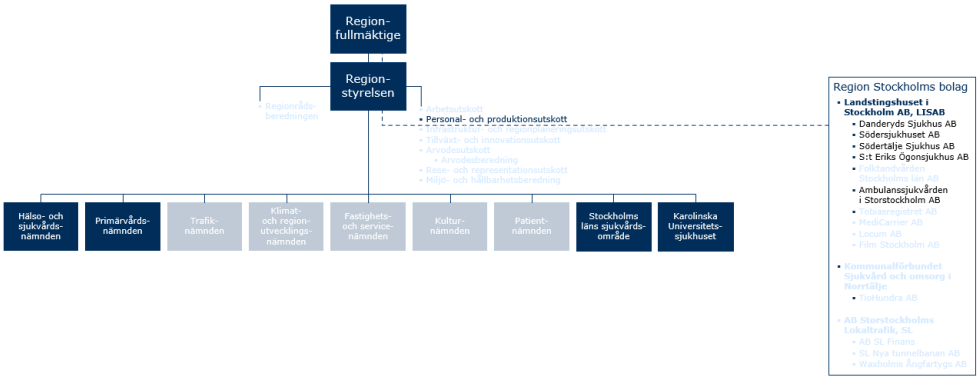
3.1 Organisation

Region Stockholm
Region Stockholm är en politiskt styrd organisation som består av nämnder och bolag. Region Stockholm är också medlem i tre kommunalförbund[1] inom hälso- och sjukvårdsområdet och har åtaganden i ett antal verksamhetsstiftelser. Varje kommunalförbund och stiftelse styrs och förvaltas av en utpekad nämnd.

Region Stockholms bolag och stiftelser är egna juridiska personer med separata organisationsnummer. Region Stockholms nämnder utgör däremot en gemensam juridisk person. I vissa sammanhang hanteras dock varje nämnd som en egen myndighet; till exempel i förhållande till lagen om offentlig upphandling (2016:1145) och vid hantering av allmänna handlingar.

[1] Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON; Kommunalförbundet Avancerad Strålbehandling, KAS; Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg, KSA.

Region Stockholms organisation av hälso- och sjukvård avgränsad till/med fokus på egenägd vårdproduktion enligt avsnitt 1.3



3.2 Övergripande ansvarsfördelning

Regionfullmäktige

Regionfullmäktige är det högsta beslutande organet i Region Stockholm och styr verksamheten genom att fatta beslut i principiella frågor som påverkar dess övergripande organisation, inriktning och prioriteringar, däribland

- organisation och verksamhetsformer
- nämnders och bolags ansvarsområden och mål
- val av ledamöter till regionstyrelsen och nämnderna
- budget och skattesats
- styrande dokument på övergripande nivå
- investeringsplan och enskilda investeringar över 100 miljoner kronor.

I vissa ärenden kan regionfullmäktige delegera rätten att fatta beslut till regionstyrelsen eller övriga nämnder.

Regionstyrelsen

Regionstyrelsen samordnar nämndernas och bolagens arbete, ansvarar för koncernen Region Stockholms ekonomi och har uppsikt över att nämnder och bolag bedriver sin verksamhet på ett riktigt sätt, i enlighet med regionfullmäktiges mål och uppdrag. Vid brister uppmanar regionstyrelsen nämnder och bolag att vidta åtgärder och kan föreslå regionfullmäktige att vidta åtgärder.

Regionstyrelsen ansvarar för att leda och samordna Region Stockholms arbete inom flera områden som är av betydelse för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det gäller bland annat e-hälsoarbete, forskningsverksamhet och fastighetsstrategiska frågor. Regionstyrelsen är också Region Stockholms ledande arbetsgivarorgan och har det

övergripande ansvaret för Region Stockholms strategiska kompetensförsörjning.

Regionstyrelsen ska särskilt följa upp ägardirektiv, måluppfyllelse, effektivitet och produktivitet. Det operativa ansvaret för ägarstyrningen utförs av personal- och produktionsskottet och moderbolaget LISAB. Ledamöterna i personal- och produktionsutskottet är även ledamöter i LISAB. Eftersom utskottet och bolaget saknar anställda är det regionledningskontoret som administrerar frågor kopplade till ägarstyrningen via ett särskilt förvaltningsavtal.

LISAB ansvarar för ägarstyrning och uppföljning av dotterbolagens och dotterdotterbolagens bolagsordningar samt för att ägarens generella och specifika ägardirektiv efterlevs. Bolaget ska också bidra till strategisk samordning och utveckling av dotterbolagens verksamhet.

I reglementet[2] som beslutades av regionfullmäktige i december 2022 fick regionstyrelsen ett utökat ansvar för samordning av Region Stockholms egenregiproduktion. Regionstyrelsens ansvarar därmed för ägarstyrning, produktionsplanering och samordning mellan Region Stockholms egna hälso- och sjukvårdsverksamheter för att säkerställa att de följer regionfullmäktiges ägardirektiv och styr mot regionfullmäktiges mål. Ansvaret omfattar nedanstående områden:

1 Strategisk produktionsplanering och strategisk it för hälso- och sjukvården, samordning mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde och Region Stockholms hälso- och sjukvårdsproducerande bolag samt särskilt följa upp ägardirektiv, måluppfyllelse, effektivitet och produktivitet i dessa.
2 Måluppfyllelse avseende ekonomi och verksamhet, effektivitet och produktivitet i Region Stockholms hälso- och sjukvårdsproducerande nämnder och bolag.

Hanteringen har delegerats till personal- och produktionsutskottet.

Nämnder och bolag

Region Stockholms nämnder och bolag ansvarar för att genomföra det som regionfullmäktige har beslutat. Varje nämnds grunduppdrag anges i det reglemente som fastställs av regionfullmäktige. Region Stockholms bolag inom hälso- och sjukvården är dotterbolag under moderbolaget LISAB. Varje bolags ändamål och grunduppdrag anges i bolagsordning och ägardirektiv.

[2] Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder, RS 2022-0762, RS 2022-0482

Varje nämnd och bolag:

- ansvarar för den löpande verksamheten inom sitt ansvarsområde, antingen genom egen verksamhet eller genom avtal med utförare
- beslutar i frågor som rör den egna verksamheten och frågor som regionfullmäktige har delegerat till dem
- förbereder ärenden som ska beslutas av regionfullmäktige
- genomför beslut som fattas i regionfullmäktige.

Nämnder med övergripande ansvar för hälso- och sjukvården

Det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården inom Region Stockholm är i dag fördelat mellan hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden och regionstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden utövar ledning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Nämnden ansvarar för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet och dess utveckling. Nämnden ska se till att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas på ett sådant sätt att de samlade resurserna för hälso- och sjukvården anpassas till befolkningens behov och bidrar till en förbättring av hälsotillståndet. Nämnden ska finansiera och styra hälso- och sjukvården genom avtal och överenskommelser med privata utförare och Region Stockholms nämnder och bolag.

Sedan 2023 finns också en primärvårdsnämnd som ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm i enlighet med 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förutom i de avseenden där ansvaret åvilar hälso- och sjukvårdsnämnden eller kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Nämnden utövar vidare ledning av folktandvården i enlighet med 11 § tandvårdslagen (1985:125). Nämnden ska finansiera och styra primärvården och tandvården genom avtal och överenskommelser med privata utförare och Region Stockholms nämnder och bolag. Nämnden ansvarar också för att produktionen av primärvården och tandvården styrs och samordnas på ett effektivt sätt samt för att planera och följa upp hälso- och sjukvården inom sitt ansvarsområde. Primärvårdsnämnden köper förvaltningsstöd av hälso- och sjukvårdsnämnden, det vill säga hälso- och sjukvårdsförvaltningen utgör förvaltningsorganisation för båda nämnderna.

Utförande nämnder och bolag inom den egenägda vården

Regions Stockholms hälso- och sjukvårdproducerade nämnder och bolag avgränsas i denna utredning till Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB och

Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB).[3] Nedan följer en övergripande beskrivning av deras ansvarsområden.

- **Karolinska Universitetssjukhuset** är Region Stockholms universitetssjukhus vilket innebär att sprida och generera ny kunskap, bedriva klinisk utbildning och forskning samt utföra nationell högspecialiserad vård. Därtill bedrivs specialiserad, akut och planerad somatisk vård. Nämnden ska utveckla nationellt och internationellt konkurrenskraftiga centrum inom forskning och sjukvård i samråd med Karolinska Institutet.
- **Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)** utför primärvård, geriatrik, psykiatri, habilitering, avancerad sjukvård i hemmet och beroendevård. Nämnden ska utveckla nationellt och internationellt konkurrenskraftiga centrum inom forskning och sjukvård i samråd med Karolinska Institutet, andra universitet och högskolor, samt ansvara för forskning, utbildning, utveckling och innovation, FoUU-verksamhet, inom nämndens verksamhetsområden.
- **Danderyds Sjukhus AB** utför specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård samt högspecialiserad rehabiliteringsmedicin.
- **Södersjukhuset AB** utför specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård, högspecialiserad kärl- och handkirurgisk vård samt viss högspecialiserad gynekologisk kirurgi.
- **Södertälje sjukhus AB** utför specialiserad akut och planerad somatisk specialistvårdenligt.
- **S:t Eriks Ögonsjukhus AB** utför specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård.
- **Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB)** bedriver ambulanssjukvård, intensivvårdsambulans, psykiatriskambulans, prehospital sjukvårdsledning och transport av avlidna.

Nämnder med särskilt ansvar kopplat till forskning, utbildning, utveckling och innovation

Utifrån uppdragsdirektivet skulle utredningen belysa olika roller för de egenägda vårdgivarna om samorganisering av olika roller i samma organisation, exempelvis att vara vårdgivare och samtidigt verka i egenskap av systemstödjare för såväl offentliga som privata vårdgivare.

En universitetssjukvårdsenhet (USV-enhet) är en vårdgivare som bedriver forskning, utbildning, utveckling och innovation (FoUU) som en del av

[3] Ytterligares sjukvårdsproducerande nämnder och bolag finns men som inte behandlas i utredningen. Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON, planerar och beställer hälso- och sjukvård samt omsorg för invånarna i Norrtälje kommun. KSON äger Tiohundra AB som bland annat bedriver vården vid Norrtälje sjukhus, ett antal husläkarmottagningar och omsorgsverksamheter.

kärnverksamheten och väl integrerat i vården. Universitetssjukvård är den del av hälso- och sjukvården som utformats med särskild hänsyn till forskningens och utbildningens behov. Forskning och utbildning ska liksom utveckling av hälso- och sjukvården ses som kärnverksamheter och vara likvärdiga med vårdproduktionen. USV-enheterna ska bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm.

Ett exempel på detta är Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)som idag ansvarar för verksamheterna Centrumbildningar för arbetsmiljö- och miljömedicin, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning samt Centrum för psykiatriforskning och Akademiskt Primärvårdscentrum. Samtliga utgör universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter) och är integrerade med verksamhetsnära klinisk verksamhet. Detta medför att nämnden både ansvarar för vårdproduktion och för verksamhetsutveckling inom sina områden för samtliga vårdgivare med avtal inom Region Stockholm på motsvarande sätt som Karolinska Universitetssjukhuset. För att sådan verksamhetsutveckling ska vara möjlig är verksamhetsnära integration avgörande, vilket även är ett av kriterierna för att bedriva universitetssjukvård.

3.3 Styrformer

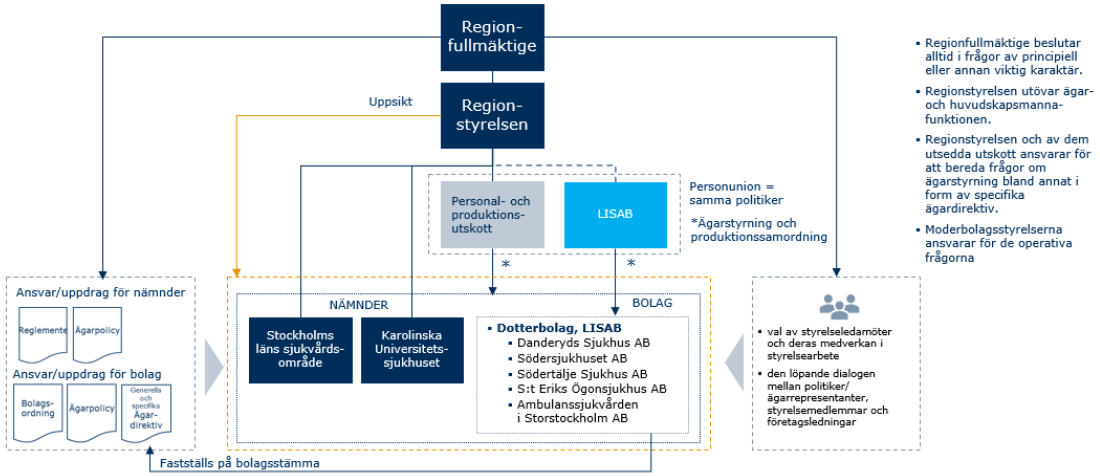
Ägarstyrning

De hälso- och sjukvårdsproducerade bolagen styrs genom ägarpolicyn som fastställs av regionfullmäktige. I tillämpliga delar gäller policyn även för nämnder som bedrivs i bolagsliknande former (Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms läns sjukvårdsområde). Ägarrollen utövas av regionfullmäktige, regionstyrelsen och dess personal- och produktionsutskott samt av LISAB. Ägarstyrningen inom Region Stockholm utövas främst genom

- utformning av bolagsordningar
- utarbetande av generella och specifika ägardirektiv som fastställs på respektive bolagsstämma
- val av styrelseledamöter och beslut om deras medverkan i styrelsearbetet
- löpande dialog mellan förtroendevalda/ägarrepresentanter, styrelsemedlemmar och företagsledningar.

Regionstyrelsen och dess personal- och produktionsutskott följer också upp nämndernas och bolagens måluppfyllelse avseende ekonomi och verksamhet, effektivitet och produktivitet. Ägarstyrningen illustreras i nedanstående bild.

Ägarstyrning av den egenägda vården



Koncernstyrning

Koncernstyrning avser regionfullmäktiges och regionstyrelsens styrning av både nämnder och bolag. Region Stockholms främsta styrande dokument är budgeten som fastställs årligen av regionfullmäktige. Budgeten gäller för Region Stockholms alla verksamheter och är, jämte reglementen och ägardirektiv som beskriver ansvarsfördelning, överordnad andra dokument.

I budgeten fastställer regionfullmäktige mål och indikatorer, anslag till nämnderna, resultatkrav, uppdrag och investeringsutrymme för nämnder och bolag samt ägardirektiv för bolagen.

Utifrån budgeten ska samtliga nämnder och bolag årligen utarbeta en verksamhetsplan som innehåller en beskrivning av hur nämnden eller bolaget kommer att arbeta för att uppnå regionfullmäktiges mål och uppdrag, i enlighet med de anvisningar som regionstyrelsen utfärdar samt de anslag och resultatkrav som regionfullmäktige beslutat om i budgeten. Nämnderna och bolagen ska i sin verksamhetsplanering utgå från relevanta styrande dokument.

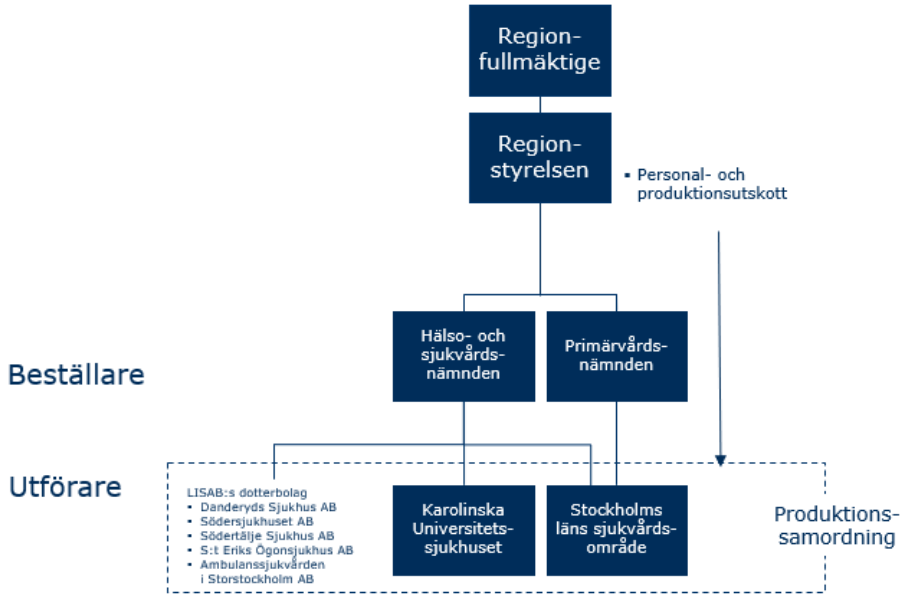
Nämnder och bolag ska månadsvis följa upp genomförandet av sina verksamhetsplaner och det ekonomiska utfallet i rapporter som behandlas i nämnden eller bolagsstyrelsen. Vid avvikelser ska rapporterna också behandla åtgärder som vidtas för att säkerställa att målen nås och resultatkraven uppnås. Uppföljning av styrande dokument ska ske i delårsrapport och verksamhetsberättelse, och vid separata uppföljningstillfällen om så angivits i samband med beslut om dokumentet.

Regionstyrelsen rapporterar på motsvarande sätt den samlade bilden av nämndernas och bolagens arbete samt det ekonomiska läget för Region Stockholm till regionfullmäktige genom delårsbokslutet vid andra tertialet (januari-augusti) samt i årsredovisning (avseende helåret). Regionstyrelsen och dess personal- och produktionsutskott följer också upp måluppfyllelse avseende ekonomi och verksamhet, effektivitet och produktivitet i de hälso- och sjukvårdsproducerande nämnderna och bolagen.

Beställarstyrning

Region Stockholm tillämpar en beställar-utförarmodell som innebär att stora delar av verksamheten styrs och utförs genom avtal och överenskommelser med utförare. Inom hälso- och sjukvården finns utförare både inom Region Stockholms förvaltningsorganisation och externt i form av privata företag och andra typer av organisationer. Hälso- och sjukvårdensnämnden och primärvårdsnämnden tecknar avtal och överenskommelser med nämnder och bolag inom Region Stockholm och med privata aktörer. De hälso- och sjukvårdsproducerande nämndernas och bolagens intäkter beslutas i överenskommelser och avtal med beställaren. Beställarstyrningen beskrivs mer ingående i kapitel 2.

Organisation av beställare och utförare

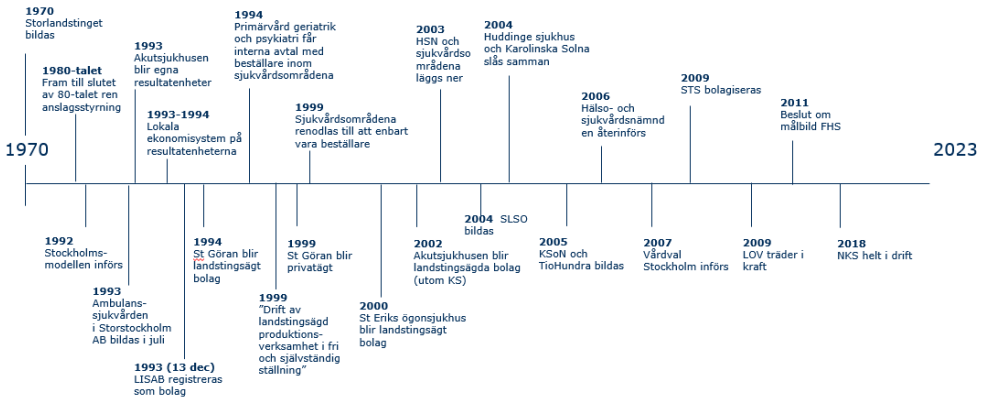


4. Historisk bakgrund

4.1 Bakgrund till dagens styrning

Stockholms läns landsting bildades 1971 med motivet att skapa en bättre samordning kring gemensamma viktiga frågor som hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen infördes 1983 och i samband med det skapade landstinget en ny hälso- och sjukvårdsorganisation med en hälso- och sjukvårdsnämnd och fem sjukvårdsstyrelser som fick ansvar för varsitt område. Styrningen bedrevs fram till 1990-talets början genom anslagstyrning.

Övergripande tidslinje över hälso- och sjukvårdens utveckling 1970–2023



1990-tal: Beställarutförarmodellen införs och utvecklas

En omfattande nationell reform genomfördes 1992, den så kallade Ädelreformen, då landstingens ansvar för äldrevården överfördes till landets kommuner. Från 1992 infördes i Stockholms läns landsting successivt den så kallade Stockholmsmodellen, som i huvudsak bestod av följande komponenter:

- En beställar-utförarmodell där ett antal geografiska sjukvårdsområden var beställare och akutsjukhusen utförare. Varje sjukvårdsområde var en egen nämnd och hade en politiskt vald styrelse som utsågs av landstingsfullmäktige och leddes av en sjukvårdsdirektör.
- Ersättningen till akutsjukhusen baserades per prestation vilket innebar att den tidigare anslagsfinansieringen lämnades.

- Patienterna gavs rätt att välja utförare. Ersättningen till slutenvård och dagsjukvård utgick från ett DRG-baserat pris.[4]

Motivet var att åtgärda långa köer och negativ produktivitetsutveckling vars orsak sågs vara bristande incitament att effektivisera verksamheten. Det blev ingen total utbyggnad av beställar-utförarmodellen med en gång, eftersom sjukvårdsområdena fortfarande var ansvariga för produktionen av primärvård, geriatrik och psykiatri samtidigt som de var beställare av vårdtjänster gentemot akutsjukhusen. År 1994 hade samtliga sjukvårdsområden helt eller delvis infört en intern uppdelning mellan beställare och utförare och året efter tillsattes en sjukhusstyrelse under hälso- och sjukvårdsnämnden för att tydligare separera beställare och utförare. Samma år bolagiserades S:t Görans sjukhus och blev därmed det första sjukhuset inom landstinget som drevs i bolagsform.

2000-tal: Bolagisering med fokus på självständighet och konkurrens

Det dröjde först till 1999 tills Stockholmsmodellen var fullt utbyggd då beslut fattades om en ny organisation och nya styrformer. Sjukhusstyrelsen avvecklades och ersattes av en produktionsnämnd som ansvarade för driften av verksamheten vid akutsjukhusen och inom geriatrik, psykiatri och primärvård. Sjukhusområdena, som var beställare, minskade från nio till sex men var fortsatt organiserade under hälso- och sjukvårdsnämndens ledning. Inom varje sjukvårdsområde fanns ett akutsjukhus som ansvarade för att befolkningen inom respektive område erbjöds en viss hälso- och sjukvård. Motivet till den nya styrningen var en stärkt och utvecklad beställarroll, ökad mångfald av och konkurrens mellan utförarna samt tydligare ägarstyrning.

Akutsjukhusen skulle också inta en mer fri och självständig ställning än tidigare med förväntningar om att konkurrensen skulle leda till bättre kvalitet och minskade kostnader. Ägarstyrningen avgränsades till att handla om främst lagreglerad uppföljning och kontroll. Hälso- och sjukvårdens styrning skulle främst ske genom beställningar.

Detta var startskottet för en fortsatt bolagisering och ökad konkurrens mellan sjukhusen. Bure Hälso- och sjukvård AB (numera Capio) övertog S:t Görans sjukhus 1999. Ytterligare bolagiseringar följde under 2000 då Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus och Folktandvården bolagiserades samt 2002 med Södersjukhuset och Norrtälje sjukhus. Karolinska

[4] Diagnosrelaterade grupper är ett sätt att klassificera vårdinsatser i sjukvården. Genom att sammanställa diagnoskoder skapas DRG-koder. DRG-koderna kan sedan användas för kostnadsanalyser och produktivitetsmått.

sjukhuset lämnade in en intresseanmälan om bolagisering vilken dock aldrig verkställdes.

I syfte att ge samtliga akutsjukhus likartade arbetsförutsättningar infördes professionella externa styrelseledamöter för bolagen och även för de nämnder som skulle drivas i bolagsliknande former. Se även fördjupning i bilaga 2 Sammansättning av nämnder och styrelser. Bildandet av självständiga styrelser för akutsjukhusen innebar en förändring av produktionsstyrelsens ansvarsområde som koncentrerades till primärvård, psykiatri och geriatrik.

En centralisering av hälso- och sjukvårdsstyrningen genomfördes år 2003 då hälso- och sjukvårdsnämnden och sex sjukvårdsstyrelser lades ner och ansvaret koncentrerades till landstingsstyrelsen. Ett hälso- och sjukvårdsutskott bildades under landstingsstyrelsen. Utskottet hade nio beredningar med varsitt geografiskt avgränsat ansvarsområde samt fem medicinska programberedningar som skulle arbeta med medicinskt programarbete.

För förvaltningen innebar detta att fem självständiga regionala nämnder och hälso- och sjukvårdsnämndens stab slogs samman till ett beställarkontor för vård (BKV) som utgjorde en del av landstingsstyrelsens förvaltning. Omorganisationen motiverades med att ekonomistyrningen skulle underlättas genom att koncentrera de ekonomiska besluten samt att beredningarna skulle bidra till att bredda och fördjupa det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården.

Medan flertalet av akutsjukhusen bolagiserades i syfte att bli mer självständiga slogs primärvård, psykiatri och geriatrik samman. Uppdelningen i geografiska produktionsområden minskades i etapper tills en enda enhet Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) återstod 2004. Motivet var att få en förbättrad samordning, effektivare resursutnyttjande och lägre kostnader.

I syfte att stärka samordning och resursutnyttjande inom den högspecialiserade vården slogs Karolinska Solna och Huddinge universitetssjukhus ihop år 2004 och bildade Karolinska Universitetssjukhuset. Ytterligare ett motiv till sammanslagningen var att stärka den nationella och internationella konkurrenskraften inom forskningen.

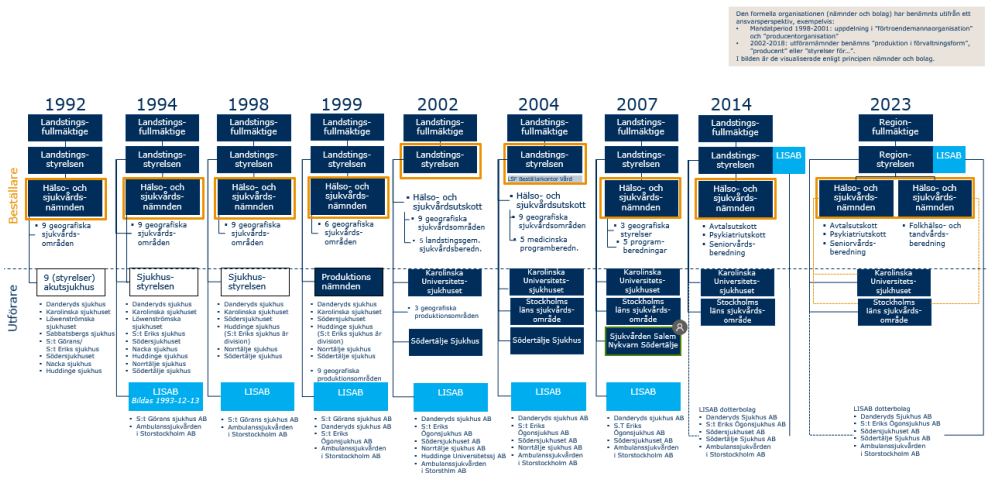
Flera utredningar genomfördes under 2000-talet avseende hur länet skulle möta framtidens hälso- och sjukvårdsbehov. År 2005 antogs

inriktningsbeslut enligt den så kallade 3S-utredningen[5] om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur. Beslutet innebar bland annat att högspecialiserad vård koncentrerades till Karolinska Universitetssjukhuset medan viss specialiserad vård flyttades från Karolinska Universitetssjukhuset till andra akutsjukhus. Vidare togs beslut om att utveckla och utöka närsjukvården för att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar. Detta var en fortsättning på den så kallade SNUS-utredningen (Stockholms Nya Universitetssjukhus) som låg till grund för uppförandet av det nya universitetssjukhuset samt ett behov av att effektivisera och konsolidera verksamheter mot bakgrunden av ökade kostnader.

Vårdbolaget Tiohundra AB bildades 2006 som ett samarbete mellan kommun och landsting i Norrtälje och blev permanent efter tio år. Samma år bilades Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje.

Hälso- och sjukvårdsnämnden återinrättades 2006 och tog därmed åter över ansvaret för hälso- och sjukvården. Till stöd inrättades dels tre lokala sjukvårdsstyrelser (norr, mitt och söder), dels fem programberedningar. Sjukvårdsstyrelserna ansvarade för beredning av landstingsgemensamma beställningar och avtal samt uppföljning av den samlade hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt geografiska område utifrån ett invånarperspektiv.

Beskrivning över organisation för hälso- och sjukvården 1992–2023



[5] 3S - utredningen var en rapport som utgick från SNUS-utredningen och undersöka möjligheterna för att uppföra ett nytt universitetssjukhus

Den sista sjukvårdsbolagiseringen genomfördes 2009 då Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje, som bildats fyra år tidigare, upplöstes. Södertälje sjukhus bolagiserades och primärvård och psykiatrisk verksamhet övergick till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Motivet var främst att få en effektivare verksamhet och en ekonomi i balans då Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje hade gått med underskott under flera år.

Vårdval Stockholm infördes 2008 och lagen (2008:962) om valfrihet (LOV)[6], trädde i kraft 2009 och blev obligatorisk för primärvården. Stockholms läns landsting började då tillämpa vårdval för bland annat husläkarverksamhet, mödravårdscentraler och barnavårdscentraler.

2010-tal: Framtidsplan för hälso- och sjukvården samt vidareutveckling av ägarstyrning och målstyrning

År 2011 beslutade regionfullmäktige om Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS) med en målbild för hälso- och sjukvården 2025. Framtidsplanen syftade till att vården skulle präglas av hög tillgänglighet, god kvalitet, delaktighet och hög effektivitet och innehöll bland annat nedanstående principer och åtgärder:

- Husläkarverksamheten skulle utgöra navet i vården.
- Specialiserad vård skulle öka utanför akutsjukhusen.
- Nya investeringar i sjukhus.
- Renodling av akutsjukhusens uppdrag.
- Utveckling av högspecialiserad vård för Karolinska Universitetssjukhuset.

Genomförandeplaner för Framtidens hälso- och sjukvård beslutades sedan i tre steg under 2011–2014 och kom att förändra vårdstrukturen under 2010-talet.

Under perioden 2014–2016 vidareutvecklades ägarstyrningen. LISAB fick 2014 ett utökat uppdrag om styrning och samordning. Ett ägarutskott bildades för att stötta landstingsstyrelsen i utövandet av styrelsens uppsikt över de landstingsägda bolagen och de nämnder som drevs i bolagsliknande former. Förtroendevalda i ägarutskottet blev även ledamöter i moderbolagets styrelse och de båda organen ansvarade för den operativa ägarstyrningen. Landstingsdirektören fick en tydligare arbetsledande roll i förhållande till förvaltningscheferna och bolagscheferna. En översyn gjordes av bolagsstyrningsprinciper, styrelsesammansättningar, bolagsordningar och ägardirektiv i syfte att förtydliga ansvar och uppdrag,

[6]Vårdval enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) innebär dels att patienten väljer vårdgivare och att vårdgivare har rätt att etablera sig inom vårdvalsområdet om vårdgivaren uppfyller uppsatta krav. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om inom vilka avtalsområden ett valfrihetssystem ska upprättas i Stockholm

regelbundna ägardialoger formaliserades på både tjänstemanna- och politisk nivå, och antalet styrelseledamöter minskades.

I samband med genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvårds implementeringsfas 2016–2019 beslutades att anpassa sjukhusavtalens utformning. Detta innebar att den ersättningsmodell som tillämpades, med ett betydande inslag av rörlig ersättning, tillfälligt frångicks för en huvudsakligen fast och därför mer anslagsliknande ersättning under perioden.

Parallellt utvecklades den koncernövergripande styrningen inklusive målstyrningen under 2017–2020. Syftet var att stärka styrningen utifrån målsättningar snarare än uppdrag samt att tydliggöra styrkedjan från de övergripande målen ner till indikatorer. Målen, som beslutades i samband med fullmäktiges budget, hade tidigare varit av en principiell och övergripande karaktär men kom nu att omfatta olika nivåer och vara mer specifikt riktade mot nämnderna och bolagen.

Från och med 2019 beslutades även ägardirektiven i samband med regionfullmäktiges budget. Ägardirektiven blev därmed del av budgetåret, från att tidigare ha varit strategiska och långsiktiga, samlade i ett separat styrdokument. I Budget 2020 antogs en policy för ”integrerad ledning och styrning” (ILS), med syfte att skapa en sammanhållen modell för ledning, styrning och uppföljning. Samma år inrättades ett produktionsutskott under regionstyrelsen som ersatte ägarutskottet. År 2023 bildades ett personal- och produktionsutskott.

Under pandemin etablerades en produktionssamordning där den egenägda vårdens verksamheter samlade sig i en gemensam samordnad ledningsstruktur för att operativt öka förmågan att möta de utmaningar som uppstod samt för att kunna stödja de privata vårdgivarna som en integrerad del i krisarbetet. Detta blev en del av den Regionala Särskilda Sjukvårdsledningen och flera frågor kunde lösas genom uppdrag i produktionen. För att dra lärdomar av dessa erfarenheter och etablera fortsatta gemensamma arbetssätt tillsattes en sjukvårdsdirektör vid Regionledningskontoret den 1 januari 2022 med uppdraget att samordna den egenägda vården. Detta uppdrag blev permanent från den 1 maj 2023. Sjukvårdsdirektören är tillika vice vd i LISAB.

DEL TVÅ

OMVÄRLD, INTERVJUER, BESTÄLLARSTYRNING OCH TIDIGARE UTREDNINGAR

I enlighet med direktiv (RS 2023-0146) ska utredningen beakta relevanta kunskapsunderlag, som Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 (HSN 2021-2001), och erfarenheter ska inhämtas från motsvarande organisationer nationellt och internationellt liksom från relevant forskning samt erfarenheter från pandemin.

I denna del av utredningen presenteras insamlat kunskapsunderlag som ligger till grund för utredningens resultat avseende styrningen av den egenägda vården. Underlagen består av omvärldsbevakning nationellt och internationellt, sammanfattning av iakttagelser från intervjuer, nyckeltal för Region Stockholm samt tidigare utredningar. En forskningsgenomgång har också genomförts inom ramen för utredningen (se bilaga 6 Forskningsgenomgång).

5. Omvärldsbevakning

5.1 Internationella jämförelser

Det finns två huvudsakliga sätt att organisera hälso- och sjukvården. I de nordiska länderna och Storbritannien är vården i huvudsak en del av den offentliga sektorn och finansieras genom skatter (kallas Beveridge-modellen). I Mellaneuropa finansieras vården genom sjukförsäkringar som är statligt reglerade, och sjukvårdsleverantörerna kan vara både privata yrkesutövare och institutioner som ägs av staten eller ideella organisationer (kallas Bismarck-modellen).

En extrem form av sjukvårdssystem finns i USA, där det är fragmenterat med både federala och privata försäkringar samt främst privata vårdgivare. Sjukvårdssystemen i de sydeuropeiska länderna liknar nu de nordiska ländernas system. Styrningen av en offentlig verksamhet sker genom byråkratisk förvaltning, vilket kallas hierarki. När finansiären och utförarna är separerade regleras deras relationer genom marknadsstyrning. Ingen av dessa styrmodeller är helt renodlade, utan de lånar element från varandra, vilket gör styrningen mer komplex. I omvärlden har det under senare år genomförts reformer för att möta olika utmaningar inom hälso- och sjukvård. Till exempel bristande geografisk likvärdighet i medicinsk behandling, långa väntetider, svårigheter att koncentrera specialiserad vård och behov av kostnadseffektivitet.

I Norge och Danmark har det genomförts reformer för att öka den statliga styrningen och skapa större regioner. I England har ansvaret decentraliserats genom tydlig mål- och resultatstyrning och tillfört betydande resurser för att öka produktiviteten. I Nederländerna har styrningen ändrats genom att konkurrensutsätta beställarorganisationen, vilket har lett till införande av ett försäkringssystem och avreglering av prissättningen.

Skottland har valt att organisera hälso- och sjukvården utanför marknadens påverkan. Ett exempel på styrning genom personcentrerad vård finns i Alaska sedan några decennier tillbaka. Där bedrivs hälso- och sjukvårdssystemet i form av kooperativ där invånarna äger den vårdverksamhet de tar del av. Delat ansvar mellan invånaren och vårdgivaren är en central princip.

På global nivå rör sig styrning inom offentlig sektor mot resultatstyrning och prestationsmätning med metoder hämtade från det privata näringslivet. Ett exempel på denna riktning, som lanserades redan för 30 år sedan, är New Public Management. Syftet med denna typ av styrning är att öka effektiviteten för att skapa bättre användning av de begränsade och gemensamma resurserna.

I början av 2000-talet introducerades konceptet värdebaserad vård. Det togs fram i USA mot bakgrund av en ny hälso- och sjukvårdsreform där en del av ersättningen till vårdgivarna baserades på hälsoresultat i stället för ersättning för gjorda insatser. Konceptet har sina rötter i generella företagsekonomiska modeller för värdebaserad styrning. Målet är en hälso- och sjukvård som skapar värde för patienten, snarare än utbud av produktion för att möta vårdbehoven.

De olika reformernas förväntade effekter är blandade. De flesta har inriktats på ökad tillgänglighet och produktivitet, högre kvalitet och bättre styrning av specialiserad vård. På flera håll har primärvården varit i mindre fokus. Något som gör att utmaningar kvarstår i att skapa sammanhållen och förebyggande vård, incitament för samverkan samt ansvarsfördelning med kommunal vård och omsorg. Det är svårt att isolera effekter i ett hälso- och sjukvårdssystem av enskilda reformer i förhållande till andra reformer. Det finns många beroenden som kan påverka en utveckling.[7]

[7] Slutrapport från långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 HSN 2021-2001

5.2 Tillitsbaserad styrning

Tillitsbaserad styrning är en idé till styrmodell som har sitt ursprung i Tillitsdelegationen som regeringen tillsatte 2016. Att integrera mer tillitsbaserad styrning i både kommuner och regioner har blivit mer vanligt förekommenade som en respons på den tidigare kritiken mot NPM (new public management). Sveriges kommuner och regioner (SKR) lyfter att tillitsbaserad styrning inte är en enhetlig styrmodell, utan kan snarare ses som ett förhållningssätt. En väl fungerande styrning och ledning måste bygga både på ordning och reda, det vill säga kontroll på ekonomi och kvalitet, men också på tillit till de som utför välfärdstjänsterna. Det innebär en styrning med inslag av flera olika styrmodeller och principer. Idén till tillitsbaserad styrning kan sammanfattas med att minska den centrala styrningen för att öka handlingsfriheten på lokal nivå.[8]

Kontrollbaserad styrning	Tillitsbaserad styrning
Utformningen av styrningen sker centralt, utifrån kontrollbehov	Utformningen av styrningen sker i samskapande dialog med verksamheten
Ansvarsområdena är snäva och personliga	Ansvarsområden är breda och gemensamma
Fokus på överordnade beslutsfattare (uppåt)	Fokus på kärnverksamheten (nedåt)
Viktigaste instrumenten är kontroll, angränsat ansvar och formalisering	Viktigaste instrumenten är helhetssyn, lärande och samverkan
Uppföljning på distans från mätning, fokus på avvikelser	Uppföljningen sker i nära dialog med verksamheten, delvis kvalitativt, fokus på främjande
Främsta medel för att nå verksamhetens mål är följsamhet mot beslutslinje och formella processer	Främsta medel för att nå verksamhetens mål är kollegialt lärande och ömsesidig anpassning

Även om minskad central styrning och ökat lokalt handlingsutrymme varit efterfrågat av flera aktörer som Läkarförbundet har tillitsbaserad styrning mött kritik bland annat från SNS[9]:s rapport Tillförlitlig styrning och organisering inom välfärden[10]. Rapportförfattarna argumenterar där för ett alternativt synsätt som benämns tillförlitlig organisering. Mellanmänsklig

[8]https://skr.se/skr/demokratiledningstyrning/styrningledning/organiserastyraleda/styrledningssystemarbetssatt/styraforresultat/tillitsbaseradstyrning.46668.html publicerad 6 maj 2022 [hämtad 2023-04-28]
[9] SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle
[10] Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden 2023

tillit lyfts som väsentligt för att grupper, arbetsplatser och hela samhällen ska fungera, men argumenterar för att tillit snarare är ett resultat av en ändamålsenlig organisering än en lämplig, eller ens möjlig, utgångspunkt för styrning och ledning.

5.3 Nationella jämförelser

Regionernas, tidigare landstingens, styrning byggde under många år på totalansvar för produktionen. Verksamheten styrdes med budget och anslag till enskilda verksamhetsområden. Styrningen var i princip densamma i alla landsting. I början av 90-talet skedde en genomgripande förändring i styrning när beställar-utförarmodell infördes på bred front. Regionernas styrmodeller är idag relativt lika. Beställar-utförarmodell tillämpas inom de större regionerna så som Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Östergötland. Övriga regioner styrs i huvudsak genom mål- och anslagsstyrning, som liknar den tidigare styrningen som tillämpades före beställar-utförarmodellen. Det vill säga regionfullmäktige upprättar övergripande mål och uppdrag som nämnderna får konkretisera med nedbrutna mål utifrån det anslag som tilldelats. Ofta finns en förvaltningschef/ sjukvårdsdirektör som leder arbetet på förvaltningsnivå.[11]

I en kartläggning från 2021 av SKR framgick att samtliga regioner då hade minst en icke-obligatorisk nämnd vid sidan av regionstyrelsen. Antalet varierade från 1 till 23. Antalet speglade regionens storlek, förekomsten av särskilda drifts- eller utförarnämnder inom i första hand hälso- och sjukvårdsområdet samt i vilken utsträckning som ansvaret för politikområden har tilldelats regionstyrelsen i stället för en nämnd. Den politiska organisationen i fyra regioner, Kalmar, Halland, Västmanland och Norrbotten, skulle kunnat jämföras med den ”nämndlösa” organisationen i kommunerna genom att styrelsen hade en särskilt framträdande roll i dessa regioner. Den ansvarade för hela hälso- och sjukvårdsområdet och i Halland och Västmanland där utskott till styrelsen inrättats för dessa områden.

Hälso- och sjukvård utgör regionernas i särklass största ansvarsområde. Flertalet regioner (16) hade en hälso- och sjukvårdsnämnd medan det i stället var regionstyrelsen som ansvarade för hälso- och sjukvården i övriga fem regioner. I två av dessa finns ett särskilt hälso- och sjukvårdsutskott under regionstyrelsen. I nio regioner var ansvaret för vårdområdet uppdelat på flera nämnder. Det kan handla om att en nämnd ansvarar för sjukhusvård och en för primärvård och övrig vård. Några regioner hade en särskild tandvårdsnämnd. Regioner med få nämnder har ofta utskott och

[11] Slutrapport från långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 HSN 2021-2001

beredningar till dessa nämnder som ansvarar för hanteringen av specifika frågor.[12]

Det är också stora skillnader i hur regionerna har organiserat verksamheten i nämnder respektive bolag. Bortsett från Region Stockholm bedrivs sjukhus inte i bolagsform. Regionens bolag styrs inte bara av kommunallagen (2017:725) utan också av aktiebolagslagen (2005:551) och det påverkar styrning och uppföljning av bolagen jämfört med hur nämnder styrs och följs upp.

Västra Götalandsregionen

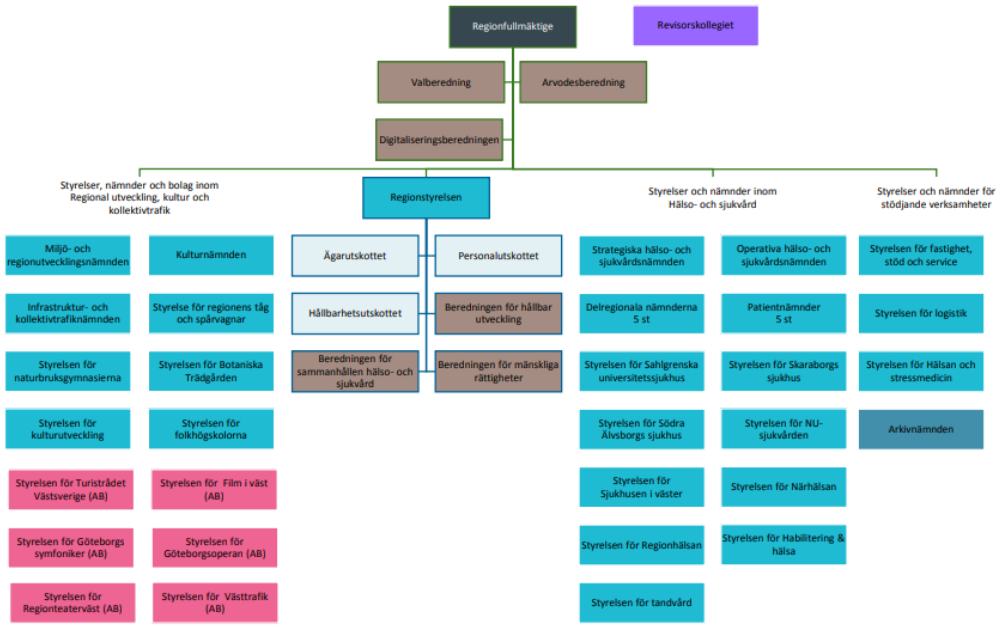
Västra Götalandsregionen antog nyligen en ny politisk organisation för 2023–2027. Den nya politiska organisationen innebär i korthet att en strategisk hälso- och sjukvårdsnämnd inrättades för att hantera långsiktiga frågor och frågor av strategisk karaktär. En operativ nämnd övertog arbetet med att omsätta den strategiska nämndens strategier i praktiken, och ger uppdrag till vårdgivare utifrån ett regiongemensamt perspektiv. Fem delregionala nämnder inrättades med ansvar för dialog med olika aktörer och att driva folkhälsofrämjande insatser.

Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen tillämpar målstyrning där det utifrån nio utmaningar upprättats tio prioriterade mål för planperioden. Vidare har 21 fokusområden som är en form av uppdrag till nämnder och förvaltningar angivits för 2023. Nämnder och styrelser får utöver regionfullmäktiges mål lägga fast högst ett prioriterat mål anpassat till det egna uppdraget, som inte kan riktas mot annan nämnd eller styrelse. Det finns även en strategi för omställning av hälso- och sjukvården. Strategin antogs av regionfullmäktige i maj 2017 och syftar till att stärka hälso- och sjukvården ur ett tydligt invånar- och patientperspektiv.

I syfte att minska detaljstyrningen har inslag av tillitsbaserad styrning införts. Detta beskrivs genom att initiativ från chefer och deras medarbetare välkomnas i större utsträckning än tidigare. Ett exempel på detta anges vara införandet av administrativa prövningsrätt, där anställda kan ifrågasätta arbetssätt och rutiner som de upplever som ineffektiva, kontraproduktiva och kostnadskrävande.[13]

[12] Politisk organisation i kommuner och regioner, Sveriges kommuner och regioner (SKR) maj 2021
[13] Budget 2023 Västra Götalandsregionen samt plan för ekonomi 2024-2025, 2022-11-15

Organisation för Västra Götaland



Region Skåne

Region Skåne har organiserat hälso- och sjukvården i ett antal olika nämnder. Det finns en hälso- och sjukvårdsnämnd och en psykiatri-habiliterings- och hjälpmedelsnämnd samt åtta sjukhusstyrelser som är egna nämnder. Utöver det finns också en nämnd för operativ regiongemensam verksamhet. Folktandvården Skåne AB som bedriver allmän och specialiserad tandvård har sedan den 1 januari 2014 bedrivits i bolagsform.

Regionfullmäktige i Region Skånes tillämpar målstyrning och har upprättat ett övergripande mål som syftar till att skapa ett ramverk för prioriteringar och utgör en röd tråd genom hela budget- och uppföljningsprocessen. Utöver det finns mål som syftar till att vara få, tydliga och formulerade så att de kan brytas ned i mer mätbara mål för verksamheten. Region Skåne har tagit beslut om framtidens hälsosystem, vilket är en koncerngemensam plattform för omställningsarbetet med en färdplan, mål och strategi i syfte att upprätta ett mer hållbart hälsosystem.[14]

[14] Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024–2025, 2022-12-12–2022-12-13

Organisation för Region Skåne



6. Intervjuer

Semi-strukturerade intervjuer har genomförts med 20 verksamhetsföreträdare (verksamhetschefer, vd:ar, ordföranden, ekonomichefer, HR-chefer och chefer för verksamhetsstöd i produktionen samt beställarchefer). Innehållet har transkriberats och analyserats tematiskt. Följande verksamheter omfattas av intervjuerna:

- Karolinska Universitetssjukhuset
- Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO
- Danderyds Sjukhus AB
- Södersjukhuset AB
- Södertälje sjukhus AB
- S:t Eriks Ögonsjukhus AB
- Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, AISAB
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

6.1 Sammanfattning av intervjuer

I detta avsnitt beskrivs en sammanfattning av intervjuer med representanter från den egenägda vården och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Sammanfattningen beskriver olika intervjupersoners uppfattningar och enskilda exempel ges från enskilda intervjuer.

Stärk den centrala styrningen för en samlad egenägd vård med gemensamt mål

De intervjuade beskriver det nuvarande systemet som alltför fragmenterat. Under större händelser, såsom pandemin, framgick ett behov av att stärka den centrala styrningen. Det uppges finnas brister avseende att följa helhetskostnader i patienters vårdförlopp eftersom det finns alltför många avtal att förhålla sig till. Den centrala styrningen beskrivs som svag, vilket upplevs ha resulterat i att den större delen av styrningen kommer från beställaren. En för stor tilltro till att marknadskrafter och ersättningar skulle självreglera och effektivisera vårdproduktionen har präglat styrningen av de egenägda vårdgivarna. Samtidigt uppges styrningen bidragit till att incitament för ekonomisk återhållsamhet ute i verksamheten försvunnit. En enhetlighet eller tydligare uppdelning i styrningen mellan beställare och ägare skulle kunna minska dubbelarbete.

Flera av de intervjuade vill se en stärkt central styrning med tydliga gemensamma mål för hälso- och sjukvården som helhet. Syftet ska vara att skapa en varaktig samverkan eller samarbete mellan alla aktörer för att få en ökad effektivitet och samordnad ekonomi. Samordning av medicinteknisk utrustning nämns som en viktig förändring för att uppnå kostnadskontroll och bibehålla rätt nivå av utrustning i hela systemet. Det framhålls också att vårdgivarna behöver ett tydligt uppdrag att även stödja övriga vårdgivare i Region Stockholm, till exempel att akutsjukhusen får i uppdrag att även stödja varandra. Det framhålls också som viktigt med en gemensam styrning så inte exempelvis akutsjukhusen och närakuterna har egna profiler. Vissa av de intervjuade framhåller att det också behövs ökade resurser för att följa upp de privata vårdgivarna.

Avbolagisera de sjukhus som bedrivs i bolagsform för att främja samarbete

Relationen mellan beställare och den egenägda vården skulle förenklas om alla akutsjukhus var antingen nämnder eller bolag. Detta eftersom generella avtal skulle kunna upprättas för samtliga vårdgivare.

För att underlätta samarbete och uppföljning för akutsjukhusen och SLSO anser de flesta intervjuade att en avbolagisering av akutsjukhusen bör genomföras. Det saknas i dagsläget vinster att driva dem som egna bolag och i praktiken har de egenägda vårdgivarna redan börjat samlas centralt via distansmöten när mindre kriser eller överbeläggningar riskerar att uppstå.

Det framhålls dock i vissa intervjuer att om akutsjukhusen och SLSO organiseras i olika nämnder finns en risk att samarbete inte främjas utan att kravet på ekonomi i balans hos varje vårdgivare kommer fortsätta vara

ett hinder för samarbete. I vissa intervjuer nämns också att ett problem med en koncentrerad hälso- och sjukvårdsorganisation är utmaningen att upprätta flexibla avtal.

Skapa en gemensam nämnd som kan underlätta effektivisering och innovation i vårdflöden

De intervjuade upplever det komplext med flera olika styren hos utförare, beställare och ägare. Uppföljningsindikatorer skiljer sig mellan dem, vilket ofta bidrar till otydlighet. Den nuvarande modellen försvårar den egenägda vårdens kompetensförsörjning då konkurrens om medarbetare uppstår. Detta är extra allvarligt eftersom de egenägda klinikerna ofta står för att utbilda och vidareutbilda sina medarbetare.

Den övervägande majoriteten av de intervjuade förespråkar en samlad egenägd vård under en nämnd, liknande en koncern. Invändningen mot att samla den nära vården och akutsjukhusen i samma nämnd är att den nära vården SLSO vård utanför akutsjukhusen) idag upplevs som väldigt olik den vård som bedrivs i akutsjukhusens regi och att den operativa styrningen försvåras. I dessa intervjuer framhålls också att SLSO är generellt mer konkurrensutsatt än akutsjukhusen och verkar mer inom vårdvalssystemet. De olika akutsjukhusen har samma typ av avtalsmodell. Akutsjukhusen har en tydligare geografisk förankring än SLSO:s verksamheter. Det finns också risker med att ha SLSO i samma nämnd som akutsjukhus med högspecialiserad vård, som skulle kunna dra resurser från SLSO. En stor nämnd riskerar att ta vård från SLSO så att primärvården inte byggs ut tillräckligt.

Förespråkarna för att samla all egenägd vård i en stor nämnd anser att om det ska satsas på att patienter ska behandlas i den nära vården och minska belastningen på akutsjukhusen framhålls det vara mycket viktigt att SLSO är med i samma nämnd som de övriga akutsjukhusen så att den del av patientens vårdflöde som är förlagd i den nära vården inte åsidosätts. De upplevda olikheterna mellan akutsjukhusens och den nära vårdens vårduppdrag borde i och med utflytten av vård minska och därigenom underlätta skapandet av en gemensam produktionsplan för den egenägda vården. Nämnden styr själv produktionen flexibelt, mer effektivt och med mindre suboptimering. Det framhålls vara av vikt att skapa en effektiv vårdkedja mellan den nära vården och akutsjukhusen för att delar av akutvården ska kunna flyttas ut till den nära vården på ett patientsäkert sätt. Samarbetet kring detta försvåras om den nära vården ligger i en separat nämnd.

Flera personer ger förslag på att skapa en koncernövergripande organisation (koncern, produktionsnämnd) för all egenägd vård (inklusive

SLSO) som mer grundar sin organisation på vårdflöden och vårdinnehåll än idag, och där kraft och mandat finns att fatta skarpa beslut. Det innefattar även andra strategiska frågor som behöver lösas, till exempel gemensamma processer för ekonomi, materialförsörjning, it, hr, digitalisering och lokalinvesteringar. I nuläget eftersöks gemensamma lösningar genom att flera olika instanser på olika nivåer söker konsensus, vilket upplevs som mycket tidskrävande och att förändringar går trögt.

Skapa en koncernliknande styrning som kan stärka kompetensförsörjning, effektivisera vårdflöden och ge ökad tillgänglighet

En samlad koncernliknande styrning av den egenägda vården skulle enligt de intervjuade kunna underlätta arbetet med en hållbar kompetensförsörjning och en stärkt nära vård. Den egenägda vårdens kompetensförsörjning kan enligt intervjuer stärkas om den elektiva vården utökas i de vårdområden där det idag bedrivs en mer akut eller komplex vård. Det behöver göras för att akutsjukhusen ska kunna behålla sin volymkompetens. Idag är den elektiva och akuta vården ofta uppdelade på olika vårdgivare inom olika bolag eller nämnder, vilket försvårar för medarbetare att kunna arbeta inom bägge fälten.

Kompetens tas ofta från komplexa vårdflöden på akutsjukhusen och specialistkliniker där vårdgivare får svårare att hitta medarbetare för jourlinjer när de börjat arbeta hos en vårdgivare inom ett annat bolag. Ett förslag är att både elektiv och akut/komplex vård förläggs på avbolagiserade akutsjukhus i egenägd regi, där medarbetare temporärt kan flyttas mellan de olika arbetsplatserna inom regionen för att säkra en adekvat bemanning med bibehållen spets- och volymkompetens. Enligt intervjuer finns då möjlighet att minska administrationen och förbättra vårdflöden i systemet.

Ett annat förslag för att skapa en mer stabil kompetensförsörjning inom det egenägda systemet är att skala upp de resursteam (interna bemanningssystem) som vissa akutsjukhus upprättat, så att de täcker alla egenägda vårdgivare. I nuläget försvåras detta av att bolagen och nämnderna/förvaltningarna är olika juridiska personer. Om hela verksamheten skulle organiseras i en och samma nämnd försvinner det juridiska hindret. Det problem som kvarstår är att inte alla medarbetare är villiga att flyttas för tillfälliga uppdrag. En lösning på detta, som används internt på de sjukhus som har resursteam, är att erbjuda lönetillägg.

En stärkt nära vård ger systemsammanhängande vårdflöden och ökad tillgänglighet

Av vissa intervjuer framhålls att det bör finnas hårdare krav på samverkan mellan vårdgivare men att det är svårt att via avtal styra och följa upp detta.

De intervjuade upplever att beställar-utförarmodellen har resulterat i att styret blivit alltför produktionsinriktat och fragmenterat. Dagens modell kan leda till att vissa aktörer försöker skydda sin arbetsuppgift i stället för att främja arbete för förbättrade vårdprocesser. Konkurrens genereras då där det inte är relevant och det sker på bekostnad av samarbete och samordnad kompetensförsörjning. Akutsjukhusen får minskad ersättning om färre patienter kommer in och det fragmenterade vårdutbudet genererar mycket dubbelarbete och ökat antal vårdbesök när patienter remitteras mellan olika vårdgivare i vårdkedjan. Detta drabbar även kunskapsstyrningen där exempelvis en patient kan opereras hos en vårdgivare men följas upp hos en annan, där det totala vårdförloppet inte följs upp eller återkopplas till samtliga berörda parter.

Större samarbeten mellan akutsjukhusen gällande patientflöden saknas, men det har hänt att ett akutsjukhus köpt in sig i ett annat akutsjukhus vårdkedja. Då vårdgivarna är organiserade i olika nämnder eller bolag tar sådana innovationer lång tid att genomföra och kräver mycket administrativt arbete, vilket gör att det ofta undviks.

För att effektivisera systemets vårdflöden bör det enligt intervjuer fokuseras i större utsträckning på första linjens sjukvård. Den nära vården utanför akutsjukhusen framhålls som särskilt viktig för att underlätta för patienter att få vård på rätt nivå och minimera att de söker vård på akutsjukhusens akutmottagningar för enklare åkommor. Det bör förläggas mer specialist- och akutverksamhet utanför akutsjukhusen. En stärkt nära vård, inom både egenägd och privat regi, med tillgänglighet till direktkonsultation via video med specialister inom olika vårdgrenar skulle minska trycket på närakuter och akutmottagningar. Även kommunal vård (SÄBO) borde kunna ta del av en sådan konsultationstjänst. Denna direktkonsultation bör byggas ut där respektive specialistkompetens finns, både på akutsjukhusen och i den nära vårdens regi.

Patienten får således snabbare konsultation om vård, utan remiss, och resurser kan frigöras inom akutsjukvården. Redan nu finns spridda exempel på sådan verksamhet på akutsjukhusen, men den är spontant organiserad och ersätts inte ekonomiskt. Dess vidareutveckling hindras eftersom inte alla deltagare i en sådan teaminsats ersätts ekonomiskt, trots att insatserna kräver en hel del tid i anspråk. Enligt intervjuer driver ersättningssystemet i stället fler remisser och premierar fler vårdkontakter.

Enligt intervjuer kan omställningen från akutvård av kroniska tillstånd till en mer proaktiv vård i samverkan med kommuner och primärvård ha en stor potential att frigöra resurser på akutsjukhusen och öka hälsotalen. Det kan även leda till ökad tillgänglighet. Resurser inom akutsjukhusen borde då kunna flyttas till annan vård än slutenvård, till exempel dagvård (inkl. akut direktomhändertagande), diagnostik på distans, digitala kontakter (inkl. multiprofessionella besök där många olika specialiteter samlas runt patienten) och en utbyggd avancerad sjukvård i hemmet (ASIH).

Tillämpa tillitsbaserad styrning

Flera av de intervjuade framhåller så kallad tillitsbaserad styrning med en centraliserad koncernstyrning som följer upp och ställer krav på produktivitet. Ekonomi, tillgänglighet, patientnöjdhet och produktion bör följas tätt centralt samt kontinuerligt följa upp kvalitet via kvalitetsregistren. Idag rapporteras många indikatorer.

Förutsättningar saknas för att beställaren ska ha tillräcklig specialistkompetens inom samtliga områden utan en större tillit till vårdgivarna är nödvändig. Kvaliteten framhålls inte enbart vara en produkt av den enskilda utförarens insatser utan av hela systemets kvalitet och ibland ligger den egentliga vinsten som hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete resulterat i exempelvis hos Försäkringskassan. En mer tillitsbaserad styrning skulle kunna utvärderas med indikatorer som relaterar till effektiviteten i det samlade sjukvårdssystemet. Standardisering av vårdprocesser och rutiner inom den egenägda vården beskrivs som ett sätt som kan bidra till tillämpningen av tillitsbaserad styrning och uppföljning. Verksamheterna blir mer jämförbara och det skulle krävas färre antal avtal för liknande vårdprocesser. Dagens uppföljning av kvalitet beskrivs som otillräcklig och tar resurser i anspråk som hade kunnat läggas på utveckling.

Skapa ett renodlat ersättningssystem som kan underlätta innovation

Dagens ersättningssystem upplevs bidra till hinder i att vidareutveckla innovativa sätt att leverera god och nära vård. Ett renodlat system som främjar samarbete mellan vårdgivare är nödvändigt. Endast ett fåtal indikatorer ska vara grund för ersättning, såsom tillgänglighet, patientnöjdhet och antal genomförda konsultationer.

7. Beställar-utförarmodellen i praktiken

7.1 Beställarstyrningen i styrande dokument

Hur Region Stockholm styrs beskrivs i Policy för integrerad ledning och styrning, ILS.[15] Där nämns dock varken beställar-utförarmodell, beställarstyrning, beställare eller utförare.

Begreppen nämns inte heller i Region Stockholms reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder.[16] Däremot kan modellens tillämpning utläsas i 2 § i hälso- och sjukvårdsnämndens och primärvårdsnämndens reglementen, där det anges att nämnderna ska ”finansiera och styra vården genom avtal och överenskommelser med privata utförare och Region Stockholms nämnder och bolag”.

Nämnderna Karolinska Universitetssjukhuset och SLSO ska i enlighet med sina reglementen ”bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare”.

I de hälso- och sjukvårdsproducerande bolagens specifika ägardirektiv, som också är avsnitt i budgeten, står att ”verksamheten omfattar den vård och de tjänster som har avtalats med hälso- och sjukvårdsnämnden, ägaren eller andra uppdragsgivare”.

7.2 Process för att tillgodose vårdbehov

Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden beställer hälso- och sjukvård genom att teckna avtal med privata utförare och överenskommelser med utförare i egen regi. Innan avtal och överenskommelser kan tecknas måste nämnderna bestämma vilken hälso- och sjukvård som ska beställas. Detta görs genom en process som består av följande steg:

1. Analysera befolkningens vårdbehov.
2. Bedöma hur hälso- och sjukvårdssystemet behöver utvecklas utifrån politisk riktning och prioriteringar, inom ekonomiska förutsättningar.
3. Planera vårdutbudet per vårdområde och geografisk utbudspunkt i Stockholms län, i enlighet med 1–2 ovan. Hänsyn tas också till medicinska specialiteter, gällande strategisk inriktning för vårdnivåer, geografiska principer, eventuella uppdrag och prioriteringar från regionfullmäktige samt utförarform.

[15] Policy för integrerad ledning och styrning, ILS (RS 2020-0740).
[16] Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder, RS 2022-0762, RS 2022-0482

4. Ingå avtal och överenskommelser med vårdgivare i egen regi och privata utförare utifrån 1–3 ovan.

Analyserna och planeringen enligt punkt 1–3 ligger också till grund för de underlag som nämnderna lämnar inför regionstyrelsens och regionfullmäktiges beslut om (5) investeringar och (6) övriga nödvändiga strukturer för hälso- och sjukvården, som it-system. Se figuren nedan.

Hälso- och sjukvårdsnämndens och primärvårdsnämndens arbete med att tillgodose invånarnas vårdbehov



7.3 Former för vårdavtal och överenskommelser

I de vårdavtal och överenskommelser som tecknas regleras vilket vårdbehov som ska tillgodoses, vilket antal patienter som ska omhändertas och vilka villkor som gäller för vårdgivarna; bland annat vilken ekonomisk ersättning som utgår för respektive uppdrag.

Vårdgivare som är verksamma inom Region Stockholms hälso- och sjukvårdssystem bedriver sin verksamhet inom ramen för olika lagstiftning. Region Stockholm har tre former av avtal och överenskommelser för att bedriva hälso- och sjukvård:

- Avtal enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, tecknas med privata utförare av vård.
- Avtal enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, så kallade vårdval, tecknas med privata utförare av vård och egenägda vårdgivare.

- Inom vårdområden som inte omfattas av lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV) görs överenskommelser med Region Stockholms egenägda vårdgivare.

Avtalen enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV) tecknas med både vinstdrivande och icke vinstdrivande privata vårdgivare.

Sedan 2010 är varje region skyldig att införa vårdvalssystem i primärvården genom lagen om valfrihetssystem (LOV). Inom övrig hälso- och sjukvård får varje region besluta om huruvida vårdval ska införas. I dag har Region Stockholm tecknat avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) inom 38 olika avtalsområden.

Regionfinansierad hälso- och sjukvård bedrivs även enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lag (1091:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. För avtal tecknade enligt lag om läkarvårdsersättning, LOL och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) har Region Stockholm ingen möjlighet att påverka villkoren för vårdgivarna eftersom arvoderingen utgår från en nationell taxa.

Huvuddragen för de olika avtalsformerna

Vårdval enligt LOV	**Upphandlad vård enligt LOU**	**Överens-kommelser**	**Arvodering enligt LOL och LOF**
Vårdgivare ansöker om att bedriva verksamhet och om de uppnår ställda krav ska de godkännas. Patienten väljer mellan godkända vårdgivare. Ansökan sker löpande och avtal har inget specifikt slutdatum, men förutsättningarna kan förändras under avtalsperioden	Används för upphandling av viss vård. Vårdgivare kan lämna anbud på utlysta upphandlingar. Avtal sträcker sig över en i förväg angiven tidsperiod.	Överens-kommelser skapas genom förhandling mellan parterna. Sker på två sätt: Dels mellan delar av regionens förvaltningsorgan isation, tex med SLSO. Dels via avtal mellan hälso- och sjukvårdsförvaltni ngen och regionens egna bolag, tex med de bolagiserade akutsjukhusen.	Lagreglerade läkare och fysioterapeuter arvoderas enligt lag om läkarvårds-ersättning, LOL, och lag om ersättning för fysioterapi, LOF. Lagstiftningen är en rättighets-lagstiftning, en personlig rätt som den fysiska personen läkaren och fysioterapeuten har hela livet.

Region Stockholms vårdutbud är komplext. Det består av ett antal vårdområden som i sin tur har underområden, och utförs av ett stort antal vårdgivare. För att skapa överblick över vilken vård som utförs av vilka vårdgivare sorterar hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden avtalen och överenskommelserna i avtalsområden. I dag finns cirka 170 sådana områden. Ett avtalsområde består av ett eller flera avtal med samma grunduppdrag och villkor. Det kan finnas flera avtalsområden inom ett vårdområde. Uppdraget kan vara detsamma eller likartat, medan ersättningsmodeller och andra villkor skiljer sig åt. Exempelvis finns geriatrik som avtalsområde inom både lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV) liksom i överenskommelser.

Antalet avtalsområden och vårdavtal förändras över tid. Uppgifterna i tabellen nedan om hur många avtal som nämnderna sammantaget hanterar ska därför ses som en ögonblicksbild.

Antal avtalsområden och avtal om vårdproduktion i Region Stockholm i början av 2023

	LOU	**LOV**	**Egen regi**	**Övriga avtal***
Antal avtals-områden	64	34	56	9
Antal vårdavtal	252	1 935	70	14

*Direktavtal och idéburet offentligt partnerskap, IOP.

I dag omfattar avtal tecknade enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) 64 olika avtalsråden men 252 vårdavtal. Avtal tecknade enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) omfattar 34 avtalsområden och 1 935 aktiva vårdavtal med cirka 1 000 unika organisationer godkända som leverantörer.

Utöver den vård som Region Stockholm beställer verkar även 525 läkare och fysioterapeuter i länet enligt Lag (1993:1651) om läkarersättning, LOL, och Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Vård i Norrtälje kommun beställs främst via den självständiga myndigheten Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) och ingår inte i den här beskrivningen av vårdavtal.

7.4 Val av avtalsform

Som tidigare beskrevs görs flera analyser inför val av avtalsform. Vårdbehovet ska bedömas, den politiska viljeriktningen beaktas och vårdutbudet för hela vårdområdet planeras. Planeringen innebär bland annat att kartlägga antalet befintliga vårdgivare och att bedöma marknadssituationen liksom alternativa sätt att organisera vårdutbudet, till exempel om den ska bedrivas på specialistnivå eller inom primärvården.

Ställningstaganden behöver också göras om hur vårdutbudet ska fördelas över länet, bland annat för att skapa en jämlik tillgänglighet. Det kan krävas ställningstaganden om hur ”vita fläckar” ska hanteras, det vill säga områden där ingen vårdgivare finns eller vill etablera sig. Hänsyn behöver tas till vilken vård som är sällan förekommande och som därför behöver koncentreras till ett mindre antal geografiska platser och vårdgivare.

Överväganden behöver också göras om vårdutbudets kontinuitet, mottagningarnas storlek och förutsättningar för så kallad digifysisk vård (vård som erbjuds både digitalt och fysiskt) samt för kompetens, forskning, utbildning och utveckling inom avtalsområdet. Hänsyn behöver också tas till förutsättningarna för sammanhållen vård och samverkan mellan vård- och omsorgsgivare.

När ett flertal av nedanstående förutsättningar gäller för ett avtalsområde bedöms det vara lämpligt att ingå en överenskommelse med egenägda vårdgivare:

- Behovet av vård är svårt att bedöma.
- Uppdraget är svårt att beskriva och avgränsa.
- Uppdraget är högspecialiserat.
- Uppdraget är sällanförekommande och behöver koncentreras.
- Stor andel dyra läkemedel krävs för uppdraget.
- Omfattande medicinteknikutveckling inom uppdraget.
- Vårdsamband måste säkerställas.
- Kompetensbrist råder eller kompetens behöver hållas ihop.
- Stora krav på forskning inom uppdraget.
- Stora krav på investeringar i lokaler och utrustning.

När konkurrensutsättning bedöms lämpligt för ett avtalsområde kan vården upphandlas enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV) om följande gäller:

- Flera leverantörer förväntas finnas inom avtalsområdet.
- Uppdraget går att beskriva och avgränsa tydligt.
- Uppdraget kan ersättas tydligt.
- Ersättningsnivåer kan bestämmas och underhållas.
- Uppdraget går att följa upp och indikatorer kan formuleras.

- Samverkan kan säkras i vårdens övergångar och mellan olika avtalsområden.
- Förutsättningarna för forskning, utbildning och utveckling blir hållbara.

Avtal enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) är speciellt lämpligt när följande gäller:

- Det finns behov av att tydligt styra vårdutbudet geografiskt eller till en viss lokal.
- Behovet av valmöjligheter för patienterna är mer begränsat.
- Kostnadskontroll är svårt att åstadkomma med en annan avtalsform.
- Kraven på investeringar och utrustning är höga.

Avtal enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) är speciellt lämpligt när följande gäller:

- Vårdbehovet är tillräckligt stort för att flera leverantörer ska kunna etablera sig.
- Patienternas möjlighet att göra reella val, det vill säga att välja eller välja bort vårdgivare, behöver förstärkas.
- Behov finns av att ändra uppdraget under avtalstiden.
- Behov finns av att öka produktiviteten för att öka tillgängligheten.

Omfattande förändringar i omvärlden, den medicintekniska utvecklingen eller ändrade vårdbehov kan motivera att avtalsformer omprövas och ändras över tid. Effekterna av de olika avtalsformerna behöver utvärderas löpande.

Ett större avtalsområde kan delas upp, där någon del är lämplig för regionägda vårdgivare medan någon annan del kan upphandlas utifrån lagen om offentlig upphandling (LOU) alternativt genom vårdval, när både behov och prisbild är kända. Det finns många sätt att kombinera de olika avtalsformerna och låta dem verka parallellt.

7.5 Avtalens och överenskommelsernas innehåll

Vårdavtal och överenskommelser syftar övergripande till att reglera vilket vårdbehov som ska tillgodoses, vilket antal patienter som ska omhändertas samt vilka villkor som gäller för vårdgivarna, bland annat vilken ekonomisk ersättning som utgår för respektive uppdrag.

Den övergripande strukturen i alla vårdavtal och överenskommelser är ett dokument som beskriver uppdraget och hur ersättningen regleras samt ett antal övriga dokument där ytterligare krav eller villkor regleras. I de senare dokumenten kan det handla om krav på systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning samt villkor kring avtalsbrott, påföljder och

informationssäkerhet. Uppdragsbeskrivningen, som är en central del i vårdavtalen, reglerar ingående uppdragets utförande samt krav på digitala förmågor, utbildning, forskning och utveckling.

Vårdavtalen och överenskommelserna utvecklas dels vid ny upphandling eller överenskommelse respektive vid revidering av vårdval, dels löpande när dokumenten som avtalen hänvisar till uppdateras eller vid ändrad lagstiftning. Det innebär att innehållet varierar över tid.

7.6 Ersättningsmodeller

Ersättningen till vårdgivarna, i de avtal och överenskommelser som tecknas, kan bestämmas enligt olika modeller:

- Uppdragsrelaterad ersättning är en fast ersättning som betalas oavsett hur mycket vård som produceras.
- Produktionsrelaterad ersättning är rörlig och betalas per vårdkontakt, viktad enligt vilken typ av vård det rör sig om (kopplas till så kallade DRG-poäng)
- Målrelaterad ersättning är rörlig och betalas beroende på hur väl vårdgivaren presterar i förhållande till ett antal indikatorer kopplade till kvalitet, tillgänglighet och miljö.
- Utvecklingsrelaterad ersättning är rörlig och betalas för utvecklingsprojekt kopplade till exempelvis digitalisering.

Sedan beställar-utförarmodellen infördes 1992 har ersättningsmodellens inslag av fast respektive rörlig ersättning varierat över tid i avtalen med de egenägda akutsjukhusen. Den målrelaterade ersättningen har införts successivt. Under perioden 2016–2019 tillämpades de så kallade Omställningsavtalen, där 97 procent av ersättningen var fast och uppdragsrelaterad medan 3 procent var rörlig och målrelaterad. Tillämpningen av en företrädesvis fast ersättning syftade till kostnadskontroll vid genomförandet av den omfattande omställningen av hälso- och sjukvården enligt principerna i Framtidens hälso- och sjukvård (FHS).

För de sjukhusavtal som gäller 2020–2023 bygger ersättningen på en kombination av de fyra ersättningsprinciperna

- uppdragsrelaterad ersättning 54 procent
- produktionsrelaterad ersättning 40 procent
- målrelaterad ersättning för kvalitetsutfall, tillgänglighet och miljö 5 procent
- utvecklingsrelaterad ersättning 1 procent.

7.7 Uppföljning av vårdavtal och överenskommelser

Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden följer upp beställd vård oavsett avtalsform. Syftet är dels att säkra avtalsefterlevnaden, dels att bidra till lärande och till att utveckla vårdens kvalitet. Omfattningen och frekvensen av uppföljningen planeras utifrån bedömda risker och konsekvenser för avtalsområdet.

För olika avtalsområden finns inom förvaltningsorganisationen uppföljningsplaner med mått och indikatorer som följs av avtalsansvariga och controllers. Uppföljningen sker också genom uppföljningsmöten, enkäter och granskning av till exempel kvalitetsledningssystem. I avtalen regleras vilka åtgärder som är aktuella vid eventuella avvikelser eller avtalsbrott. Vid behov utför förvaltningen fördjupade uppföljningar, exempelvis vid indikationer om välfärdsbrott och oegentligheter.

7.8 Inriktning inför sjukhusavtal 2024

Inför kommande sjukhusavtal, som ska gälla från 2024, har regionfullmäktige i Budget 2023 angett att avtalen ska gälla i fyra år och baseras på ”en ny modell där effektiviseringar nås genom färre administrativa beställningar och krav”. Vidare anger fullmäktige att ”det akuta vårduppdraget ska ersättas genom en fast ersättning. Avtalen ska också främja flexibilitet, till exempel genom att begränsa detaljstyrningen och möjliggöra samarbete mellan aktörer för att jämna ut arbetsbelastning och möta patientens vårdbehov utan onödiga väntetider, avtalen ska också stimulera till samordnade investeringar i såväl lokaler som medicinteknisk utrustning. Avtalen ska slutligen främja utveckling av teknik, kompetens och arbetssätt som polikliniserings, digifysisk vård och delade vårdtillfällen.”

I enlighet med inriktningen i Budget 2023 ska avtalen ska också utvecklas särskilt vad gäller ersättningssystemet för vårdcentralerna respektive den geriatriska vården.

8. Samverkan med kommuner

Enligt lag (hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen) är det föreskrivet att samverkan mellan regionen och kommunerna ska äga rum, både kring den enskilde individen och mellan huvudmännen. Historiskt sett har det varit svårt att uppnå en effektiv och fungerande samverkan mellan Region Stockholm och kommunerna på grund av regionens storlek. Avståndet mellan förtroendevalda och tjänstemän i hälso- och sjukvårdsnämnden samt berörda vårdgivare har upplevts som långt. Kommunens förtroendevalda har haft tillgång till mer information och insikt om vad som fungerar och inte fungerar i samarbetet mellan kommunens verksamhet och regionens hälso- och sjukvård. Därför har

möten mellan kommunen och Region Stockholms förtroendevalda inte alltid upplevts som meningsfulla.

Kommunsamverkan håller dock på att utvecklas på flera sätt. Region Stockholm har slutit en huvudöverenskommelse, HÖK, kring hälsa, vård och omsorg med kommunerna i länet, genom kommunernas samverkansförbund, Storsthlm, som trädde i kraft i september 2022. Där framgår att samverkan sker på olika nivåer och överst via den politiska styrgruppen Vård i Samverkan, VIS, med representanter från primärvårdsnämnden, hälso- och sjukvårdsnämnden och utvalda kommuner i länet. Fem samrådsgrupper med följande teman och målgrupper håller också på att etableras: Psykisk ohälsa och beroendefrågor, Personer med funktionsnedsättning, Digitalisering, Barn och ungas hälsa samt Äldres hälsa.

I huvudöverenskommelsen åtar Region Stockholm att etablera geografiskt samordnande vårdcentraler i varje kommun och stadsdelsområde i Stockholms stad och kommunerna att på samma sätt inrätta samordnande funktioner. Strax efter att de samordnande vårdcentralerna inrättades, fick SLSO i uppdrag att stödja och vägleda både de offentligt och privat drivna vårdcentralerna. Dialogmöte sker nu regelbundet mellan SLSO, de samordnande vårdcentralerna och kommunerna. De samordnande vårdcentralerna kommer sannolikt att få en god förståelse för vad som fungerar och inte fungerar i samarbetet mellan hälso- och sjukvården och kommunens verksamheter. Denna kunskap behöver förmedlas till förtroendevalda och tjänstemän i hälso- och sjukvårdsnämnden samt primärvårdsnämnden. Hur det bäst görs bör utredas vidare, exempelvis genom utskott under HSN/PVN för samverkan med kommunerna.

9. Geografiskt uppdelad organisation

Inom kommunsektorn var det tidigare vanligt förekommande med så kallade kommundelsnämnder (även kallat stadsdelsnämnder), det vill säga nämnder med ett geografiskt ansvarsområde. Bakgrunden var de genomförda kommunsammanslagningarna under 1960-talet vilket resulterat i ett betydligt färre antal förtroendevalda och ett ökat politiskt inflytande för tjänstemännen i kommunerna. Argumenten för att inrätta kommundelsnämnder handlade om demokrati, effektivitet, lokal anpassning och förtroende.

Kommundelsnämnder infördes på de flesta större orter, exempelvis i Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala. Som mest hade mer än var tionde kommun infört systemet på något sätt. Systemet kom att successivt försvinna och idag är det endast Stockholm stad som har kvar det i större

omfattning. Anledningen till att kommundelsnämnderna försvann var främst att de skapade en ojämlik service och därmed ett hot mot likställighetsprincipen. Andra faktorer var att det genererade en ökad administration och försvårad beslutsprocess, ett svagt intresse bland kommuninvånarna samt att de inte gav tillräckliga effektivitetsvinster.

Inom Sveriges regioner var det tidigare också vanligt förekommande att hälso- och sjukvården var uppdelat utifrån geografiska områden. Nu är det dock vanligare att hälso- och sjukvården är organiserad utifrån medicinska verksamhetsområden. Motiven till detta har ofta handlat om att öka samverkan, effektivisera hälso- och sjukvården och minska kostnader. Västra Götalandsregionen, som har 49 kommuner, är en region som har geografiska nämnder i form av fem delregionala nämnder. Nämnderna ansvarar för dialog med kommuner, intresseorganisationer och civila samhället. Nämnderna följer också hälso- och sjukvårdens utveckling i sitt geografiska område med särskilt fokus på den nära vården och samordnar dialogen med hälso- och sjukvårdens utförare och kommunerna.

Dåvarande Stockholms läns landsting har tidigare haft olika geografiska sjukvårdsområden med ansvar för beställningar av vård och geografiska produktionsområden med ansvar för vårdproduktion. Inom varje sjukvårdsområde fanns ett akutsjukhus som ansvarade för att befolkningen inom respektive område erbjöds en viss hälso- och sjukvård. Under hälso- och sjukvårdensnämnden, samt under en kort period under dåvarande landstingsstyrelsen, har det funnits geografiska sjukvårdsberedningar. Antalet geografiska sjukvårdsområden har gått från nio till sex områden för att sedan avgränsas till tre innan de avvecklades helt. Fördelen med sjukvårdsområden var närheten mellan beslut och verksamheterna som bedrev hälso- och sjukvård. En mindre organisation gav snabbare beslutsvägar. En geografisk organisation gav också en bra grund för samverkan med kommunerna. Nackdelen var att det utvecklades lokala regler i varje sjukvårdsområde som påverkade både invånarna och vårdgivarna. Akutsjukhusen var också tvungna att förhålla sig till flera olika beställare. Krav på enhetlighet för patienter och invånare motiverade att geografiska sjukvårdsområden upphörde.

Uppdelningen i geografiska produktionsområden minskades i etapper från slutet av 90-talet, från nio till en enda SLSO återstod 2004. Motivet var att få en förbättrad samordning, effektivare resursutnyttjande och lägre kostnader. Erfarenheter från detta var att administrationen minskades med ca hälften (70 mnkr). Antalet organisatoriska nivåer minskades vilket bidrog till att administrativa kostnader kunde reduceras samt ansvar och befogenheter förtydligas.

Det pågår idag en rad initiativ som adresserar frågan om nivåstrukturering och geografisk indelning av hälso- och sjukvården i Stockholms län. Detta redovisas med fördjupning i bilaga 3 Nivåstrukturering och geografisk indelning av Region Stockholms hälso- och sjukvård.

10. Tidigare utredningar

10.1 Utredningen Hälso- och sjukvården 2040

I den parlamentariska långtidsutredningen HS 2040 sammanställdes en framtidsbild av hälso- och sjukvården till år 2040 som ett underlag i det fortsatta arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Här anges en sammanfattning gällande rapportens slutsatser:

1. Trenden med standardisering och likriktning tilltar genom kunskapsstyrning, nivåstrukturering och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp samt horisontell prioritering till nära vård.
2. Handlingsutrymmet kan minska på regional politisk nivå vilket påverkar den demokratiska processen och därmed invånarens och patientens inflytande över sin vård.
3. Prioriteringar kommer att få större betydelse för styrning av vilken vård som ska finnas samt vilken vård som ska vara respektive inte vara välfärdsfinansierad.
4. Vårdstrukturens komplexitet ökar med bland annat ökad specialisering, fler vårdgivare och vårdformer vilket kommer att kräva beslut om strategisk planering av de förändringar som behövs i framtidens hälso- och sjukvård.
5. Samverkande styrmodeller kommer att växa fram med närmare relation till kunskapsstyrning och tillitsbaserad styrning, där professionerna har större mandat, som är i balans med konkurrens och reglering.
6. Ledarskapet blir viktigare för hälso- och sjukvårdens utveckling genom att det skapar riktning för medarbetarna och utgår från deras kompetens, motivation och drivkraft.
7. Målkonflikter i styrmodeller kan bli fler när förväntade effekter av olika värden och målsättningar i hälso- och sjukvården blir svårare att förverkliga och förena.
8. Ömsesidigt beroende inom vårdstrukturen blir större vilket fordrar att Region Stockholm samplanerar med andra aktörer inom det egna hälso- och sjukvårdsystemet och över regiongränser.
9. Organisatorisk förändring av hälso- och sjukvården genom en annan indelning, inom eller utanför den nu gällande beställar-utförarmodell, kan ge förutsättningar att möta behov av tydligare roller och ansvarsfördelning mellan olika aktörer.

Rapporten angav även ett antal framtida utmaningar som behöver hanteras varav ett urval redogörs nedanför:

- Behoven av hälso- och sjukvård kommer att öka på grund av befolkningsökningen.
- Ökade krav och åtaganden kommer att kräva tydliga prioriteringar.
- Vårdbehoven kan påverkas - omfördelningar från kortsiktiga till sådana långsiktiga insatser.

- Sömlösa vårdövergångar för patienten mellan olika aktörer behöver stärkas.
- Tillräcklig kompetens i vården och rätt kompetens på rätt plats.
- Innehåll och struktur i vårdens stödsystem blir alltmer komplexa och behöver ensas.
- Vårdens ökade komplexitet kräver ökad uppmärksamhet på styrning.[17]

10.2 Studie av Region Stockholms mål- och ekonomistyrning

Stockholms universitet gjorde under 2020 en studie[18] av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Studien visade att det fanns ett antal olika styrmodeller som inte harmoniserade med varandra. Styrmodeller som identifierats avser:
koncernstyrning

- beställar- och utförarstyrning,
- uppdragsstyrning
- målstyrning
- ekonomistyrning
- övrig styrning från styrande dokument.

Studien visade att det stora antalet styrmodeller uppfattas som problematiskt av flera skäl. Omfattningen av styrningen visade sig leda till svårigheter att prioritera bland de olika styrsignalerna. Exempelvis framgick att användningen av målstyrningen inte fått något större genomslag i organisationen. Ett problem som framhölls var att målen och måtten (indikatorer) inte följs av extra resurser till de egenägda vårdgivarna. Det upplevdes därmed svårt att fokusera särskilt på de mål som anges i budgeten.

Studien angav att resurserna fördelades via avtal mellan de egenägda vårdgivarna och hälso- och sjukvårdsnämnden genom beställar-utförarstyrningen. Det framgick att en del av målen som fanns i budgeten följde avtalen men inte alla. Fokus i styrningen fanns i praktiken på efterlevnad av de avtal som ingåtts med beställarnämnden. Avtalen medförde svårigheter att tillämpa ekonomistyrningen i enlighet med budget, vid sidan av målstyrningen. Studien identifierade med andra ord en målkonflikt mellan framför allt beställar-utförarstyrning och målstyrning samt mellan beställar-utförarstyrning och ekonomistyrning.

---

[17] Slutrapport från långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 HSN 2021-2001

[18] Akademin för ekonomistyrning i staten Rapport 2020:1 Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm? – en studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården

En annan brist som noterades i studien var avseende samverkan i vårdprocesser och vårdkedjan. Orsaken till brister i samverkan uppgavs inte bero på intern konkurrens utan främst på strukturella problem. Ägarskapet för processdiskussionen gällande samverkan uppgavs otydligt om dessa skulle föras, av utförarna av hälso- och sjukvård, mer systematiskt i beställarnämnden/förvaltningen eller mer centralt på koncernnivå.

Studien angav flera skäl till att arbetet med nätverkssjukvården och samverkan mellan olika vårdgivarna stagnerat. Det främsta hindret hänfördes till avtalsstyrningen. I och med att varje vårdgivare har egna avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden saknas incitament att diskutera och arbeta med patienternas vårdprocess mellan olika vårdnivåer (sjukhus och vårdcentraler). Krav på att samverka saknas och att det saknas ersättning som ger incitament till att stötta processer och samverkan mellan olika vårdgivare.

10.3 Region Stockholms hantering av covid-19

KPMG genomförde på uppdrag av regionstyrelsen en utvärdering[19] av Region Stockholms hantering av covid-19. Utvärderingen visade bland annat att det fanns ett behov av en stärkt beredskap genom uppdaterade, relevanta och inövade beredskapsplaner. Utredningen fastslog också att regiondirektörens roll vid en särskild händelse behövde tydliggöras, liksom samordning vid krisledning. Organiseringen av krishantering inom hälso- och sjukvården bedömdes också behöva utgå från att det endast ska behövas en central samordnande funktion.

Vidare framgick att Region Stockholm borde utvärdera vilka varor och tjänster som går att harmonisera och säkerställa utbildning av medarbetare i användandet av dessa. Behovet av kritiska kompetensresurser åskådliggjorde nyttan av en effektiv kompetensförsörjning och att medarbetare skulle kunna allokeras dit behovet är som störst. Rekrytering och omflyttning inom det egna akutsjukhuset framhölls som särskilt viktigt för att säkra bemanning.

Rapporten lyfte bland annat behovet av att fortsatt nyttja nya arbetssätt och stärkta samarbeten som arbetats fram under pandemin. Ett exempel som lyftes här var samarbetet mellan akutsjukhusen och SLSO, som stärkts genom produktionssamordningsgruppen.[20]

[19] Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter, RS 2020–0384
[20] I bilaga 4 Omvårdnadsperspektivet ges en fördjupad bild av alternativa modeller för omvårdnadsstyrning där också erfarenheter från covid-19 tas upp.

Produktionssamordningsgruppen bedömdes ha potential att användas för samordning mellan akutsjukhusen vid exempelvis belastningstoppar, som vid jul och nyår. För att kunna allokera resurser där behovet är som störst krävs en överblick av den tillgängliga medarbetares kompetenser. Utvärderingen visade att det saknades en detaljerad regiongemensam kompetenskartläggning.

Region Stockholm rekommenderades att utvärdera vilka verktyg som fanns för att öka mångsidigheten bland befintlig vårdpersonal och möjligheter att styra länets samlade resurser. Arbetet med att specificera behov, identifiera kompetens att flytta och koordinera förflyttningen tog mycket tid. För att bredda kompetensbasen skulle exempelvis utökade rotationsprogram och utbildning i intensivvård kunna inrättas.

11. Region Stockholms nyckeltal

11.1 Kvalitet och tillgänglighet

En rad indikatorer jämförs nationellt av Sveriges kommuner och regioner (SKR) genom Vården i siffror. Senaste rapporten från 2022 bygger på resultat från åren 2021 eller 2020. Sammantaget är Region Stockholms resultat nära genomsnittet i riket men åt det något bättre hållet (18 områden bättre, 15 områden genomsnittliga, 14 områden sämre). Det är framför allt på tillgänglighetsområdet som Stockholm är klart bättre än riket.

- Patienternas och befolkningens syn på vården: Sammantaget är Region Stockholms resultat något sämre än genomsnittet på detta område.
- Tillgänglighet och väntetider: Sammantaget är Region Stockholms resultat klart bättre än riket. Inom flera områden till exempel första besök och operation/behandling i specialiserad vård inom vårdgarantins 90 dagar är Stockholm i topp nationellt.
- Säker vård: Sammantaget är resultaten genomsnittliga.
- Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse i riktlinjer: Sammantaget är resultaten genomsnittliga.
- Sjukdomsförekomst och resultat: Sammantaget är Region Stockholms resultat bättre än genomsnittet på detta område.

För mer information om indikatorer, se bilaga 7 Nyckeltal.

11.2 Kostnader och produktivitet

Pandemin har påverkat hälso- och sjukvårdens kostnader och produktivitet under åren 2020–2022 och regionerna i Sverige har påverkats i olika grad, vilket gör att denna rapport även tar hänsyn till ett längre tidsperspektiv.

Sammantaget har Region Stockholm en hög strukturjusterad kostnad per invånare men en relativt genomsnittlig produktivitet mätt som kostnad per producerad DRG-poäng[21].

Region Stockholm har en hög produktion/vårdkonsumtion i förhållande till befolkningens storlek. Region Stockholm producerar flest läkarbesök per invånare och Region Västernorrland är den region som har det lägsta antalet producerade läkarbesök per invånare. Så har det varit under en lång tid, med undantag för 2020 då Region Uppsala producerade flest läkarbesök per invånare. Sett till vårdkonsumtion är det invånarna i Region Stockholm och Region Gotland som konsumerar mer vård än invånare i andra regioner. Det gäller över tid och det gäller oavsett åldersgrupp.[22]

Kostnad per DRG-poäng är det enda vedertagna sättet att mäta produktivitet mellan sjukhus. En låg kostnad per DRG-poäng innebär hög produktivitet. Senaste årens kostnad per DRG-poäng påverkas av pandemin och det faktum att pandemins påverkansgrad varierade stort mellan regionerna. Region Stockholm var fram till år 2017 något mer produktiva än genomsnittet i Sverige. Från år 2018 och framåt ligger Stockholm något sämre än genomsnittet vilket sammanfaller med ökade lokalkostnader och driftsättningen av Nya Karolinska i Solna.

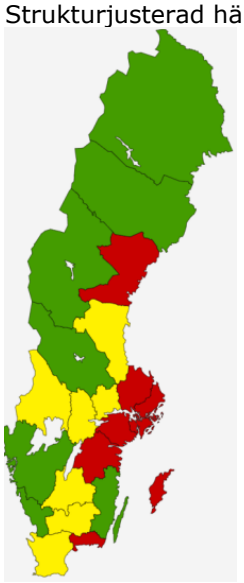
Totalt sjukhus år 2017–2021 total kostnad per DRG-poäng

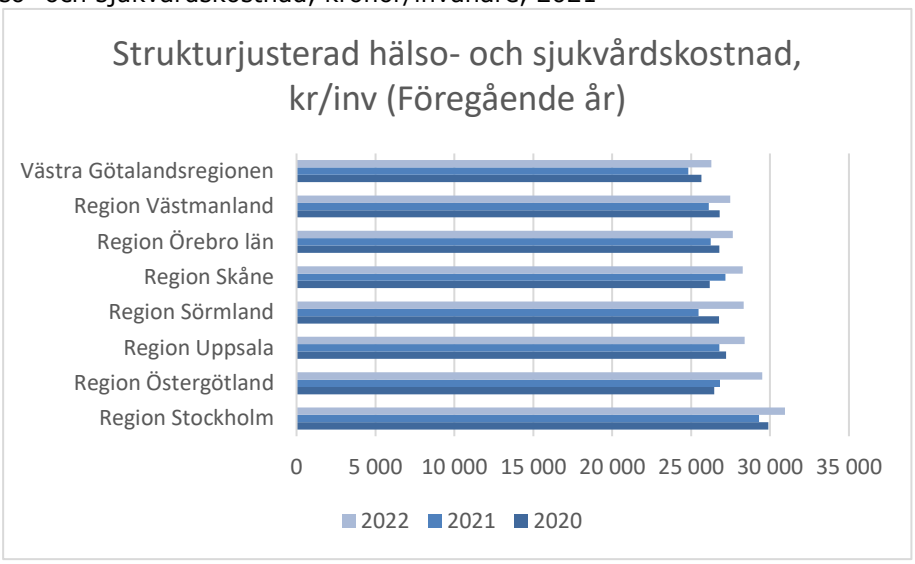
Regioner	År 2017	År 2018	År 2019	År 2020	År 2021
01 Stockholm	**59 486**	**66 502**	**72 101**	**78 836**	**82 271**
03 Uppsala	69 126	72 264	77 605	88 297	83 787
04 Sörmland	61 480	67 055	64 777	71 352	68 756
05 Östergötland	60 011	62 232	67 117	78 036	84 046
06 Jönköping	55 345	56 036	58 271	66 783	71 487
07 Kronoberg	61 421	62 129	68 324	74 666	74 347
08 Kalmar	54 149	57 148	58 214	67 175	68 283
10 Blekinge	59 237	63 619	69 225	81 084	81 956
12 Skåne	66 918	69 751	73 537	80 483	86 636
13 Halland	54 314	57 410	58 197	70 244	68 389
14 Västra Götaland	61 824	65 281	66 369	75 381	76 292
17 Värmland	57 065	57 224	61 289	69 818	72 799
18 Örebro	59 031	61 867	64 446	75 296	76 964
19 Västmanland	56 120	57 865	59 153	67 929	69 942

[21] Diagnosrelaterade grupper är ett sätt att klassificera vårdinsatser i sjukvården. Genom att sammanställa diagnoskoder skapas DRG-koder. DRG-koderna kan sedan användas för kostnadsanalyser och produktivitetsmått.
[22] Produktivitet i regioner - En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården, Rådet för främjandet av kommunala analyser, oktober 2022

Forts **Regioner**	**År 2017**	**År 2018**	**År 2019**	**År 2020**	**År 2021**
20 Dalarna	54 159	57 593	58 435	65 122	67 637
21 Gävleborg	58 873	60 254	62 361	78 199	65 507
22 Västernorrland	63 147	68 022	70 188	79 849	77 332
23 Jämtland/Härjedalen	58 882	59 687	63 699	70 431	70 330
24 Västerbotten	63 478	66 999	69 288	75 413	81 823
25 Norrbotten	63 661	67 038	67 252	74 701	77 247
Totalt	**60 540**	**64 233**	**67 308**	**75 905**	**77 660**
Diff. Stockholm vs total	**-2%**	**4%**	**7%**	**4%**	**6%**

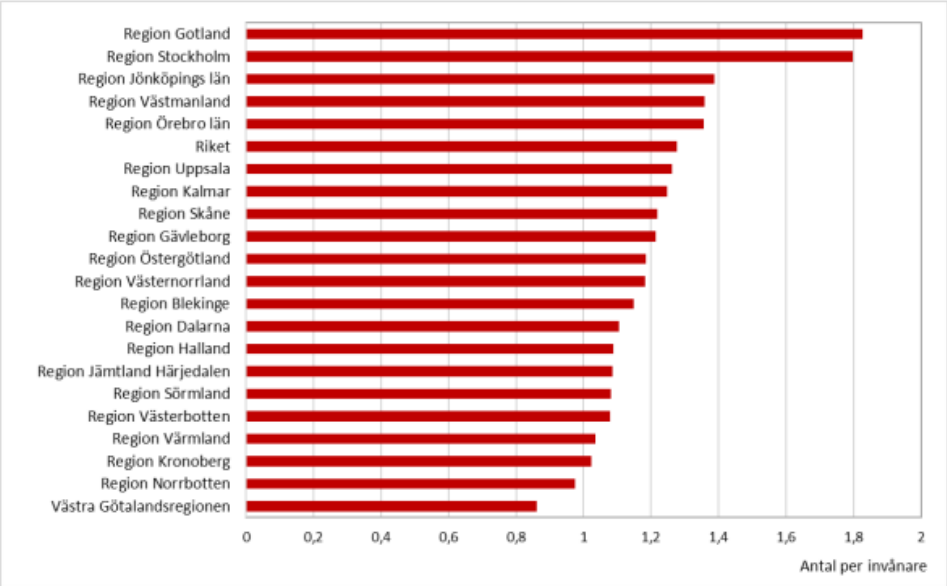
Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor/invånare, 2021





Vid mätning av hur hög grad befolkningen i regionen har nyttjat vården, oavsett i vilken region de har fått vården, är det ur ett konsumtionsperspektiv. Vårdutnyttjandet ställs i detta fall i relation till antalet folkbokförda invånare utan att det snedvrids beroende på tillfälliga sommargäster eller att vissa regioner har mer specialiserade regionsjukhus där en del av vården också säljs till andra regioner. Efterföljande figur visar antalet läkarbesök per invånare och år i den specialiserade öppenvården per region.

Läkarbesök per invånare i specialiserad vård (somatik och psykiatri), konsumtionsperspektiv, 2021



[23]

[23] Produktivitet i regioner - En rapport om kostnader och volymer inom hälso- och sjukvården, Rådet för främjandet av kommunala analyser, oktober 2022

DEL TRE

ALTERNATIV STYRNING

I enlighet med utredningens direktiv ska alternativa styrmodeller för den egenägda vårdproduktionen inklusive övervägande av alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell presenteras.

I denna del av utredningen redovisas tre alternativa styrmodeller för den egenägda vårdproduktionen inklusive övervägande av alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell. Alternativen omfattar även till vissa delar effekter av en eventuell avbolagisering av Region Stockholms egenägda bolag inom hälso- och sjukvården samt översyn av roller för de egenägda vårdgivarna. För fördjupning se också bilaga 1 Genomförande av en avbolagisering samt bilaga 4 Omvårdnadsperspektivet för en bild av alternativa modeller kring omvårdnadsstyrning.

De egenägda vårdgivarna har avgränsats till att omfatta Karolinska Universitetssjukhuset, SLSO, Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB och AISAB.

12. Problemformulering

Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan regering, regioner och kommuner. Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet med högkvalificerade medarbetare som styrs av en ramlag, hälso- och sjukvårdslagen, och med många nationella mål och egenupprättade regionala mål. Frågan om hur hälso- och sjukvårdens verksamheter styrs och konsekvenserna av detta har stor betydelse för invånare och medarbetare inom vården och ytterst för samhället som helhet.

Region Stockholm har vid nationella jämförelser idag en god tillgänglighet och korta väntetider. Invånarperspektivet och god tillgänglighet är tydligt prioriterat i hälso- och sjukvårdsnämndens styrning av hälso- och sjukvården.

Samtidigt är patienterna och befolkningens syn på hälso- och sjukvården något sämre än snittet i riket och kostnaderna för vårdproduktionen är höga i en nationell jämförelse. Det finns också ett antal utmaningar som kan sammanfattas till omfattande styrning och motstridiga styrsignaler,

otydlig ansvarsfördelning samt strukturella hinder för samverkan gällande exempelvis patientflöden, resursplanering och kompetensförsörjning.

Mot bakgrund av tidigare utredningar, forskningsstudier, erfarenheter och lärdomar från pandemin samt genomförda intervjuer och med målet om en förbättrad hälso- och sjukvård, har ett antal utmaningar och problem i dagens styrning identifierats vilka sammanfattats till:

- Omfattande styrning
- Kompetensförsörjning
- Samlade resurser används inte alltid effektivt
- Höga kostnader för vårdproduktion
- Otydligt politiskt ansvarsutkrävande för vårdproduktionen
- Ersättningsystemen behöver (alltid) förändras

12.1 Omfattande styrning

Styrningen av den egenägda vården är idag omfattande. Beställaren följer upp produktionsvolymer, tillgänglighet och kvalitet medan ägaren analyserar ekonomi och egna kvalitetsindikatorer inom ramen för målstyrning, liksom ett stort antal styrande dokument. Till detta tillkommer lokala mål genom exempelvis bolagsstyrelsernas egen målstyrning vilket innebär att ett enskilt akutsjukhus har att förhålla sig till styrsignaler från tre nivåer: beställare, ägare och bolagsstyrelse. Detta genererar många styrsignaler och mycket administration. Därutöver är risken stor att värdet av styrningen devalveras, då omfattningen av styrningen gör att vårdgivarna i praktiken behöver prioritera bland de olika styrsignalerna. Vårdgivarna uppger att styrningen som är kopplad till ersättning, från beställaren, prioriteras främst. Trots den omfattande styrningen efterfrågar vårdgivarna en tydlig övergripande målbild för hela hälso- och sjukvården i Region Stockholm.

Den omfattande styrningen eller snarare otydligheten i roller leder till en ickefungerande styrning. Ett anekdotiskt exempel; regionledningskontoret har ett uppföljningsmöte med ett sjukhus som prognostiserar underskott för kommande år. Sjukhuset och hälso- och sjukvårdsförvaltningen är överens om de avtalsmässiga förutsättningarna. Dessa förutsättningar leder till ekonomiskt underskott på sjukhuset men varken sjukhuset eller hälso- och sjukvårdsförvaltningen anser att det är något som de ska hantera utan hänvisar till att ägaren behöver hantera underskottet. Det är inte en enskild aktör som äger det här problemet utan det är sjukhuset, hälso- och sjukvårdsnämnden och till viss del regionstyrelsen som har en gemensam utmaning som behöver lösas tillsammans.

Styrningen via avtal reglerar vårdproduktion och resultat hos enskilda vårdgivare och tar inte alltid hänsyn till effektiviteten i vårdsystemet som

helhet. Det kan resultera i suboptimering och att inte hänsyn tas till helhetskostnader i vårdförlopp. För patienter kan det innebära att vederbörande blir hänvisad till onödigt många vårdgivare. I hälso- och sjukvårdsnämndens så kallade långtidsutredning[24] framhölls att vårdstrukturens komplexitet väntas öka mot bland annat ökad specialisering, fler vårdgivare och fler vårdformer. Risken för målkonflikter ökar ytterligare, exempelvis genom omställningen till digifysisk vård och sjukvård i hemmet, högre krav bland invånare och ökad statlig styrning samtidigt som vårdbehoven ökar i takt med en befolkning blir allt äldre, som också innebär att färre ska försörja fler.

12.2 Kompetensförsörjning

Inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm prognostiseras brist inom alla yrken fram till 2035. Störst brist väntas bland annat av specialistsjuksköterskor. Bara för denna grupp prognostiseras ett underskott på 2000 personer.[25] SKR har i sin ekonomirapport från december 2022 pekat ut kompetensförsörjningen som regionernas enskilt största utmaning. Kommuner och regioner (inkl. privata utförare) behöver anställa 410 000 personer fram till 2031 – om allt annat är som idag. Under samma period förväntas antalet personer i arbetsför ålder öka med endast fyra procent vilket motsvarar omkring 253 000 personer. I hälso- och sjukvårdsnämndens långtidsutredning[26] lyfts ett behov av en strategi för kompetensförsörjning och bemanning, med planer för de arbetsuppgifter där teknik helt eller delvis kan avlasta medarbetarna. En annan slutsats var att en organisatorisk förändring av hälso- och sjukvården genom en annan organisatorisk indelning, inom eller utanför den nuvarande beställar-utförarmodellen, skulle kunna möta behovet av tydligare roller och ansvarsfördelning mellan olika aktörer.

De organisatoriskt betingade samordningsproblem som har beskrivits ovan påverkar förutsättningarna också för kompetensförsörjningen. Nämnderna i Region Stockholm utgör administrativt en gemensam arbetsgivare, medan varje bolag är en egen arbetsgivare. Om en medarbetare vid till exempel ett akutsjukhus, som är ett bolag, vill eller behöver byta arbetsplats till Karolinska Universitetssjukhuset, som är en nämnd, påverkar denna organisatoriska uppdelning medarbetarens förmåner som sparad semester och rättigheter enligt lagen om anställningsskydd (LAS). Ett byte av arbetsplats kan också påverka pensionsrätten. Olika arbetsgivare medför

[24] Slutrapport från långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040, HSN 2021–2001.
[25] Arbetsmarknadsprognos Vård- och omsorgsutbildning samt Hälso- och sjukvårdsutbildning, RS 2022–0711
[26] Slutrapport från långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040 HSN 2021–2001

också hinder för att arbeta gemensamt med kompetensförsörjning och resursutnyttjande exempelvis genom rotationstjänstgöring eller kompetensallokering i händelse av kris.

Det finns också en intern konkurrens om kompetenser vilket medför svårigheter att arbeta gemensamt för att säkerställa kompetensförsörjningen bland de egenägda vårdgivarna. Denna konkurrens var ursprungligen medveten och eftersträvad, men är under dagens förhållanden och behov ett hinder för hälso- och sjukvårdens robusthet och utveckling.

Regionen har även ansvar för dimensionering och genomförande av läkarnas ST-utbildning och därmed för den framtida tillgången till läkare med specialistkompetens. En utvecklad modell för samordning och styrning kring detta har parallellt med denna utredning föreslagits[27]. Modellen bygger vidare på befintlig roll- och ansvarsfördelning mellan HSN och RS.

12.3 Samlade resurser används inte alltid effektivt

En tidigare studie[28] från Stockholms universitet visade att orsaken till brister i samverkan inte främst berodde på intern konkurrens utan på strukturella problem. Ägarskapet för processdiskussionen gällande samverkan uppgavs otydligt om dessa skulle föras, av de egenägda vårdgivarna, beställaren eller ägaren. Det främsta hindret för utvecklingen av vårdprocesserna hänfördes i studien till avtalsstyrningen. I och med att varje vårdgivare har egna avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden saknas incitament att diskutera och arbeta med patienternas vårdprocess mellan olika vårdnivåer (sjukhus och vårdcentraler). Krav på att samverka saknas och det saknas ersättning som ger incitament till att stötta processer och samverkan mellan olika vårdgivare.

Att Region Stockholms egenägda vård är organiserad i både nämnder och bolag medför vissa legala hinder för samverkan. Detta genererar också administration vid samarbeten mellan nämnder och bolag då interna avtal behöver tas fram och juridiska överväganden göras i många sammanhang. Uppdelningen innebär också att juridiskt är Region Stockholm en vårdgiva re och vart och ett av de regionägda bolag som bedriver hälso- och sjukvård är en egen, självständig vårdgivare. Detta innebär att det finns hinder för att dela patientinformation mellan vårdgivarna. Exempelvis krävs samtycke för delning av vissa uppgifter. Samtyckeshanteringen är av stor praktisk

[27] Styr- och ersättningsmodell för läkares Specialiseringstjänstgöring, HSN 2022-0677

[28] Akademin för ekonomistyrning i staten Rapport 2020:1 Vad och vem styr styrningen i Region Stockholm? – en studie av mål- och ekonomistyrning i hälso- och sjukvården

betydelse för medarbetare inom hälso- och sjukvården. Om Region Stockholm var en samlad juridisk person/vårdgivare skulle det medföra effektivare processer och minskad administration för delning av patientinformation.

Det saknas också etablerade processer för samordning och prioritering av investeringar inom den egenägda vården. Tillgänglig utrustning avseende exempelvis medicinteknik nyttjas inte gemensamt.

Digitaliseringen och införandet av artificiell intelligens (AI) i hälso- och sjukvården är områden som kräver ökad samverkan för att den nya teknikens potential ska kunna realiseras. I dagens system sker beslut om digitalisering och införande på flera nivåer och koordinering saknas mellan vårdgivare exempelvis gällande datalager och it-infrastruktur.

Artificiell intelligens (AI) har utvecklats markant på senare år och förändringarna det väntas medföra i samhället kan jämföras med internets uppkomst. AI inkluderar allt från enkla regelstyrda beslut till mer specialiserade former som expertsystem, och Region Stockholm bör bygga kunskap om hur AI kan utnyttjas inom organisationen. AI används redan experimentellt i regionen, i uppgifter som att generera text och analysera röntgenbilder, och har potential att öka produktivitet och kostnadseffektivitet.

Region Stockholm bör tillåta att olika verksamheter experimenterar med att införa AI tekniken samtidigt som arbetet samordnas för att hålla kostnaderna rimliga. Detta kan inkludera etablerandet av gemensamma tekniska plattformar och ett kompetenscenter för AI för att underlätta innovation och organisatoriskt lärande. En gemensam struktur bör vara tillåtande och främja användningen av AI för att höja kvalitet och produktivitet eller minska kostnader. För att undvika onödiga kostnader och fördröjningar, bör regionen säkerställa att arbete inte utförs fragmenterat och att goda exempel snabbt sprids inom organisationen.

Frågor kring robusthet som kontinuitetshantering, säkerhet och civilt försvar har också aktualiserats genom pandemin och det försämrade säkerhetsläget i omvärlden. En utökad samordning kring dessa frågor är angelägen utifrån exempelvis att upprätthålla informationssäkerhet och en robusthet mot cyberattacker.

Under pandemin bildades en produktionssamordningsgrupp av de egenägda vårdgivarna under ledning av LISAB. Det gjordes för att den ordinarie krisledningsorganisationen, Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL), ansågs hamna för långt från vårdgivarna för att kunna göra

adekvata bedömningar av behoven. Det ansågs finnas behov av att stärka den operativa förmågan och verksamhetsnära förankringen. I den utvärdering[29] som genomfördes av Region Stockholms hantering av pandemin framgick att parallella strukturer (Produktionssamordningsgruppen och RSSL) riskerade att orsaka dubbelkommando, vilket innebär en risk när det behövs tydlig och effektiv styrning. En förändrad styrning av den egenägda vården bör utformas med hänsyn till hur förutsättningarna för den egenägda vårdens robusthet kan stärkas.

12.4 Höga kostnader för vårdproduktion

SKR:s ekonomirapport från december 2022 visar att regionernas kostnadsutveckling inom hälso- och sjukvården är hög. Pandemin försvårar jämförelser något men redan 2020 var kostnadsutvecklingen hög jämfört med åren före pandemin. Enligt den ovan nämnda långtidsutredningen kommer kostnadsutvecklingen att vara högre än den ekonomiska tillväxten åtminstone fram till 2040. Den demografiska trenden med fler äldre i befolkningen innebär att färre personer behöver försörja fler. Det kommer med andra ord att finnas ett fortsatt och sannolikt förstärkt behov av effektivisering och prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Kostnaderna inom Region Stockholms verksamheter har under flera års tid ökat snabbare än de samlade skatteintäkterna, och i högre takt än i andra regioner med universitetssjukhus. Region Stockholm har en hög strukturjusterad kostnad per invånare men en relativt genomsnittlig produktivitet mätt som kostnad per producerad DRG-poäng. Region Stockholm har också en hög vårdkonsumtion i förhållande till befolkningens storlek.

12.5 Otydligt politiskt ansvarsutkrävande för vårdproduktionen

Dagens modell med flera olika nämnder och bolag för den egenägda vården medger möjlighet till insyn och kontroll hos varje enskild utförare. Att ansvaret för vårdproduktionen är uppdelat mellan en relativt stor mängd aktörer gör dock att det övergripande politiska ansvarsutkrävandet för vårdproduktionen blir otydligt.

För närvarande finns det en delvis överlappande fördelning av ansvar mellan LISAB och regionstyrelsen när det gäller styrning och uppföljning av Region Stockholms alla nämnder och bolag. LISAB är ansvarigt för styrningen av alla dotterbolag. Enligt reglementet[30] har regionstyrelsen

[29] Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter (dnr 2020–0384)
[30] Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder, RS 2022-0762, RS 2022-0482

dessutom i uppdrag att ansvara för strategisk produktionsplanering och it för hälso- och sjukvården, samordning mellan hälso- och sjukvårdsproducerande nämnder och bolag, samt följa upp ägardirektiv, måluppfyllelse, effektivitet och produktivitet för dessa bolag. Regionstyrelsen har delegerat detta uppdrag till personal- och produktionsutskottet.

Regionstyrelsens övergripande ansvar för den egna vårdproduktionen kan bidra till en otydlighet i rollfördelningen gentemot hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden. Uppdraget gör att regionstyrelsen får ett indirekt ansvar för att de egna vårdgivarna levererar enligt sitt uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden.

Det formella och juridiska ansvarsutkrävande för nämnder och bolag är tydligt, men det politiska ansvarsutkrävande är inte lika tydligt. Är det LISAB, regionstyrelsen eller dess personal- och produktionsutskott som ska bära det politiska ansvaret? Det borde vara tydligt då det är samma ledamöter i LISAB som i personal- och produktionsutskottet och dessa är också ledamöter i regionstyrelsen. Dock kan det konstateras att regionstyrelsens ordförande historiskt inte sällan fått representera ägaren, även då ordföranden varken varit ledamot i LISAB eller i det utskott hos styrelsen som har behandlat frågor om ägarstyrning.

12.6 Ersättningsystemen behöver (alltid) förändras

Ersättningssystemen är en viktig komponent för hälso- och sjukvårdens styrning. Det är därför naturligt att det finns många olika synpunkter och åsikter om hur olika ersättningssystem fungerar. Alla ersättningssystem har dock olika för- och nackdelar. För att balansera nackdelarna kombineras ofta olika ersättningssystem, exempelvis fast, rörlig och målrelaterad ersättning. Det är möjligt att utvecklingen av ersättningssystemen under det senaste decenniet har varit mer fokuserad på att kombinera komponenter för att motverka eventuella negativa aspekter, än på att främja den inriktning för hälso- och sjukvården som ägaren vill styra mot. En entydig slutsats från många studier är att det inte finns några optimala lösningar. För regionerna är utvecklingen av ersättningssystemen ett arbete utan slut. Ersättningssystem måste kontinuerligt utvärderas och utvecklas oavsett hur hälso- och sjukvården i övrigt styrs och organiseras. Av dessa anledningar behandlas inte ersättningsystemen vidare i denna rapport.

13. Alternativ till styrningen av den egenägda vården

Utredningen ska i enlighet med direktivet lämna förslag på utvecklad styrning av den egenägda vården, som är starkare, tydligare, och får berörda nämnder och bolag att samverka i högre grad och möjliggör ett utökat ansvarsutkrävande. Utredningen ska analysera styrningen och lämna förslag som ger förutsättningar för ett effektivt resursutnyttjande och ett tydligt ansvarsutkrävande.

I detta kapitel beskrivs tre övergripande alternativ för styrningen av Region Stockholms egenägda vårdproduktion. Avgränsningen är gjord till sju hälso- och sjukvårdsproducerande verksamheter men i praktiken bedrivs hälso- och sjukvårdsproduktion även i andra delar av organisationen. Folktandvården Stockholms Län AB, FTV, bedriver tandvård men har andra förutsättningar då stora delar av verksamheten är konkurrensutsatt på en marknad. De stödjande verksamheterna MediCarrier AB och Locum AB har större uppdrag än att leverera enkom till Region Stockholms egna vårdgivare. Alternativen föreslår inga förändring för dessa, men konsekvenserna för framför allt MediCarrier kan behöva utredas vidare.

13.1 Definitioner

I denna rapport används ett antal begrepp som är centrala för att beskriva styrningen av Region Stockholms vårdproduktion. Begreppen har använts olika över tid och saknar därför vedertagna definitioner. Här nedanför definieras vad begreppen avser i den fortsatta beskrivningen av alternativ, därefter följer en figur som illustrerar hur de förhåller sig till varandra.

Styrning och ledning

Styrning är beslut om hur något ska vara, genomföras eller åtgärdas. Begreppet har alltså ett brett användningsområde. I denna rapport används det framför allt för att diskutera organisation, associationsform och vissa styrformer med fokus på ägarstyrning, beställarstyrning och alternativ till det. Ledning är den aktivitet som ser till att det som är beslutat utförs.

Styrformer

Styrformer är de olika modeller, verktyg och tekniker som används för styrning av verksamheten, till exempel koncernstyrning och beställarstyrning.

Koncernstyrning – styrning av nämnder och bolag

Koncernstyrning avser regionfullmäktiges och regionstyrelsens styrning av både nämnder och bolag. Styrningen utgår från fastställd organisation och

ansvarsfördelning, koncerngemensamma styrdokument, mål och ekonomiska förutsättningar samt den samordnade ledningsprocessen.

Förvaltningsstyrning
Förvaltningsstyrning avser regionfullmäktiges och regionstyrelsens styrning av nämnder utifrån den beslutade hierarkiska organisationen. Varje nämnds ansvar regleras i reglemente. En nämnd kan ha en eller flera förvaltningar.

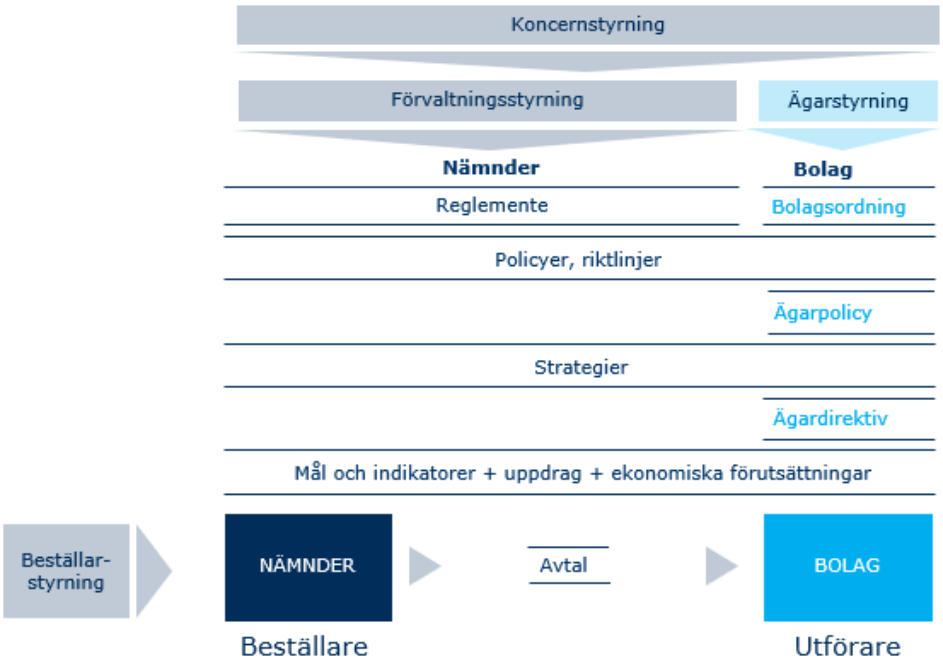
Ägarstyrning – styrning av bolag
Ägarstyrning avser den styrning som regionfullmäktige genom regionstyrelsen och dess ansvariga utskott samt moderbolaget LISAB utövar över Region Stockholms bolag.

Beställarstyrning – beställar-utförarmodell
Beställarstyrning är en styrform som innebär att verksamheten styrs genom avtal och överenskommelser med utförare. Beställarstyrningen bygger på en beställar-utförarmodell, det vill säga en rollfördelning där en eller flera beställare avtalar om tjänster, i det här fallet vårdproduktion, från en eller flera utförare (vårdgivare).

Produktionssamordning
Samordning av produktion, i den här rapporten används uttrycket ofta kring samordningen av nämnder och bolag som producerar hälso- och sjukvård.

Systemansvar
Systemansvar innebär att nämnder med ansvar för en kärnverksamhet har ett ansvar för att området i sin helhet bedrivs och samordnas ändamålsenligt. Med systemansvar för hälso- och sjukvården menas ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, inklusive ledningsansvar och planering utifrån befolkningens behov av vård enligt 7 kap. 1–2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Relationen mellan styrformerna koncernstyrning, förvaltningsstyrning, ägarstyrning och beställarstyrning



13.2 Olika vägval för styrning av den egenägda vården

Här presenteras alternativa modeller till styrningen av den egenägda vårdproduktionen inklusive alternativ till nuvarande beställar-utförarmodell. Ur ett reellt perspektiv finns naturligtvis fler modeller men alternativen har valts för att möta problembeskrivningen och för att tydliggöra samt framhäva skillnader i vad som kan åstadkommas. Vissa förändringar kan genomföras på kort sikt medan andra eller mer principiella förändringar kan behöva genomföras över en längre tid.

- Alternativ 1: Nuvarande organisation kvarstår och utvecklas, eventuellt med avbolagisering
- Alternativ 2: Avbolagisering med vårdproduktionen samlad under en nämnd
- Alternativ 3: En nämnd/styrelse med ansvar för all hälso- och sjukvård

De två första alternativen innehåller en ansvarsfördelning enligt beställar-utförarmodellen. Det tredje alternativet innehåller en ansvarsfördelning utifrån en traditionell förvaltningsstyrning från regionfullmäktige till regionstyrelsen eller via regionstyrelsen till en nämnd. Finansieringen av vårdproduktionen sker då via anslag snarare än genom avtal och överenskommelser med en beställande nämnd. Sedan 2010 är det obligatoriskt för regioner att organisera primärvården i valfrihetssystem. En beställarfunktion kommer därmed att finnas kvar för privata vårdgivare även om beställar-utförarmodellen inte tillämpas för den egenägda vården.

13.3 Alternativ 1 – Nuvarande organisation kvarstår och utvecklas, eventuellt med avbolagisering av vårdproduktionen

Ansvarsfördelning
I detta alternativ kvarstår stora delar av dagens styrning av den egenägda vården. Det innebär att beställar-utförarmodellen är kvar precis som tidigare. Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden sluter avtal med varje akutsjukhus och SLSO om vilken vård de ska producera. Varje akutsjukhus, AISAB och SLSO leds precis som idag av en egen styrelse eller nämnd. Styrningen fortsätter att som idag komma ifrån tre håll; den egna styrelsen, från beställaren och från ägaren via regionfullmäktige/ regionstyrelsen och LISAB.

Möjligheter till utveckling
Vissa delar av den redogjorda problembeskrivningen är svåra att hantera inom dagens modell, exempelvis behov av samarbeten, kompetensförsörjning och tydligt politiskt ansvarsutkrävande för vårdproduktionen. Däremot finns det möjlighet att se över styrningen och fortsätta påbörjade insatser kring att vidareutveckla samordning och samarbete inom den egenägda vårdproduktionen.

Regionstyrelsen har idag ett utökat ansvar för samordning av Region Stockholms egenregiproduktion. I regionfullmäktiges reglemente[31], som beslutades i december 2022, framgår att ”14 § Styrelsen ska, utöver vad som framgår av 5 §, ansvara för strategisk produktionsplanering och strategisk it för hälso- och sjukvården, samordning mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde och Region Stockholms hälso- och sjukvårdsproducerande bolag samt särskilt följa upp ägardirektiv, måluppfyllelse, effektivitet och produktivitet i dessa”. Det kan konstateras att regionstyrelsen med detta uppdrag har ett tydligt uppdrag att inom utpekade områden styra Region Stockholms egenägda vård. Uppdraget adresserar flera av de problem som beskrivs i föregående kapitel. Med detta blir nästa fråga *hur* regionstyrelsen tar sig an uppdraget.

Regionstyrelsen har många verktyg för att styra den egenägda vårdproduktionen. Det är den stora mängden verktyg som skapar otydlighet. Ett sätt att minska den upplevda otydligheten kan vara tydliggöra och beskriva hur regionstyrelsen arbetar med styrning. Konkret handlar styrningen om att bereda frågor om mål, uppdrag, resultatkrav inför beslut i Region Stockholms budget, styrande dokument,

[31] Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder, RS 2022-0762, RS 2022-0482

sammansättning av ledamöter till nämnder och bolag, tillsätta och entlediga förvaltnings- och bolagschefer (LISAB), kontinuerlig uppföljning av mål och budget, produktivitet och effektivitet, initiera och stödja utveckling och inte minst genom den löpande dialog som förs med styrelser och nämnder kring prioriterade frågor.

Överlappningen mellan beställarstyrning och ägarstyrning behöver minska. Beställaren och ägaren har olika behov och båda parters behov kan tillgodoses genom att renodla rollerna. Vilka frågor som hanteras av vilket organ kan förtydligas. Beställarnämnderna styr via avtal och överenskommelser utförarnas volymer, innehåll, kvalitet och ersättning inom av regionfullmäktige givna ramar. Ägaren har också via regionstyrelsen och LISAB ett särskilt fokus på frågor som kapacitetsutnyttjande, effektivitet, produktivitet, förutom ekonomiska resultat- och avkastningskrav. En översyn av antalet styrsignaler och att ägarens och beställarens styrning harmoniserar i större utsträckning skulle kunna genomföras inom dagens modell.

Fördelar
Nuvarande organisationsstruktur är känd och väletablerad. De förtroendevalda i beställarnämnderna har ett stort inflytande över hälso- och sjukvården. Nämnderna respektive bolagsstyrelserna kan fortsatt ha en närhet till verksamheten där förutsättningarna finns för insyn och lokalkännedom hos respektive vårdgivare. Ledningen på akutsjukhusen har stöd hos sina styrelser och nära till beslut.

Bolagsformen skapar förutsättningar för kortare beslutsvägar. Bolag utgör egna juridiska personer vilket möjliggör en självständighet och att beslut fattas på affärsmässiga grunder. Ledamöter har också ett personligt ansvar att fatta beslut i enlighet med vad som är mest gynnsamt för bolaget.

Region Stockholm fungerar både som systemägare, beställare och utförare för hälso- och sjukvårdsverksamheter som är konkurrensutsatta. Ansvaret är i detta alternativ tydligt genom en fortsatt uppdelning i en beställarorganisation och en utförarorganisation och skapar därmed förutsättningar för att upprätthålla konkurrensneutralitet.

Nackdelar
Bolagsformerna bidrog vid införandet i början av 00-talet till en bättre ekonomistyrning av akutsjukhusen och fungerade ur en konkurrenssituation bättre då akutsjukhusen hade likartade uppdrag med fokus på vårdproduktion. När akutsjukhusen givits skilda ansvarsområden, kostnadsutvecklingen ökat och hälso- och sjukvården blivit mer

samverkansorienterad har fördelarna med bolagsformen blivit mer begränsade.

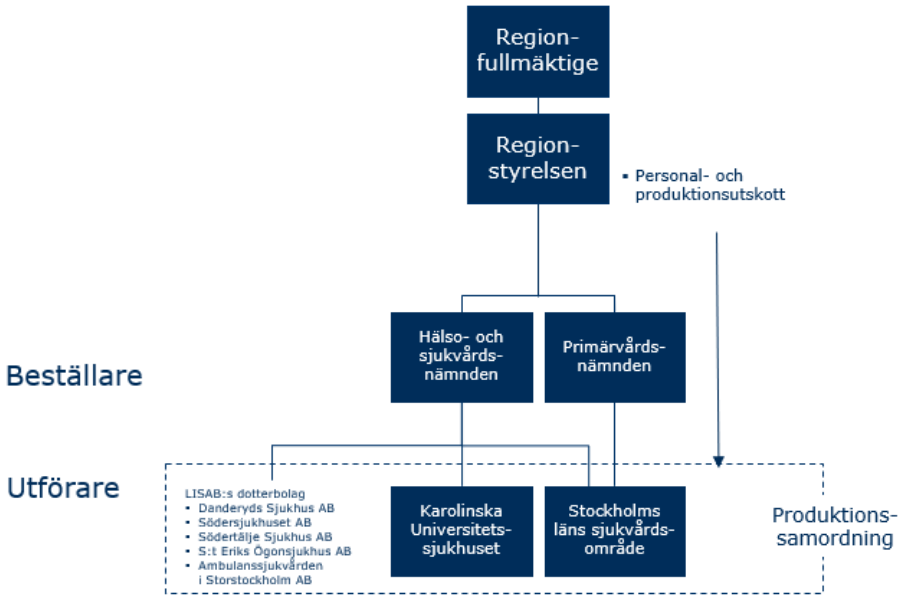
Om bolagen kvarstår finns fortsatt två associationsformer med skilda legala ramverk. Associationsformerna försvårar möjligheterna till samverkan och effektivt resursutnyttjande mellan nämnder och bolag. Styrningen kan förenklas men de administrativa hinder som associationsformerna medför kommer att finnas kvar. Vissa möjligheter kopplade till en gemensam kompetensförsörjning och delning av patientinformation (effektiva patient- och vårdflöden), samordning av resurser (investeringar, digitalisering med mera) är svåra att hantera med skilda legala ramverk. Likaså kvarstår det otydliga ansvarsutkrävandet för vårdproduktionen.

Fördelar - avbolagisering
Vissa av nackdelarna i detta förslag skulle kunna hanteras genom att den vårdproduktion som idag drivs som bolag avbolagiseras. Allt annat skulle i så fall kvarstå som idag.

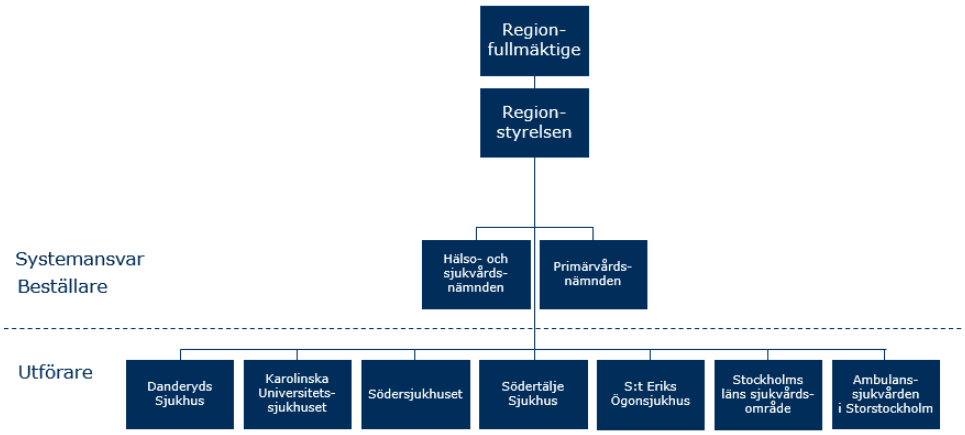
En sådan förändring skulle underlätta styrningen då Region Stockholms hälso- och sjukvård i egen regi endast skulle behöva förhålla sig till ett legalt system i stället för två. En annan fördel är att Region Stockholm mer effektivt kan agera som en arbetsgivare för all hälso- och sjukvård som bedrivs av de egenägda vårdgivarna. Det ger också förutsättningar för ett mer samlat erbjudande till hälso- och sjukvårdens medarbetare med möjlighet till utveckling och karriär inom hela Region Stockholms egenägda vård. Det demokratiska inflytandet kan stärkas då invånares insyn i nämndstyrd verksamhet är större än i bolag. Exempelvis begränsas insynen i bolagens verksamhet av aktiebolagslagen då styrelseledamöter inte kan rapportera viss information som kan påverka bolagets affärsverksamhet. Till skillnad mot den nämndstyrda verksamheten kan invånare inte heller överklaga beslut i bolag. Vid en avbolagisering förenklas administration och processer kring delning av patientinformation (vårdflöden). En avbolagisering är en relativt enkel process som Region Stockholm har genomfört vid flera tidigare tillfällen.

En avbolagisering i sig löser inte de behov som finns med samarbeten för enhetliga system och processer kring exempelvis digitalisering och AI eller investeringar som kan minska suboptimering. Det bör i sådant fall utvecklas genom ytterligare insatser i linje med regionstyrelsens uppdrag om att driva utveckling och samordning inom vissa frågor.

Exempel på hur alternativ 1 skulle kunna utformas:
Nuvarande organisation med beställar-utförarmodell



Beställar-utförarmodell där vårdproduktionen som idag är bolag görs om till nämnder



13.4 Alternativ 2 – Avbolagisering med vårdproduktionen samlad i en nämnd

Två nämnder utövar beställarstyrning och hälso- och sjukvårdsproduktionen samlas i en produktionsnämnd.

Ansvarsfördelning

Detta alternativ innebär att hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden behåller sina nuvarande ansvarsområden och de hälso- och sjukvårdsproducerande nämnderna och bolagen organiseras i en gemensam produktionsnämnd. Regionstyrelsens nuvarande ansvar avseende strategisk produktionsplanering och strategisk it för hälso- och sjukvården överförs till produktionsnämnden.

Krav bör ställas på produktionsnämnden att akutsjukhusen, AISAB och SLSO ska utgöra separata resultatenheter. Hur produktivitet och effektivitet utvecklas för dessa verksamheter blir en viktig del i uppföljningen.

För att säkerställa insyn i verksamheterna kan nämnden vid bildandet upprätta flera utskott och/eller beredningar. Detta kan utformas genom att nämnden har ett utskott för varje verksamhet eller att utskott bildas utifrån vårdprocesser som exempelvis vård för äldre, närsjukvård, psykiatri, primärvård eller akutsjukvård. Vid bildandet av utskott kan nämnden delegera viss beslutanderätt för att avlasta nämnden och ge förutsättningar för lokal förankring till verksamheterna. Nämnden skulle också kunna upprätta beredningar för att öka insynen likt statliga insynsråd. Då beredningar inte har beslutsbefogenheter kan andra än förtroendevalda ingå här.

Regionstyrelsen kommer att vara Region Stockholms huvudsakliga arbetsgivarorgan. Dock får personalstrategiska frågor som rör medarbetarna inom den egenägda vården i det här alternativet en naturlig hemvist i produktionsnämnden.

Ett alternativ till en samlad produktionsnämnd är att flera nämnder med ansvar för vårdproduktion bildas utifrån en geografisk uppdelning likt den struktur som funnits tidigare inom dåvarande Stockholms läns landsting. Detta kan ge förutsättningar för en närmare kontakt med den nära vården och samverkan med kommuner och intresseorganisationer samt en tydligare lokal förankring. Det skulle dock medföra risker som funnits tidigare med svårigheter att upprätthålla en god och jämlik vård mellan de geografiska områdena. Det finns också risk att det medför ökade kostnader och administration när en organisation ska bildas för varje geografiskt område. Risk finns också att ansvarsfördelning mellan områdena blir otydlig och att det kan uppstå svårigheter med samverkan. En ny

samverkansstruktur skulle behöva upprättas för alla frågor som är gemensamma för den egenägda hälso- och sjukvården.

Styrning och uppföljning
Förslaget förutsätter att produktionsnämndens uppdrag regleras i regionfullmäktiges reglemente. Hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden har fortsatt det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och ska via avtal och överenskommelser reglera inriktning, volym och kvalitet hos vårdgivarna. Det innebär att produktionsnämnden kommer att ha överenskommelser med både hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden. Ett angeläget steg i förändringen blir att förtydliga vilka frågor som regleras i överenskommelser och vilka frågor som produktionsnämnden självständigt kan besluta om.

Regionstyrelsens uppdrag förenklas och renodlas genom att uppdraget ”ansvara för strategisk produktionsplanering” upphör. Regionstyrelsens uppdrag blir att säkerställa insyn och följa upp produktionsnämnden på samma sätt som för alla andra nämnder. Dock innebär produktionsnämndens betydande storlek att regionstyrelsen kommer att lägga en väsentlig del av sina resurser på att följa upp den nämnden.

Fördelar
Med en produktionsnämnd får frågor och ärenden en tydlig mottagare för hela den egenägda vårdproduktionen i stället för sju enskilda vårdgivare avseende allt från kompetensförsörjning, digitalisering och AI, säkerhet, robusthet till investeringar. Detta ger förutsättningar för en enhetlig styrning som i sin tur kan skapa förutsättningar att gemensamt möta framtida utmaningar avseende exempelvis digitalisering och AI, säkerhet och robusthet, investeringar liksom kompetensförsörjning.

Genom ett samlat ansvar för all egenägd vårdproduktion blir de förtroendevaldas ansvar tydligt. En samlad produktion skapar också strukturella förutsättningar för att öka samordningen och att omfördela resurser utifrån politiska prioriteringar mellan akutsjukhusen och primärvården. Produktionsnämnden kommer också kunna arbeta mer flexibelt med resursallokering och kompetensförsörjning. En gemensam nämnd skulle också skapa förutsättningar för att enklare dela patientinformation.

En gemensam produktionsnämnd skulle kunna leda till besparingar genom ett effektivare resursutnyttjande av anläggningstillgångar. Om beställningarna görs mindre detaljerade kan akutsjukhusen och den nära vården arbeta flexiblare och skapa förutsättningar för en bättre horisontell samordning.

Region Stockholm fungerar både som systemägare, beställare och utförare för hälso- och sjukvårdsverksamheter som är konkurrensutsatta. Ansvaret är i detta alternativ tydligt genom en fortsatt uppdelning i en beställarorganisation och en utförarorganisation och skapar därmed förutsättningar för att upprätthålla konkurrensneutralitet. Uppeldningen ger också förutsättning att tydligt fördela frågor och ansvar mellan beställare och utförare. Vissa frågor är angeläget för vårdproduktionen, utifrån att de ska bedriva en god och effektiv vård, att besluta om i produktionsnämnden och på motsvarande sätt är andra frågor angelägna att besluta om i hälso- och sjukvårdsnämnden utifrån ett invånar-/patientperspektiv.

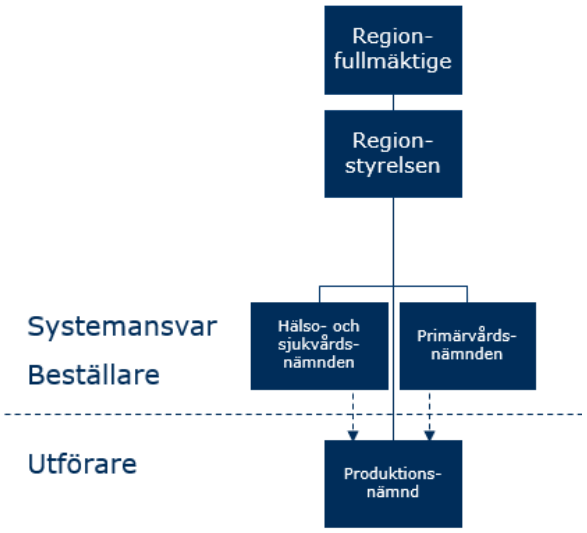
Nackdelar

Produktionsnämnden blir mycket stor både i antal anställda och ekonomisk omsättning. En utmaning för nämnden blir att säkerställa insyn och transparens samt upprätthålla lokalkännedom och närhet mellan nämnden och verksamheterna. Ett sätt ett säkerställa insyn kan vara, som tidigare nämnts, att produktionsnämnden organiserar utskott eller beredningar för varje akutsjukhus, som har löpande insyn i varje verksamhet alternativt att det görs för olika vårdprocesser eller verksamhetsområden som psykiatrin, akutvård och den nära vården.

Avståndet mellan verksamheten och beslut blir längre och samma närhet för exempelvis akutsjukhus och styrelser som finns idag försvinner. Detta kan leda till att operativa frågor i produktionen hamnar längre bort från beslut i nämnd med risk för en trögare beslutsprocess. Nämnden skulle behöva besluta om långtgående delegation för att skapa ett effektivt beslutsfattande inom organisationen. Samtidigt kommer nämndens ledamöter att vara ansvariga för alla beslut som tas i organisation som har cirka 40 000 medarbetare.

Den otydlig rollfördelning mellan ägare och beställare gällande exempelvis ekonomistyrning och styrsignaler som upplevs finnas idag försvinner inte med en organisationsförändring. Oavsett organisation behöver det göras en tydlig fördelning av ansvar mellan berörda organ, i det här fallet hälso- och sjukvårdsnämnden, produktionsnämnden och regionstyrelsen.

Exempel på hur alternativ 2 skulle kunna utformas:
Två nämnder utövar beställarstyrning och produktionen samlas i en nämnd



13.5 Alternativ 3 – Regionstyrelsen eller en nämnd med ansvar för all hälso- och sjukvård

Regionstyrelsen alternativt en nämnd får det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i enlighet med 7 kap i hälso- och sjukvårdslagen. Regionstyrelsen eller nämnden får också ansvar för all vårdproduktion i egenregi.

Ansvarsfördelning

I detta alternativ avskaffas beställarstyrningen, och regionstyrelsen alternativt en nämnd får ansvar för hela Region Stockholms hälso- och sjukvård. Denna modell är vanligt förekommande bland mindre regioner. Det innebär att regionstyrelsen alternativt nämnden ansvarar för att planera hälso- och sjukvården utifrån invånarnas behov, beställa vård från privata vårdgivare och samtidigt ansvara för produktionen av Region Stockholms egenägda vård. I mindre regioner har nämnden en förvaltning med en direktör, och de egna vårdgivarna organiseras som enheter inom förvaltningen. På samma sätt som beskrivs i alternativ två organiseras alla akutsjukhus, AISAB och SLSO under nämnden. Samtidigt får nämnden ansvar för beställning av vård från privata vårdgivare. Till det kommer alla uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämnden idag har ansvar för.

Nämnden bör inrätta ett antal funktionella utskott och/eller beredningar. Ett alternativ är att nämnden har ett utskott för varje akutsjukhus eller att utskott bildas utifrån vårdprocesser som exempelvis vård för äldre,

närsjukvård, prehospital vård, psykiatri, primärvård eller akutsjukvård. Nämnden skulle också kunna bilda ett beställarutskott som avtalar om vård av privata utförare. Likaså skulle nämnden kunna inrätta ett eller flera geografiska utskott som bland annat kan få i uppdrag att samverka med kommunerna.

Bildandet av nämnden kan genomföras genom att Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB och AISAB avbolagiseras och tillsammans med nämnderna, Karolinska Universitetssjukhuset, SLSO och hälso- och sjukvårdsnämnden organiseras i en nämnd.

I detta alternativ upphör formella vårdbeställningar för den egenägda vården. Samtidigt måste nämnden hitta nya sätt för att precisera uppdrag och resurser för alla verksamheter. Inom de vårdområden där lagen om valfrihet (LOV) tillämpas omfattar kraven även Region Stockholms egna vårdgivare. De tidigare hälso- och sjukvårdsproducerande nämndernas och bolagens organisationer skulle behöva ses över för att eventuellt centralisera vissa funktioner. Även i detta alternativ kommer regionstyrelsen att utgöra Region Stockholms huvudsakliga arbetsgivarorgan.

Nämnden skulle som i alternativ två också kunna organiseras utifrån en geografisk uppdelning likt den struktur som funnits tidigare inom dåvarande Stockholms läns landsting. Detta skulle kunna skapa förutsättningar för en närmare samverkan med kommuner och intresseorganisationer samt en tydligare lokal förankring och närhet till invånare och förtroendevalda. Det skulle dock medföra risker som funnits tidigare med svårigheter att upprätthålla en god och jämlik vård mellan de geografiska områdena. Det finns också risk att det medför ökade kostnader och administration när en organisation ska bildas för varje geografiskt område. Risk finns också att ansvarsfördelning mellan områdena blir otydlig och att det kan uppstå svårigheter med samverkan.

Styrning och uppföljning

Regionstyrelsen eller den nya hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag regleras i reglementen och styrs i huvudsak från regionfullmäktige genom budgetens anslag, resultatkrav, mål och uppdrag. Detta alternativ innebär att beställarstyrning för den egenägda vården upphör. Behovet av att styra och följa upp vårdens olika verksamheter kommer dock att kvarstå. Nämnden och eventuellt regionfullmäktige måste fördela resurser, mål och uppdrag till sjukvårdsverksamheterna. Det kan dock ske inom ramen för budget och verksamhetsplaneringen. Dagens överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och de egenägda vårdgivarna ersätts med

beslut i den nya nämndens verksamhetsplan. Inom de vårdområden där lagen om valfrihet (LOV) används kommer dock de egna vårdgivarna även fortsättningsvis att styras av avtal och överenskommelser.

Fördelar
På övergripande nivå är detta en till synes enkel modell. Förslaget innebär en tydlig rollfördelning genom att samla ansvaret för Region Stockholms hälso- och sjukvård i en nämnd där också det politiska ansvaret blir tydligt. En samlad egenägd vård skapar strukturella förutsättningar för att öka samordningen. Alla hälso- och sjukvårdsfrågor får en naturlig hemvist. Oavsett om det handlar om strategiska frågor som framtida vårdbehov, investeringar, upphandlingar av privat vård, utbildning, forskning, kompetensförsörjning, kris och katastrofberedskap, digitalisering och AI, säkerhet och robusthet, med mera.

Genom att samla ansvaret för hälso- och sjukvården kan patientinformation enklare delas och det ger förutsättningarna att bättre nyttja gemensamma resurser. Förutsättningar att minska administrationen finns också genom att exempelvis enhetliga system och beslutsstöd kan införas och delningen av data underlättas.

Regionstyrelsen eller den nya nämnden kommer att ha möjlighet att prioritera inom den egenägda vården och arbeta mer flexibelt med resursallokering och kompetensförsörjning. Styrelsen eller nämnden kommer också att ha möjlighet att göra prioriteringar av resurser mellan privata vårdgivare och Region Stockholms egna vårdgivare.

Nackdelar
Likt föregående alternativ kommer nämnden eller regionstyrelsen att ansvara för en omfattande verksamhet. Frågan om en organisation med exempelvis olika utskott och beredningar, som har löpande insyn i varje verksamhet är aktuell också här.

Även om alla verksamheter förs samman upphör inte behovet av styrning. Det behöver utvecklas nya system för att kunna styra och följa upp verksamheternas kvalitet, effektivitet och produktivitet och för att kunna fördela resurser.

Ett motiv till uppdelningen beställare och utförare var att det skulle möjliggöra ett tydligare patient- och invånarperspektiv. Detta alternativ medför att den nya nämnden ska företräda patienter, invånare och samtidigt ansvara för en mycket omfattande vårdproduktion. I detta alternativ finns en risk att patient- och invånarperspektivet får stå tillbaka.

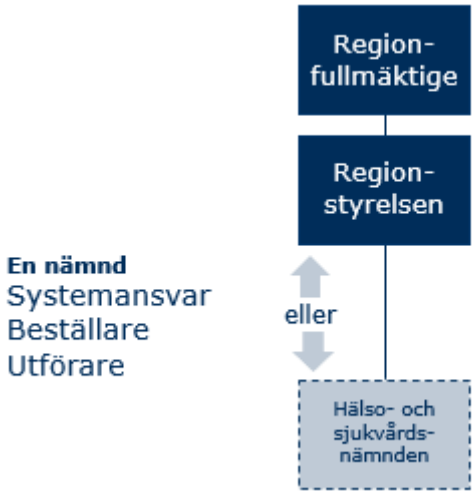
Avståndet mellan verksamheten och beslut blir längre och samma närhet för exempelvis akutsjukhus och styrelser som finns idag försvinner. Detta kan leda till att operativa frågor i produktionen hamnar längre bort från beslut i nämnd med risk för en trögare beslutsprocess. Regionstyrelsen eller den nya nämnden skulle behöva besluta om långtgående delegation för att skapa ett effektivt beslutsfattande inom organisationen. Samtidigt kommer nämndens ledamöter att vara ansvariga för alla beslut som tas i organisation som har ca 40 000 medarbetare och en omsättning på nästan 100 miljarder kronor.

Rollfördelningen mellan regionfullmäktige och nämnden kommer att behöva preciseras. Regionfullmäktige ska besluta om alla frågor av större vikt, principiella frågor och frågor av ekonomisk betydelse vilket behöver definieras i förhållande till nämndens stora ansvarsområde. Enligt kommunallagen ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Vid alternativet med en hälso- och sjukvårdsorganisationen organiserad under regionstyrelsen behöver regionstyrelsens uppsiktplikt förtydligas.

Alternativet är det minst konkurrensneutrala då nämnden fungerar både som systemägare, beställare och utförare för hälso- och sjukvårdsverksamheter som är konkurrensutsatta. För att undvika intressekonflikter kan beställningar mot privata vårdgivare läggas i en separat nämnd eller under regionstyrelsen.

Ett annat alternativ kan vara att bilda två nämnder, en för primärvård och en för akutsjukhus. Det skulle innebära att primärvårdsnämnden ansvarade för planering av hälso- och sjukvård, beställningar av hälso- och sjukvård från privata vårdgivare och ansvarade för Region Stockholms produktionen av primärvård. Akutsjukvårdsnämnden får motsvarande uppdrag för akutsjukhusen. Fördelen kan vara att nämndernas uppdrag blir aningen mindre. Delas uppdragen på två nämnder krävs dock en samordning av gemensamma frågor. Det innebär att fördelarna med att samla hälso- och sjukvårdsproduktionen i en organisation inte uppstår men nackdelarna med stora nämnder kvarstår.

Exempel på hur alternativ 3 skulle kunna utformas:
Regionstyrelsen eller en nämnd med ansvar för all hälso- och sjukvård



BILAGOR

Fördjupningsbilagor

Bilaga 1 Genomförande av en avbolagisering
Bilaga 2 Sammansättning av nämnder och styrelser
Bilaga 3 Nivåstrukturering och geografisk indelning
Bilaga 4 Omvårdnadsperspektivet

Övriga bilagor

Bilaga 5 Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper, RS 2019-0421
Bilaga 6 Forskningsgenomgång
Bilaga 7 Nyckeltal
Bilaga 8 Illustrationer
Bilaga 9 Historik organisation 1992-2023

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 1

Genomförande av en avbolagisering

Innehållsförteckning

1. Avgränsning....3
2. Sammanfattning....3
3. Bakgrund....4
4. Tidigare avbolagiseringar inom Region Stockholm....6
5. Effekter av en avbolagisering....6
5.1 Kommunalrätt....6
5.2 Bolagsrätt....7
5.2.1 Avbolagisering....7
5.2.2 Bolagisering....8
5.3 Arbetsrätt....8
5.4 Skatterätt....10
5.4.1 Inkomstskattelag....10
5.4.2 Mervärdesskatt....12
5.5 Avtalsrätt....15
5.6 Pensionskostnader....15
5.7 Övrigt....16
6. Ekonomiska konsekvenser vid avbolagisering....16
7. Slutsatser....17

1. Avgränsning

Bilagan behandlar olika aspekter kopplade till eventuella avbolagiseringar av de bolag inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB som bedriver sjukhusverksamhet och prehospital vård. Bolagen som avses är Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB samt Ambulanssjukvården i Storstockholm AB.

2. Sammanfattning

Avsikterna med de bolagiseringar av sjukvårdsverksamheterna som genomfördes i början av 2000-talet var att de bland annat skulle medföra tydligare roll- och ansvarsfördelning, kortare och tydligare beslutsvägar, lättare att göra jämförelser mellan olika verksamheter och att öka konkurrensen och upprätthålla konkurrensneutralitet mellan olika vårdproducenter.

Kommunal- och bolagsrättsligt finns inga hinder mot att genomföra eventuella avbolagiseringar. Inte heller den arbetsrättsliga sidan motverkar avbolagisering. Region Stockholm har redan vid ett flertal tillfällen genomfört avbolagiseringar av olika anledningar, antingen genom verksamhetsöverlåtelser från bolag till Region Stockholm eller genom att ett dotterbolags verksamhet fusionerats med moderbolagets. Den största avbolagiseringen genomfördes när verksamheten i Huddinge Universitetssjukhus AB 2004 överfördes till nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset.

Sjukhusbolagen är normalt skyldiga att betala inkomstskatt på eventuella årliga överskott som redovisas. Eftersom verksamheterna har redovisat negativa resultat över tid har det upparbetats skattemässiga underskott som har medfört att ingen inkomstskatt hittills har betalats. Men om bolagen skulle börja efterleva regionfullmäktiges resultatkrav kommer inkomstskatt att behöva betalas om ett antal år.

Sjukhusbolagen har ingen avdragsrätt för ingående mervärdesskatt på inköp som görs till verksamheterna, vilket får till följd att anläggningstillgångars bokförda värden inkluderar mervärdesskatt och härigenom föranleder högre kostnader för avskrivningar i jämförelse med om avdragsrätt funnits. Avbolagisering av sjukhusbolagen skulle kunna innebära att Region Stockholm återför ingående mervärdesskatt till vissa delar på anläggningstillgångar som sjukhusbolagen inte haft avdragsrätt för.

3. Bakgrund

Under år 1999 fattade regionfullmäktige beslut om att bolagisera Huddinge sjukhus, S:t Eriks ögonsjukhus och Danderyds sjukhus och Folktandvården, vilka genomfördes under år 2000. År 2002 bolagiserades även Södersjukhuset och Norrtälje Sjukhus och 2009 genomgick också Södertälje Sjukhus en bolagisering. Det primära syftet med bolagiseringarna var att bolagen i skulle få en fri och självständig ställning som skulle skapa incitament för de nybildade bolagen att inom driftsformen skapa en effektivare verksamhet och att uppnå avkastningskraven. Hälso- och sjukvårdsnämnden skulle få en tydligare roll att bedöma vad som ska göras och till vilken volym och bolagen skulle självständigt bedöma hur detta ska genomföras. Förutom fri, oberoende och självständig ställning anfördes ett antal ytterligare argument enligt nedanstående punkter som bärande principer för bolagiseringarna.

- Tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan ägare och kunderna (beställarna)
- Tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan ägaren, styrelsen och ledningen för produktionen
- Kortare och tydligare beslutsvägar vilket leder till snabbare beslutsfattande
- Bättre möjligheter för personalen att finna identifikation med produktionsenheten, vilket leder till bättre arbetsförutsättningar
- Lättare att tydliggöra de ekonomiska krav som ägaren ställer
- Lättare att göra jämförelser mellan olika enheter, i syfte att öka konkurrensen och upprätthålla konkurrensneutralitet mellan olika producenter

Från tjänstemannahåll har frågan om eventuella avbolagiseringar lyfts fram till den styrande majoriteten inför varje ny mandatperiod sedan ett antal val tillbaka. Eftersom frågan har ansetts vara komplex och att den skulle medföra stora omställningar för Region Stockholm har frågan fram till idag inte mynnat ut i något utredningsuppdrag.

Centrala utgångspunkter för om en kommun eller region ska bedriva verksamhet i egen regi, i förvaltnings- eller bolagsform, är om den är nyttig för medborgarna, faller inom den kommunala eller regionala kompetensen och är förenlig med kraven på god ekonomisk hushållning. Av avgörande betydelse är också vilken politisk bedömning som görs i kommunen eller regionen av det önskvärda att vara engagerad i verksamheten. När kommunen eller regionen väljer att ha verksamhet i aktiebolag är det viktigt att kommunen eller regionen är en aktiv ägare. Att vara aktiv ägare innebär bland annat att löpande utvärdera verksamheten och verksamhetsformen,

bolagets strategier och mål, hur dessa passar i kommunens eller regionens övriga verksamhet samt hur bolagsverksamheten sköts av bolagsstyrelse och företagsledning. För att det ska finnas skäl för kommunen eller regionen att bedriva bolagsverksamhet krävs att verksamheten, tillsammans med kommunens eller regionens övriga verksamhet, direkt eller indirekt skapar nytta för medborgarna. Det är därför naturligt att bolagsverksamheten ska samordnas med kommunens eller regionens övriga verksamhet så långt det är möjligt och lämpligt. Således skiljer sig inte förutsättningarna åt när det gäller att bedriva verksamheter i bolag som ägs av kommuner respektive regioner.

Vid jämförelse mellan bolag som ägs av Region Stockholm respektive Stockholms stad har båda var sitt moderbolag som äger dotterbolagen som bedriver de kommunala verksamheterna. Stockholms stads moderbolag Stockholms Stadshus AB har en sammanhållande funktion för huvuddelen av Stockholms stads aktiebolag. Moderbolaget ansvarar för övergripande utveckling, strategisk planering, löpande översyn och omprövning, utöva ekonomisk kontroll och uppföljning samt utveckla styrformer och samspel mellan ägare, koncernledning och dotterbolag. Region Stockholms moderbolag Landstingshuset i Stockholm AB har en annorlunda funktion. Ägardirektiven som lämnats till bolaget anger att dotterbolagens och dotterdotterbolagens styrelser och ledningar har det strategiska och operativa ansvaret för att nå regionfullmäktiges mål inom respektive ansvarsområde. Moderbolaget ansvarar för uppföljning av att dotterbolagens och dotterdotterbolagens bolagsordningar samt ägarens generella och specifika ägardirektiv efterlevs. Bolaget ska också som ägare bidra till strategisk samordning och utveckling av dotterbolagens verksamhet.

Regionens bolag tillhandahåller huvudsakligen skattefinansierade tjänster till invånarna. Bolagen finansieras härigenom i huvudsak genom ersättningar från Region Stockholm. Undantaget är AB Storstockholms Lokaltrafik, som utöver intern finansiering även finansieras genom externa resenärsintäkter om cirka 45 procent, och Folktandvården Stockholms län AB som uteslutande finansieras av externa intäkter. Bolag som ägs av Stockholms Stad tillhandahåller sina invånare till exempel bostäder, parkering och vatten som finansieras genom avgifter som debiteras kommunens invånare som nyttjar dessa tjänster.

4. Tidigare avbolagiseringar inom Region Stockholm

Region Stockholm har vid tidigare tillfällen genomfört avbolagiseringar, vilka har genomförts i form av verksamhetsöverlåtelser till Region Stockholm eller genom att det aktuella bolaget har fusionerats med moderbolaget, se vidare avsnitt 6.2.

Verksamheten i Huddinge Universitetssjukhus AB sammanslogs i januari 2004 med Karolinska Universitetssjukhuset och verksamheten i AB Stockholms Läns Landstings Interfinans överfördes till regionstyrelsen i januari 2023. Avbolagiseringarna genomfördes som verksamhetsöverlåtelser, även kallade inkråmsöverlåtelser, vilket innebär att tillgångar och skulder överlåts till bokförda värden.

Under 2018 respektive 2021 överfördes verksamheterna i bolagen SL Infrateknik AB och SL Älvsjö AB till moderbolaget AB Storstockholms Lokaltrafik. Verksamheten i bolaget Prima Liv Danderyd AB överfördes till moderbolaget Danderyds Sjukhus AB under 2020. Avbolagiseringarna genomfördes genom att de aktuella dotterbolagen fusionerades med sitt respektive moderbolag, vilket innebär att tillgångar och skulder överförs till moderbolagets balansräkning till bokförda värden utan att en överlåtelse behöver genomföras. En sådan process är möjlig endast mellan moder- och dotterbolag.

Det kan i sammanhanget nämnas att trafiknämnden 2006 fick i uppdrag att genomföra en konsekvensanalys avseende avbolagisering av AB Storstockholms Lokaltrafik. Analysen visade att det fanns risk för väsentliga tillkommande kostnader förenade med avbolagisering och på grund av det genomfördes inte en avbolagisering, se vidare avsnitt 5.4.1.

5. Effekter av en avbolagisering

5.1 Kommunalrätt

Kommuner och regioner får själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar, men skötseln av sådana angelägenheter får också överlämnas till kommunala bolag, stiftelser och föreningar. Det är utifrån dessa bestämmelser som ovan nämnda verksamheter överfördes från nämndform till aktiebolagsform i början av 2000-talet.

Kommunallagen innehåller inga bestämmelser som reglerar vad som ska gälla när en överlämnad skötsel av en kommunal angelägenhet återgår till

att bedrivas av en kommun eller region självt. En återförd verksamhet kan placeras inom en befintlig nämnd, alternativt kan regionfullmäktige besluta att en ny nämnd skapas i samband med att verksamheten återförs till Region Stockholm. Regionfullmäktige behöver även besluta att befintlig nämnds reglemente uppdateras eller besluta om nytt reglemente för den nämnd eller nya nämnder som tillkommer.

Kommunallagen utgör med anledning av detta inget hinder för eventuella avbolagiseringar.

5.2 Bolagsrätt

5.2.1 Avbolagisering

I aktiebolagslagen finns inte några bestämmelser som är anknutna till överlåtelse av verksamhet och lagen utgör därför inte något hinder för eventuella avbolagiseringar.

Tidigare avbolagiseringar har antingen skett i form av verksamhetsöverlåtelser eller genom att ett dotterbolag fusioneras med moderbolaget. Verksamhetsöverlåtelse har varit aktuellt i de fall när verksamheten flyttas från att bedrivas i bolagsform till att bedrivas i nämndform. Fusion av dotterbolag har tillämpats i de fall verksamheten i dotterbolaget har övertagits av moderbolaget.

Verksamhetsöverlåtelser, så kallade inkråmsöverlåtelser, innebär att tillgångar och skulder överlåts till köparen. Det överlåtande bolaget finns efter överlåtelsen kvar som juridisk person. Bolaget blir ett så kallat vilande bolag, se vidare nedan, som i ett senare skede kan användas för att bedriva en ny kommunal verksamhet eller ta över en verksamhet som överförs från en nämnd. Ett vilande bolag kan således återaktiveras i samband med att verksamhet som bedrivs i nämnd överförs till ett bolag, se vidare under rubriken Bolagisering nedan.

Vid fusion av helägt dotterbolag tar moderbolaget över dotterbolagets samtliga tillgångar och skulder. I samband med fusionen avvecklas dotterbolaget i och med att det upphör att vara en juridisk person.

Vid en eventuell avbolagisering av sjukhusbolagen kommer verksamheterna att flyttas från att bedrivas i bolagsform till att bedrivas i nämndform, vilket innebär att verksamhetsförflyttningarna genomförs genom verksamhetsöverlåtelser, vilka baseras på de rutiner och principer som har tillämpats vid tidigare avbolagiseringar.

Efter en verksamhetsöverlåtelse till en nämnd kommer aktiebolaget inte att bedriva någon aktiv verksamhet, det blir ett så kallat vilande bolag. Till exempel har Huddinge Universitetssjukhus AB sedan verksamheten sammanslogs med Karolinska Universitetssjukhuset varit ett vilande bolag. Ett vilande bolag behöver dock på samma sätt som aktiva bolag fullgöra sina förpliktelser enligt aktiebolagslagen, vilket omfattar att hålla årlig bolagsstämma där styrelse utses och årsredovisning fastställs vilket även medför en ökad administration för Region Stockholm. Eftersom bolaget inte har bedrivit någon verksamhet sedan 2004 och det inte finns planer på att bedriva framtida verksamhet i bolaget bör Huddinge Universitetssjukhus AB därför avvecklas genom att bolaget fusioneras med moderbolaget Landstingshuset i Stockholm AB.

Det går inte att anmäla till Bolagsverket att företaget är vilande, utan registreringen i aktiebolagsregistret finns kvar även om bolaget inte har någon verksamhet. För att en avregistrering ska kunna genomföras efter en verksamhetsöverlåtelse måste bolaget antingen träda i frivillig likvidation, vilket innebär att bolagets eget kapital återbetalas till aktieägarna, eller genom att bolaget fusioneras med moderbolaget. En fusion kräver mindre administration och går fortare att genomföra än en frivillig likvidation, varför denna avvecklingsform har föredragits framför alternativet med frivillig likvidation vid tidigare avbolagiseringar när också avveckling av bolag har varit aktuellt.

5.2.2 Bolagisering

I samband med bolagiseringar, det vill säga att överföra en befintlig verksamhet till ett bolag, finns två olika tillvägagångssätt. Det första är att nyregistrera ett aktiebolag hos Bolagsverket. Detta alternativ tillämpades när Region Stockholm genom Landstingshuset i Stockholm AB bildade bolaget Film Stockholm AB och i det fallet tog det cirka tre månader innan bolaget blev registrerat hos Bolagsverket och verksamheten kunde starta. Den andra alternativet är att antingen köpa aktierna i ett så kallat lagerbolag, vilket är ett bolag som redan är registrerat hos Bolagsverket, eller att starta en ny verksamhet i ett befintligt bolag som är vilande och ägs av Landstingshuset i Stockholm AB, till exempel Huddinge Universitetssjukhus AB. I det senare fallet behöver bolagets firma och ändamål med verksamheten ändras bolagsordningen, vilket sker genom beslut av bolagsstämma. Fördelen med det senare alternativet är att i båda fallen kan verksamheten starta omgående.

5.3 Arbetsrätt

Det arbetsrättsliga begreppet vid en verksamhetsöverlåtelse är att det sker ett byte av arbetsgivare och att arbetstagarna blir föremål för en verksamhetsövergång.

Vid en verksamhetsöverlåtelse övergår också gällande rättigheter och skyldigheter enligt anställningsavtal och anställningsförhållanden till den nya arbetsgivaren. Det innebär att ingångna anställningsavtal hos bolagen i samband med eventuella avbolagiseringar överförs oförändrade till Region Stockholm och fortsätter att gälla.

Ålders-, invaliditets- eller efterlevandeförmåner ingår inte i en verksamhetsövergång. Innebörden av detta är att bolagets pensionsförpliktelser fram till övergångstillfället normalt stannar kvar i bolaget. I samband med tidigare genomförda avbolagiseringar har dock pensionsförpliktelserna i bolagen överförts till Region Stockholm genom att de har inkluderats som villkor i överlåtelseavtalet, vilket även kommer att gälla vid eventuella framtida avbolagiseringar. Pensioner som de anställda har tjänat in under sin anställningstid hos ett bolag kommer därför inte att påverkas negativt av en verksamhetsövergång.

En arbetstagare har rätt att motsätta sig övergången till den nya arbetsgivaren och välja att stanna kvar som anställd hos bolaget. Eftersom verksamheten i bolaget inte längre finns kvar uppstår då en övertalighetssituation med risk för uppsägning på grund av arbetsbrist.

De verkställande direktörerna vid sjukvårdsbolagen har enligt anställningsavtal rätt till avgångsvederlag om tolv månadslöner vid uppsägning från arbetsgivarens sida, vilket skulle kunna medföra tillkommande kostnader för bolagen om verkställande direktörens rättighet till avgångsvederlag inte kan omförhandlas i samband med en eventuell verksamhetsöverlåtelse. Avgångsvederlagen är inte pensions- eller semesterlönegrundande och eventuella inkomster som erhålls under tolvmånadersperioden ska avräknas från avgångsvederlaget.

För övriga anställda uppkommer inte en övertalighetssituation vid en eventuell avbolagisering eftersom verksamhetsövergången genomförs mellan två juridiska personer inom samma koncern, den enda skillnaden är att verksamheten fortsättningsvis kommer att bedrivas i en annan organisatorisk form. Några förändringar i verksamheterna som kan förväntas påverka arbetstagaren i sitt beslut genomförs inte heller.

Innan en arbetsgivare beslutar om viktigare förändringar av sin verksamhet, ska arbetsgivaren på eget initiativ förhandla med den arbetstagarorganisation som arbetsgivaren är bunden till av kollektivavtal. En mottagande arbetsgivare som är bunden av kollektivavtal som kan tillämpas på de arbetstagare som följer med vid en verksamhetsövergång blir inte bunden av den överlämnande arbetsgivarens

kollektivavtal. När det gäller verksamhetsövergång mellan Region Stockholms bolag och nämnder är dessa bundna av samma centrala kollektivavtal, varför det inte blir någon skillnad för arbetstagarna.

5.4 Skatterätt

Den juridiska personen Region Stockholm omfattas inte av lagstiftningen avseende inkomstskatt och är därför inte skattskyldig för inkomstskatt avseende resultat som uppkommer i de verksamheter som bedrivs inom nämndorganisationen. De regionägda bolagen utgör skattesubjekt som omfattas av skattelagstiftningen.

5.4.1 Inkomstskattelag

Bolag som bedriver näringsverksamhet i Sverige är normalt skyldiga att betala inkomstskatt på verksamhetens överskott. Det gäller även för kommunala bolag och följaktligen för Region Stockholms bolag. Inkomstskatten uppgår till 20,6 procent.

De regionägda bolagen ges årligen ett resultatkrav av regionfullmäktige i samband med beslut om budget. Det resultat som avses är resultat före bokslutsdispositioner och skatt. Historiskt sett har sjukvårdsbolagen haft svårigheter att uppfylla resultatkraven. Av nedanstående tabell framgår bolagens resultat i förhållande till resultatkrav för de fyra föregående budgetåren.

Bolag	Budgetår (mkr)							
	2022		**2021**		**2020**		**2019**	
	Res. Krav	Utfall	Res. Krav	Utfall	Res. Krav	Utfall	Res. Krav	Utfall
Danderyds Sjukhus AB	11,0	-310,9	11,0	-197,9	8,0	18,6	6,5	-352,9
Södersjukhuset AB	15,0	-294,1	15,0	-250,9	9,0	66,5	9,4	-361,8
Södertälje Sjukhus AB	4,0	-24,3	4,0	-18,7	2,0	94,9	3,3	-29,5
S:t Eriks Ögon-sjukhus AB	10,0	30,1	10,0	-21,3	3,0	9,4	33,0	22,7
Ambulans-sjukvården i Stor-stockholm AB	6,0	7,9	9,0	15,3	12,0	30,5	12,0	21,3

För bolag som ingår i en och samma koncern finns speciella regler som möjliggör att underskott i ett bolag kan kvittas mot överskott i ett annat bolag genom så kallade koncernbidrag. Koncernbidragets funktion är att utjämna beskattningseffekterna i en koncern så att dessa inte ska bli högre i jämförelse med om koncernbolagens verksamheter i stället bedrivits av ett enda bolag. Koncernbidrag redovisas som en bokslutsdisposition och inkluderas därför inte i bolagens resultatkrav, dock ingår koncernbidrag i bolagens legala resultat som redovisas i respektive bolags årsredovisning.

Landstingshuset i Stockholm AB är moderbolag i den koncern i vilken Region Stockholms sjukvårdsbolag ingår. Moderbolaget har över tid lämnat koncernbidrag till sjukvårdsbolagen när dotterbolagen har redovisat underskott eller erhållit koncernbidrag när dotterbolagen har redovisat överskott. Härigenom har dotterbolagens årliga resultat före bokslutsdispositioner och skatt överförts till moderbolaget, vilket innebär att dotterbolagens respektive eget kapital vid varje räkenskapsårs utgång uppgått till motsvarande belopp som fanns vid räkenskapsårets ingång.

Koncernbidragsreglerna som är tillämpliga för bolagen medför en ökad administration för Region Stockholm i jämförelse med administrationen kring de verksamheter som bedrivs i nämndform, vilka inte omfattas av regelverket.

Inkomstskattemässigt får överskott som uppkommer inom koncernen som helhet kvittas mot ackumulerade skattemässiga underskott som sparats från tidigare år, om sådana finns. På så sätt uppkommer inte några beskattningseffekter inom koncernen, så länge som ackumulerade underskott finns kvar.

Med anledning av att de olika verksamheter som bedrivs av dotterbolagen inom koncernen Landstingshuset i Stockholm AB sammantaget har redovisat ackumulerade skattemässiga underskott, samt att möjligheterna till koncernbidrag har utnyttjats för att utjämna beskattningseffekterna inom koncernen, har inget av bolagen hittills behövt betala någon inkomstskatt.

Vid utgången av 2022 uppgick ackumulerade skattemässiga underskott inom koncernen till 420 miljoner kronor. En analys har genomförts som visar att om bolagen inom koncernen från och med 2023 uppfyller sina respektive resultatkrav varje år, kommer koncernen att bli debiterad inkomstskatt från och med 2026 eftersom koncernens ackumulerade skattemässiga underskott över tid reduceras till noll. Under dessa förutsättningar, samt antagande om att inga avbolagiseringar genomförs,

beräknas inkomstskatten för 2026 uppgå till åtta miljoner kronor. Från och med 2027 beräknas inkomstskatten uppgå till 37 miljoner kronor årligen.

Koncernens ackumulerade skattemässiga underskott redovisas av moderbolaget. I samband med en eventuell avbolagisering av sjukvårdsbolagen under 2024 och utifrån antagande om att samtliga återstående dotterbolag uppfyller sina respektive resultatkrav för 2023 och efterföljande år, kommer koncernen att bli debiterad inkomstskatt från och med 2028. Inkomstskatten beräknas 2028 uppgå till 20 miljoner kronor och för efterföljande år till 25 miljoner kronor per år.

Köpeskillingen vid en verksamhetsöverlåtelse får ur ett skatterättsligt perspektiv inte understiga marknadsvärdet på de tillgångar och skulder som överlåts. Om marknadsvärdet är högre än köpeskillingen behöver bolaget redovisa mellanskillnaden som en positiv justeringspost i sin inkomstdeklaration, vilket innebär att det skattemässiga resultatet som ligger till grund för beskattningen ökar. En sådan justering påverkar koncernens skattemässiga underskott negativt i och med att det skattemässiga underskottet reduceras med motsvarande belopp. Om det skattemässiga underskottet skulle reduceras i sin helhet medför detta att koncernen kan komma behöva betala inkomstskatt.

Vid avbolagiseringen av Huddinge Universitetssjukhus AB genomfördes en marknadsvärdering av de tillgångar och skulder som ingick i verksamhetsöverlåtelsen. Utredningen kom fram till att marknadsvärdet var lägre än bokförda värden, varför de bokförda värdena lades till grund för verksamhetsöverlåtelsen.

Att genomföra avbolagisering medför att framtida resultatöverskott som skulle ha redovisats av bolaget aldrig blir föremål för beskattning.

Trafiknämnden fick 2006 i uppdrag att genomföra en konsekvensanalys avseende en avbolagisering av AB Storstockholms Lokaltrafik. Analysen visade att det fanns stora svårigheter med en marknadsvärdering av anläggningstillgångarna förenade med den spårbundna kollektivtrafiken. Analysen visade också att ett antal aktuella avtal om finansiering av anläggningstillgångarna skulle kunna medföra risk för väsentliga skadestånd om en avbolagisering genomfördes. På grund av dessa orsaker genomfördes inte någon avbolagisering av AB Storstockholms Lokaltrafik.

5.4.2 Mervärdesskatt

Omsättning av tjänster som utgör sjukvård, tandvård eller social omsorg är undantagen från skatteplikt för mervärdesskatt. Det gäller också för

tjänster av annat slag och varor som den som tillhandahåller vården eller omsorgen omsätter som ett led i denna.

Region Stockholms sjukvårdsbolag omfattas av ovanstående och behöver således normalt inte debitera mervärdesskatt för de tjänster som de tillhandahåller. Eftersom bolagen inte har någon skyldighet att debitera utgående skatt har de inte heller någon rätt att göra avdrag för ingående skatt, det vill säga den mervärdesskatt som bolagen blir debiterade vid sina inköpförvärv från andra näringsidkare. Den ingående skatten blir i stället en kostnad i verksamheten.

För att kompensera bolagen för denna kostnad erhåller de enligt avtalen med beställaren momskompensation utöver avtalad ersättning. Ersättningen beräknas enligt schablon till sex procent och överensstämmer med den momsersättning som Region Stockholm erhåller från staten för upphandlade tjänster. Tanken är att regionerna ska få ersättning för så kallad ”dold moms” i upphandlade avtal inom verksamhetsområden där utföraren inte har avdragsrätt för ingående mervärdesskatt, vilket innebär att utföraren behöver ta ut ett högre pris för tillhandahållna tjänster. Om regioner själva utför sådana verksamheter får regionerna tillbaka den ingående mervärdesskatten från staten, vilket är fallet när sjukvård bedrivs av en nämnd. Utan momsersättningen skulle det bli dyrare för regionerna att överlämna sina angelägenheter till någon annan.

Under 2020 genomfördes en översiktlig analys av vilka resultateffekter som uppkommer i Region Stockholms nämnder och bolag inom sjukvården på grund av momskompensationen. Analysen visade att den momskompensation som lämnas till bolagen i princip motsvarar den kostnad som belastar bolagen för den mervärdesskatt som inte är avdragsgill. Sett ur ett mervärdesperspektiv har det således inte någon väsentlig betydelse om verksamheten bedrivs som bolag eller nämnd.

Bolagen har inte heller avdragsrätt för ingående mervärdesskatt vid förvärv av anläggningstillgångar, vilket innebär att de bokförda värdena inkluderar mervärdesskatt. Detta innebär att sjukvårdsbolagen belastas med högre kostnader för årliga avskrivningar på anläggningstillgångar i jämförelse med sjukvårdsverksamheter som bedrivs i nämndform, vilka får tillbaka ingående moms från staten. I samband med en verksamhetsöverlåtelse till Region Stockholm kan delar av ingående mervärdesskatt på anläggningstillgångar som övertas från sjukvårdsbolagen återfås från staten genom så kallad jämkning.

Jämkning är tillämpligt på enskilda anläggningstillgångar för vilka den ingående skatten uppgår till minst 50 000 kronor vid förvärvet, det vill säga

ett inköpspris om minst 250 000 kronor inklusive mervärdesskatt, och inköpet har skett inom fem år före verksamhetsöverlåtelsen. Region Stockholm har i dessa fall möjlighet att återfå en femtedel av mervärdesskattebeloppet för respektive år som återstår av femårsperioden.

Eftersom Region Stockholms sjukhusbolag över tid har förvärvat medicinteknisk utrustning, som normalt har höga anskaffningsvärden, skulle en avbolagisering kunna medföra återbetalningar av mervärdesskatt från staten. Återbetalningarna minskar de övertagna anläggningstillgångarnas anskaffningsvärde hos Region Stockholm och medför därför inte någon resultatpåverkan när återbetalning sker. Resultatpåverkan uppstår i stället över tid i form av lägre årliga kostnader för avskrivningar.

För att jämkning ska kunna ske behöver bolagen analysera vilka anläggningstillgångar som omfattas av jämkning. Vidare behöver jämkningshandlingar upprättas som överlämnas till Region Stockholm.

En aktuell fråga inom sjukvården är om det ska vara moms eller inte moms på bemanningstjänster. Efter att Högsta förvaltningsdomstolen i en dom klargjort att uthyrning av personal är en momspliktig tjänst och inte momsbefriad sjukvård har Skatteverket tolkat domen i ett ställningstagande. Bakgrunden är att det i juni 2018 kom en dom från Högsta förvaltningsdomstolen som innebär en förändring kring hur uthyrning av legitimerad vårdpersonal som utför sjukvård ska hanteras vad gäller moms. Högsta förvaltningsdomstolen kom i domen fram till att ett bemanningsföretags uthyrning av personal är momspliktigt och ej momsfri vård. Därefter tolkade Skatteverket domen och redogjorde i ett ställningstagande under hösten 2018 att uthyrning av personal är momspliktigt då en sådan tjänst inte kan utgöra vård. Skatteverket menar att en vårdtjänst är momsfri då säljaren tillhandahåller vården under eget ansvar och själv driver den mottagning som tillhandahåller vården till patienten. Om så inte är fallet ska den som hyr ut vårdpersonal, även om det är sjukvård som ska utföras, anses sälja en momspliktig bemanningstjänst.

Skatteverkets ställningstagande har inneburit att det för sjukvårdsbolagen uppkommit tillkommande kostnader om 25 procent på kostnader för att hyra in personal från bemanningspersonal eftersom momsen inte är avdragsgill. För de sjukvårdsverksamheter som bedrivs i nämndform har någon tillkommande kostnad inte varit aktuell eftersom momsen återfås från staten.

5.5 Avtalsrätt

Inför eventuella verksamhetsövergångar från sjukvårdsbolagen till Region Stockholm behöver det genomföras en inventering av samtliga aktiva avtal som bolagen har ingått, vilka behöver överföras till Region Stockholm. Verksamhetskritiska avtal som inte är överlåtelsebara behöver särskilt identifieras. Sjukhusavtalen behöver överföras till den nämnd som tar emot den övertagna verksamheten.

I samband med en verksamhetsöverlåtelse behöver ingångna avtal överlåtas till Region Stockholm via förhandlingar med respektive avtalspart.

5.6 Pensionskostnader

Bolag och nämnder inom Region Stockholm redovisar pensionskostnader på olika sätt. Bolagen redovisar själva sina respektive pensionskostnader som förändras över tid under ett och samma räkenskapsår, vilket även får genomslag på bolagens resultat och prognos under räkenskapsåret.

Underlag för redovisning av pensionskostnader tillhandahålls av KPA Pension vid tre prognostillfällen varje räkenskapsår för både nämnder och bolag. KPA Pension genomför beräkningar som baseras på olika parametrar som påverkar pensionskostnadernas storlek, till exempel antaganden om inflations- och löneutveckling och förändring av inkomstbasbelopp samt diskonteringsränta, vilka kan förändras mellan olika prognostillfällen. Detta får till följd att bolagens pensionskostnader för innevarande år normalt avviker från de pensionskostnader som varit beräknade i samband med budgetprocessen för innevarande år. Denna situation ger sämre planeringsförutsättningar för bolagen i jämförelse med nämnderna.

Pensionskostnaderna avseende nämnderna redovisas hos den centrala redovisningsenheten koncernfinansiering. Pensionskostnaderna debiteras ut på nämnderna genom att dessa belastas med ett internt personalomkostnadspålägg som inkluderar kostnader för lagstadgade sociala avgifter, arbetsmarknadsförsäkringar och pensioner som redovisas av den centrala redovisningsenheten koncernfinansiering. Personalomkostnadspåläggets storlek fastställs inför varje räkenskapsår i samband med budgetprocessen och är därefter oförändrat under hela räkenskapsåret. Nämndernas kostnad för pensioner, som en del av personalomkostnadspålägget, påverkas härigenom inte av att det sker förändringar i Region Stockholms pensionsprognoser löpande under räkenskapsåret. Nämnderna erhåller därför bättre planeringsförutsättningar för sina personalkostnader i jämförelse med bolagen.

5.7 Övrigt

I övrigt uppkommer i samband med eventuella avbolagiseringar frågor kopplade till hanteringen av allmänna handlingar där arkivaspekter, avslutande av arkivserier, leverans av handlingar till regionarkivet, sekretessfrågor med mera behöver utredas och planeras. Ett annat område som berörs är behandling av personuppgifter och informationshantering i samband med överlämnande av dessa till nytt personuppgiftsansvarigt organ i form av mottagande nämnd.

6. Ekonomiska konsekvenser vid avbolagisering

De administrativa åtgärder som behöver genomföras i samband med avbolagiseringar utförs av regionens anställda inom sjukvårdsbolagen och regionledningskontoret. Åtgärderna omfattar bland annat inventering och värdering av anläggningstillgångar, inventering av gällande avtal, genomföra verksamhetsövergångar för personal, upprätta överlåtelseavtal mellan sjukvårdsbolagen och Region Stockholm samt genomföra fusionsprocesser för att avveckla sjukvårdsbolagen. I samband med fusionsprocessen behöver avgifter betalas till Bolagsverket, vilka för respektive sjukvårdsbolag uppgår till 3 000 kronor. Utöver dessa avgifter bedöms inte några tillkommande kostnader uppkomma för de administrativa åtgärderna.

I samband med att sjukvårdsverksamheterna bolagiserades och Huddinge Universitetssjukhus AB avbolagiserades genomfördes värderingar av anläggningstillgångarna som ingick i överlåtelserna. Dessa värderingar genomfördes av utomstående parter som i samtliga fall kom fram till slutsatsen att överlåtelse av anläggningstillgångar kunde ske till bokfört värde utan att det skulle medföra några skattemässiga konsekvenser. Vid genomförande av eventuella framtida avbolagiseringar bedöms samma slutsats vara tillämplig. Tillkommande kostnad för värdering av anläggningstillgångar utförda av utomstående part bedöms därför inte uppstå.

Om verksamheterna i sjukvårdsbolagen överförs till Region Stockholm finns möjlighet att återfå delar av den ingående moms som sjukvårdsbolagen inte har haft avdragsrätt för vid förvärv av anläggningstillgångar. Detta avser anläggningstillgångar med ett anskaffningsvärde om minst 250 000 kronor inklusive mervärdesskatt och som har förvärvats inom fem år före verksamhetsöverlåtelsen. Region Stockholm har i dessa fall möjlighet att återfå 20 procent av mervärdesskattebeloppet för respektive år som återstår av femårsperioden. Nyanskaffad medicinteknisk utrustning som överförs till Region Stockholm i samband med avbolagisering kan härigenom påverka Region Stockholms

resultat positivt genom lägre årliga avskrivningskostnader, i jämförelse med att anläggningstillgången kvarstår hos sjukvårdsbolagen.

Sjukvårdsbolagens verkställande direktörer har enligt anställningsavtal rätt till avgångsvederlag vid uppsägning från sjukvårdsbolagens sida. Utifall någon av sjukvårdsbolagens verkställande direktörer inte kan erbjudas en annan tjänst inom Region Stockholm och härigenom behöver sägas upp i samband med avbolagisering, uppkommer tillkommande kostnad som motsvarar tolv månadslöner med tillägg för lagstadgade sociala avgifter om 31,42 procent

7. Slutsatser

Att genomföra avbolagiseringar och på så sätt överföra verksamheter till nämnder förutsätter att vissa formalia följs men innebär ingen större omställning för Region Stockholm eftersom bolagens verksamheter kommer att bedrivas på samma sätt som tidigare. Regionfullmäktige behöver uppdatera reglementen för befintliga nämnder eller besluta om reglementen för nya nämnder samt tillsätta ledamöter för nya nämnder. Medarbetare hos bolagen påverkas inte vid en övergång till en nämnd och inte heller regionens invånare påverkas av att verksamheten byter organisatorisk form.

Om sjukhusbolagen börjar redovisa resultat i enlighet med regionfullmäktiges resultatkrav finns en risk för att alla dotterbolag till Landstingshuset i Stockholm AB behöver betala inkomstskatt inom ett antal år. Eventuella avbolagiseringar av de aktuella sjukhusbolagen skulle medföra att denna risk reduceras, förutsatt att verksamheterna kommande år redovisar positiva resultat oavsett verksamhetsform.

Sjukhusbolagen har inte avdragsrätt för ingående mervärdesskatt på inköp som görs till verksamheten. Anläggningstillgångars anskaffningsvärden inkluderar därför mervärdesskatt som medför att kostnaderna för avskrivningar blir högre. Om verksamheterna i bolagen skulle överföras till Region Stockholm finns möjlighet att återfå delar av ingående moms från staten på vissa anläggningstillgångar. Anskaffningsvärdena skulle i sådant fall minska och bidra positivt till Region Stockholms resultat i och med att kostnader för avskrivningar över tid minskar.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 2

Sammansättning av nämnder och styrelser

Innehållsförteckning

1. Utredningsuppdrag 3
1.1 Syfte 3
1.2 Avgränsning....3

2. Historik och nuläge 3
2.1 Beslut om externa professionella ledamöter 3
2.2 Principer för sammansättning.... 4

3. Sammansättning....5
3.1 Vårdproducerande nämnder 5
3.2 Vårdproducerande bolagsstyrelser.... 6

4. Problembeskrivning 7
4.1 Styrning 7
4.2 Ansvarsutkrävande.... 8
4.3 Insyn 8

5. Sammansättning av ledamöter i nämnder och styrelser..... 9

1. Utredningsuppdrag

1.1 Syfte

Enligt direktivet till utredningen om styrningen av den egenägda vårdproduktionen ska alternativ för tillsättning av nämnd- och styrelseledamöter presenteras, vilket görs i denna bilaga. Direktivet pekar också på vikten av att åstadkomma ett tydligt ansvarsutkrävande och en ökad insyn i bolagsstyrelserna, utifrån en demokratisk synvinkel såväl som ett styrningsperspektiv. Därför ska utredningen även undersöka hur detta kan uppnås samt vilka för- och nackdelar det finns med nuvarande modell och andra modeller för sammansättning av ledamöter i nämnder och styrelser.

1.2 Avgränsning

Utredningen avgränsas till den egenägda hälso- och sjukvårdsproduktionen inom Region Stockholm och avser Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns sjukvårdsområde, Danderyds Sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Södertälje Sjukhus AB, S:t Eriks Ögonsjukhus AB och Ambulanssjukvården i Storstockholm AB (AISAB). Dessa verksamheter bedrivs i nämnd- och bolagsform men med gemensamma utgångspunkter för styrning och sammansättning av ledamöter.

Begreppet ”ägare” och ”ägarstyrning” syftar i denna utredning till den roll och den styrning som regionfullmäktige genom regionstyrelsen och dess ansvariga utskott samt moderbolaget Landstingshuset i Stockholm AB, LISAB, utövar över koncernbolagen och i tillämpliga delar även de vårdproducerande nämnderna för Karolinska och Stockholms läns sjukvårdsområde. Utgångspunkt tas i Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper (RS 2019-0421).

2. Historik och nuläge

2.1 Beslut om externa professionella ledamöter

I samband med bolagiseringen av en stor del av vårdproduktionen i det dåvarande landstinget fattades också ett principbeslut om att ledamöter i nämnder och styrelser som utför vårdproduktion ska vara externa och styrelserna professionellt sammansatta[1]. Syftet var att utförarens nämnd respektive styrelse ska kompletteras med sådan extern och professionell

[1] Beslutet gäller samtliga dotterbolag inom moderbolaget Landstingshuset i Stockholm AB, LISAB, undantaget fastighetsbolaget Locum AB som har förtroendevalda ledamöter i styrelsen.

kompetens som landstinget – numera regionen – själv inte besitter[2]. I efterföljande beslut om ägarstyrning av landstingsägda aktiebolag beslutades att utforma förslag till likartad ägarstyrning av förvaltningsdrivna vårdgivare (nämnder) för att jämställa dessa med bolagiserade vårdgivare. Det inkluderade de vårdproducerande nämndernas sammansättning, som liksom bolagsstyrelserna skulle vara professionellt tillsatta och bestå av externa ledamöter.[3]

2.2 Principer för sammansättning

Sammansättningar görs idag utifrån kategorierna externa, tjänstemän, förtroendevalda eller en blandning av representanter ur de olika kategorierna. Därtill kommer adjungerade funktioner som ägarrepresentanter och arbetstagarrepresentanter, vilket redogörs för nedan. För vårdproducerande nämnder och styrelser utses externa professionella ledamöter.

Nämnder och styrelser skall ha en med hänsyn till bolagets verksamhet, utvecklingsskede och förhållanden i övrigt ändamålsenlig sammansättning, präglad av mångsidighet och bredd avseende ledamöternas kompetens, erfarenhet och bakgrund i övrigt. En jämn könsfördelning i styrelsen skall eftersträvas.

Processen för att nominera ledamöter skiljer sig åt beroende på om det rör en nämnd eller en styrelse men det är alltid fullmäktige som fattar beslut om tillsättning, i enlighet med kommunallagen.

[2] Drift av landstingsägd produktionsverksamhet i fri och självständig ställning, LS 9905-0310 ”För att åstadkomma bästa möjliga förutsättningar för effektiva producenter är det viktigt att bolagen förses med styrelser som på bästa sätt kan tillvara ta bolagets intressen och driva dess utveckling. Parlamentariskt sammansatta styrelser leder lätt till oenighet i styrelsen och därtill kommer att långsiktighet i arbetet försvåras p.g.a. uppdrag som styrelseledamot knyts till mandatperioderna. Styrelseledamöter i bolagsstyrelserna bör därför inte vara politiker, utan utgöras av s.k. professionella styrelseledamöter.”

[3] (LS 9912-0707)

3. Sammansättning

3.1 Vårdproducerande nämnder

Vårdproducerande nämnd	Ledamöter
Karolinska Universitetssjukhuset	7
Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO	5

De vårdproducerande nämndernas roller och sammansättning:

Ledamöter
Nämndernas ledamöter väljs av fullmäktige som också utser ordförande och i förekommande fall vice ordförande. Kommunallagens bosättningskrav ska tillämpas, det vill säga att ledamöter måste vara folkbokförda inom Region Stockholm för att kunna tillsättas. Ansvaret i nämnden är kollektivt och nämnden ansvarar i allt väsentligt gemensamt för verksamheten.

Ägarrepresentation
Ägarrepresentation[4] infördes 2016 som en del i att stärka styrningen genom ökad insyn och stärkt samverkan. Nämnder med vårdproduktion reducerades med en ledamot och ersattes av en ägarrepresentant som nämnden uppdrogs att adjungera in. Adjungeringen medför endast närvaro- och yttranderätt och därmed saknas formellt ansvar.

Ägarrepresentant är regiondirektören eller en av regiondirektören utsedd person. Representanten ska bistå med ett koncernperspektiv och med regionintern sakkunskap i enskilda frågor. Representanten ska tydliggöra fullmäktiges styrning när så behövs.[5]

Personalföreträdare
Personalföreträdare i en nämnd utses av den eller de lokala arbetstagarorganisationer som regionen har kollektivavtal med. De har närvaro- och yttranderätt men inte rösträtt.

[4] LS 1411-1289
[5] Samordningsansvar för sjukvårdsproduktion ligger hos LISAB och regionstyrelsen. Frågor av strategisk eller särskild vikt eller principiell beskaffenhet ska tillställas LISAB, regionstyrelsen eller fullmäktige i enlighet med generella ägardirektiv.

3.2 Vårdproducerande bolagsstyrelser

Vårdproducerande bolag	Antal ledamöter	Bolagsordning medger
Danderyds Sjukhus AB	5	3–5
Södersjukhuset AB	5	3–5
Södertälje Sjukhus AB	5	3–5
S:t Eriks Ögonsjukhus AB	4	3–5
Ambulanssjukvården i Storstockholm AB, AISAB	4	3–5

De vårdproducerande styrelsernas roller och sammansättning:

Ledamöter
Styrelsens ledamöter väljs av fullmäktige som också utser ordförande och i förekommande fall vice ordförande, för anmälan på bolagsstämma. En styrelseledamot är syssloman i bolaget och skyldig att ägna uppdraget den tid och omsorg som krävs för att på bästa sätt tillvarata bolagets intresse. En styrelseledamot ska alltså verka för regionfullmäktiges ändamål med verksamheten, som det uttrycks i bolagsordning och ägardirektiv.

En styrelseledamot är personligen ansvarig för de beslut som denna deltar i inom ramen för styrelsens arbete. Styrelseledamoten har en lojalitetsplikt mot bolaget, och är skyldig att verka för bolagets bästa. Utlämnanden av handlingar och uppgifter som följer av att bolaget har att tillämpa reglerna om handlingsoffentlighet i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen strider dock inte mot lojalitetsplikten. Styrelseledamöter har, till skillnad från anställda och uppdragstagare, ingen meddelarfrihet.

Personunion i Danderyds Sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus
Under 2016 infördes en personunion för styrelserna för akutsjukhusen Danderyds Sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje Sjukhus. Personunionen innebär att samma ledamöter utses för de tre styrelserna och syftar till att skapa en mer effektiv och sammanhållen ledning.

Ägarrepresentation
Ägarrepresentation infördes 2016 för styrelserna på samma sätt som för nämnderna som ett led i att stärka ägarstyrningen. Det som gäller för nämnd gäller även för bolag.

Tjänstemän
För vissa styrelse består ledamöterna av tjänstemän. Inom vårdproduktionen tillämpas det för Huddinge Universitetssjukhus AB (idag ett så kallat vilande bolag) och för Danderyds Sjukhus AB:s dotterbolag Barnbördshuset Stockholm AB.[6]

Arbetstagarledamöter eller -representanter
Arbetstagarna utser styrelseledamöter och suppleanter enligt lag (1987:1245) om styrelserepresentation. Regionen ska besluta om arbetstagarna i bolagen ska utse styrelseledamöter och suppleanter för dem, eller om de regionägda bolagen ska avtala med arbetstagarorganisationerna om att dessa får utse representanter som inte har rösträtt i styrelsen.

4. Problembeskrivning

Uppdraget för nämnder och styrelser är att självständigt ansvara för verksamhetens ledning och resultat utifrån givna direktiv. Det juridiska ansvaret är tydligt och beroende av associationsform.

4.1 Styrning

De generella ägardirektiv som idag gäller för Region Stockholms helägda bolag anger följande styrmodell:

"Region Stockholms hälso- och sjukvårdsorganisation, med en uppdelning på en beställarfunktion (hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden) och en ägarfunktion (regionstyrelsen respektive Landstingshuset i Stockholm AB), har ett formellt fastlagt regelsystem som klargör ansvar och roller avseende såväl förtroendevalda som tjänstemannanivån. Härigenom tydliggörs spelreglerna mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och vårdgivarna. Ägaren bestämmer det principiella uppdraget för sina bolag. Med utgångspunkt i regionfullmäktiges beslutade mål och indikatorer samt uppdrag kan hälso- och sjukvårdsnämnden sluta avtal med bolagen om vårdinnehåll, volymer och priser, utifrån befolkningens behov och inom de ekonomiska förutsättningar som hälso- och sjukvårdsnämnden har tilldelats."

Samma principiella ordning gäller, som nämnts, för vårdproducerande nämnder men genom reglemente i stället för ägardirektiv. Modellen med ägare, beställare och utförare har förändrats över tid. Fram till omkring 2014 var ägarstyrningen begränsad till att genom moderbolaget Landstingsfastigheter i Stockholms län AB, LISAB, som holdingbolag

[6] Ett intressebolag som ägs till 49% av Danderyds Sjukhus AB.

omfatta resultatutjämning mellan koncernbolagen och lagstadgade krav kring bolagsformalia. Då beslutades om en aktiv ägarstyrning som innebar ett utökat uppdrag till LISAB och det dåvarande ägarutskottet under landstingsstyrelsen om att samordna produktionen, det vill säga den produktion som avtalades med beställaren.

År 2016 infördes den ovan nämnda personunionen i styrelserna för akutsjukhusen i samma syfte och för att effektivisera verksamheternas styrning och ledning. Antalet ledamöter i styrelserna minskades, ägarrepresentanter infördes, och ägardialogerna utvecklades.

Under 2019 utvecklades sedan en målstyrningsmodell som innebar att detaljeringsgraden i den centrala styrningen genom ägaren ökade. Modellen medförde också inslag av dubbelrapportering där i vissa fall överlappande rapportering gjordes både till hälso- och sjukvårdsnämnden och till regionstyrelsen, i vissa fall också en målkonflikt.

4.2 Ansvarsutkrävande

Både införandet av ett ägarlett samordningsuppdrag genom LISAB, den förändrade målstyrningen och den modell som tillämpas av beställaren har medfört en ökad mängd styrsignaler.

Det formella ansvarsutkrävandet är tydligt och beroende av associationsform. Ledamöterna väljs för ett år i taget, både för nämnder och styrelser, varefter prestationen utvärderas. Tillsättningen kan omprövas om fullmäktige inte är tillfreds med resultatet.

4.3 Insyn

För bolagen gäller idag att regionstyrelsen och moderbolaget LISAB äger rätt att ta del av bolagets handlingar och räkenskaper samt i övrigt inspektera bolaget och dess verksamhet. Insynen begränsas av den självständighet som bolagsformen medför och av den lojalitetsplikt som gäller för dess ledamöter. Insynen ökas av användandet av ägarrepresentanter och genom den process för löpande ägardialog som tillämpas. Bolagsstämman är också en del i dialogen mellan ägare och bolag. Om regionen så bestämmer kan stämman också utgöra ett forum för dialog med och information till andra intressenter, till exempel förtroendevalda, allmänhet och de som utnyttjar bolagets tjänster.[7]

Samma principer för styrning gäller för de vårdproducerande nämnderna. Förutsättningarna för insyn i nämnderna gynnas dock av att ”ägaren” och

[7] Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper, RS 2019-1421

nämnderna ingår i samma juridiska person, Region Stockholm, till skillnad från bolagen som utgör separata juridiska personer.

5. Sammansättning av ledamöter i nämnder och styrelser

Det är speciella förhållanden att bedriva verksamhet i kommunal regi, oavsett om verksamheten bedrivs i en förvaltning eller i aktiebolag. Fullmäktige kan ha mål för verksamheten som kan krocka med en bolagsstyrelses affärsmässiga överväganden. Ekonomiska resultat i varje nämnd och bolag påverkar hela regionens ekonomi. Ägarna, det vill säga förtroendevalda i fullmäktige, består av både majoritet och opposition och de har i uppgift att konkurrera om väljarnas förtroende. Det är inte självklart att de alltid är överens om viktiga principfrågor. Eftersom fullmäktiges ledamöter även sitter i nämnder och bolagsstyrelser kan det vara svårt för dem att ha ett övergripande ägarperspektiv i frågor där de kan ha särskilda intressen baserat på sin styrelseposition. Med bolagsformen följer ett personligt ansvar och ett sysslomannaskap som endast avser bolaget. Styrningsfrågorna blir därmed mer komplexa och kan inte alltid jämföras med hur det fungerar i bolag inom näringslivet.

I Sverige finns ett stort antal kommunala bolag som sköter kommunala grunduppdrag, men inte bland regioner och vårdproduktion. Region Stockholms Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper utgår från principer framtagna av Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Region Stockholms modell är dock unik, då producerande verksamheter har en extern, professionell sammansatt nämnd eller bolagsstyrelse. Västra Götalandsregionen har visserligen verksamheterna organiserade i både nämnder och bolag, men samtliga har förtroendevalda som ledamöter. Verksamheterna leds utifrån de politiska beslut som fattats i respektive nämnd eller styrelse.[8] Region Skåne bedriver vårdproduktion i förvaltningsform[9] med förtroendevalda ledamöter.

I utredningens del om alternativa styrmodeller har intervjuer genomförts med personer i ledande befattning inom berörda nämnder och bolagsstyrelser. Personerna ombads bland annat att beskriva för- och nackdelar med en icke-politisk nämnd eller styrelse, samt hur den har bidragit i förvaltningschefens respektive den verkställande direktörens ledningsarbete. Svaren har sammanfattats enligt följande av den person som genomfört intervjuerna.

[8] www.vgr.se
[9] Med undantag för Folktandvården i Skåne AB.

”De intervjuade har inga starka åsikter om att ha icke-politiska styrelser. De vet att bolag behöver ha en styrelse och att man behöver förhålla sig till det. De uttryckte att en bra styrelse bör samla bred kompetens inom medicin, omvårdnad, forskning, utbildning och politik. En VD uttryckte att styrelsen fungerar väl eftersom den styr agilt och inte är konkurrensinriktad gentemot andra vårdgivare.”

Nedan följer ett resonemang utifrån direktivets uppdrag och ovan problemformulering. I delrapporten om styrningen av den egenägda vårdproduktionen tydliggörs en mer omfattande problembeskrivning som omfattar styrmodeller, organisation och behov av samordning. Sammansättningen av ledamöter i nämnder och styrelser behöver baseras på hur dessa frågor hanteras.

Ett alternativ till dagens modell med externa professionella ledamöter och ägarrepresentanter kan finnas i förtroendevalda, vilket skulle ge en enhetlighet i styrningen i förhållande till övriga organisationen och ett ökat demokratiskt inslag. För bolag definieras dock ledamöternas uppdrag fortsatt av sysslomannaskapet. Ytterligare alternativ kan finnas i en blandad sammansättning, dvs i en mix av externa professionella, förtroendevalda eller tjänstemän som ledamöter.

Utifrån styrning och ledning av verksamheten bör sammansättningen av ledamöter baseras på tillförandet av kompetens och erfarenhet men utifrån ett tydligt uppdrag och mandat, oavsett om det är en extern professionell eller förtroendevald ledamot.

Sammansättningen för vårdproducerande nämnder och styrelser bör ses över för att möta de behov och alternativ som presenteras i delrapporten om styrningen av den egenägda vårdproduktionen. För de alternativ där huvuddragen i nuvarande styrning och organisation kvarstår, eller där beställar-utförarmodellen fortsatt tillämpas, bör sammansättningen utifrån tidigare resonemang fortsatt bestå av externa professionella ledamöter som tillför erfarenhet och kompetens. En modell med ren förvaltningsstyrning som frångår beställar-utförarmodellen frångår också de argument som motiverat externa professionella ledamöter, vilket då stöder att förtroendevalda tillsätts som ledamöter.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 3

Nivåstrukturering och geografisk indelning av Region Stockholms hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1. Inledning 3

2. Bakgrund 3
2.1 Nivåstrukturering 4
2.2 Primärvårdsstrategin och utvecklingen mot nära vård.... 4
2.3 Geografiska principer och geografisk områdesindelning....5

3. Nuvarande indelningar av hälso- och sjukvården....7

4. Region Stockholms långtidsutredning om hälso- och sjukvården 8

5. Det fortsatta arbetet 10
5.1 Pågående utredningar 10
5.2 Sammanfattning 11

Bilaga. Geografisk samverkan i andra regioner 13

1. Inledning

Denna bilaga beskriver tillämpningen av nivåstrukturering och geografisk indelning av Region Stockholms hälso- och sjukvård. Nivåstrukturering innebär att vårdutbudet är indelat i olika specialiseringsgrader; från nationellt högspecialiserad vård till högspecialiserad vård, subspecialiserad vård, specialiserad vård till primärvård och ytterst egenvård. Geografiskt indelad vård innebär att vårdutbudet på ett eller annat sätt är indelat i geografiska områden.

Den hälso- och sjukvård som erbjuds av Region Stockholm är både nivåstrukturerad och geografiskt indelad. Det gäller såväl den egenägda vården som den privat drivna, köpta vården.

Bilagan beskriver Region Stockholms sjukvårdssystem som en helhet och gör inte skillnad mellan egenägd vård och köpt vård om det inte är särskilt påkallat.

2. Bakgrund

Som beskrivs i delrapporten om styrningen av den egenägda vårdproduktionen har den geografiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Stockholm varierat över tid. Den så kallade Stockholmsmodellen, som infördes 1992, innebar en övergång till en beställar-utförarmodell där vården beställdes i nio geografiska sjukvårdsområden. Vården utfördes av akutsjukhusen och efter några år även av andra vårdgivare i varje område, det vill säga en form av geografisk nivåstrukturering. Varje sjukvårdsområde hade en egen politisk styrelse och en egen sjukvårdsdirektör.

Som vidare beskrivs centraliserades styrningen av hälso- och sjukvården gradvis. Antalet sjukvårdsområden minskade successivt från nio till ett, Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, som bildades 2004.

Uppdrag till Region Stockholms egenägda vårdgivare och vård upphandlad enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, styrs ofta geografiskt genom en så kallad delregional vårdutbudsplanering. Utöver akutsjukhusen gäller detta exempelvis prehospital vård, närakuter, geriatrik, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) liksom barn- och vuxenpsykiatri.

Den nationella Vårdvalsreformen 2008 och införandet av vårdval innebär att de vårdområden som upphandlas enligt lagen om valfrihetssystem, LOV, erbjuder etableringsmöjligheter för vårdgivare inom hela Stockholms län, exklusive Norrtälje kommun där Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) beslutar om sina egna vårdvalssystem. Valfrihetssystemet innebär således en låg grad av geografisk styrning.

I avsnitt 3 nedan beskrivs den geografiska styrningen av vården i Region Stockholm närmare.

2.1 Nivåstrukturering

Landstingsfullmäktige beslutade under 2010-talet, i samband med beslutet att bygga Nya Karolinska Solna, NKS, om en plan som gavs namnet Framtidens hälso- och sjukvård, FHS, som angav hur vården i Stockholms län skulle nivåstruktureras fram till 2025, från högspecialiserad och specialiserad vård till primärvård. Det mesta är genomfört.

På nationell nivå finns det en nivåstrukturering av högspecialiserad vård. Utredningen Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) låg till grund för det som sedan blev den nationella högspecialiserade vården. År 2017 inleddes arbetet med att ta fram en ny modell för nationell högspecialiserad vård för att ersätta det som tidigare kallades rikssjukvård. Målsättningen var en högre kvalitet på vården för patienterna, jämlik vård i landet samt ett mer effektivt resursutnyttjande.[1] Jämfört med den tidigare rikssjukvården omfattas en högre andel av vården nationellt och varje region kan ansöka om att få bedriva vården. Region Stockholm har tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård inom ett antal områden på Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, S:t Eriks Ögonsjukhus, Danderyds sjukhus och inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO.[2]

2.2 Primärvårdsstrategin och utvecklingen mot nära vård

Hälso- och sjukvårdsnämndens primärvårdsstrategi och dess genomförandeplan (HSN 2021-1966) beskriver hur den nära vården ska utvecklas, i enlighet med den statliga utredningen God och nära vård (SOU 2017:01) och därefter riksdagsbeslut[3]. Nära vård är inte en organisationsform utan innebär ett skifte av fokus från ett hälsosystem som i hög grad är uppbyggt kring sjukhus och diagnoser till ett system där vård och omsorg tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i individens behov och resurser. Vårdcentralerna behöver därför utvecklas till att bli navet i hälso- och sjukvårdssystemet och få ett bredare uppdrag och samverka med andra aktörer.

Att samverkan ska ske mellan region och kommun, såväl kring den enskilde som mellan huvudmännen, är lagstadgat i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. Ett delbetänkande från utredningen God och nära vård (SOU 2019:29) identifierade dock att det ofta saknas samverkan på mesonivå, det vill säga en nivå mellan den högsta förvaltningsnivån och den samverkan som sker kring den enskilda patienten.

---

[1] Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård (socialstyrelsen.se)
[2] Se följande länk på regionstockholm.se Nationell högspecialiserad vård - Region Stockholm.
[3] Betänkande 2020/21:SoU2)

Mot den bakgrunden, och efter den positiva erfarenheten av den samverkan som utvecklades under pandemin beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att inrätta en geografiskt samordnande vårdcentral i varje kommun respektive stadsdelsområde i Stockholms stad, (HSN 2020-0222). Därefter slöts en huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsovård, vård och omsorg mellan Region Stockholm och länets samtliga kommuner, i vilken Region Stockholm och kommunerna åtar sig att tillhandahålla en samordnande vårdcentral respektive en samordnande funktion i varje kommun och stadsdel (RS 2021-0459). Vårdcentralerna inom kommunen eller stadsdelen utser själva vem som ska vara samordnande och bland dem återfinns både vårdcentraler som bedrivs av SLSO och de som bedrivs i privat regi.

Förutom att samverka med andra vårdgivare och kommunerna i närområdet har de samordnande vårdcentralerna i uppgift att se till att ansvarsområdena inom Närområdesplanen är fördelade och att planen är aktuell. Med närområde avses den kommun eller stadsdel i Stockholms stad där vårdcentralen är belägen. Ansvarsområdena i närområdesplanen framgår av förfrågningsunderlaget till husläkarmottagningarna (PVN 2023-0004) och beskrivs kort i avsnitt 3.

Kort efter inrättandet av de samordnande vårdcentralerna fick SLSO i uppgift att stödja och vägleda de samordnande vårdcentralerna, såväl de egna som de privat drivna (HSN 2020-1821). Det arbetet pågår sedan våren 2021.

2.3 Geografiska principer och geografisk områdesindelning

Vårdutbudet i Stockholms län är stort och varierat och bedrivs både av Region Stockholms egenägda vårdgivare och av privata vårdgivare.

Vid arbetet med primärvårdsstrategin och dess genomförandeplan bedömde hälso- och sjukvårdsnämnden att ytterligare åtgärder behövde vidtas för att säkerställa möjligheten att utveckla en nära och sömlös vård kring patienten.

Mot denna bakgrund beslutade nämnden 2021 följande geografiska principer för närsjukvården (HSN 2021-0365):

1 Vårdgivarna ska samverka på strukturell nivå med de husläkarmottagningar som har geografiskt samordningsansvar för samverkan i det geografiska område som vårdgivaren har ansvar för.
2 Vårdgivaren ska ha rimliga förutsättningar att bedriva effektiv specialistvård. Det kan betyda färre mottagningar, med större patientunderlag men med bredare specialistkompetens än idag.

3 Vården ska vara tillgänglig även för den som använder kollektivtrafik och patienten ska helst inte behöva åka till andra sidan av länet för att få vård.
4 Kommunerna respektive stadsdelarna i Stockholms stad ska utgöra minsta geografiska vårdindelning
5 De geografiska gränserna för ett vårduppdrags ansvarsområde ska där det är möjligt sammanfalla med gränserna för andra vårduppdrag som vårduppdraget behöver samverka med.
6 Den geografiska indelningen av vården ska utformas så att vårdutbudet är någorlunda jämnt fördelat mellan den centrala regionkärnan och de regionala stadskärnorna, i enlighet med RUFS 2050[4].

Beroende på vårdområde kan de olika principerna ha olika tyngd, varför avvägningar måste göras mellan dem vid utformning av geografiska vårdområden.

Utifrån dessa principer beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden 2021 om geografiska ansvarsområden för barn- och ungdomspsykiatrin och psykologstöd för små barn och deras föräldrar (HSN 2021-1132). Ansvarområdena låg sedan till grund för uppdragsutformning och upphandlingar av vård för dessa målgrupper.

Under 2022 gjordes en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som gör det möjligt att dela in regioners geografiska områden i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem (HSL 7 kap. 3 §). Det möjliggör för hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden att göra en indelning av länet i geografiska områden efter socioekonomiska förhållanden och anpassa ersättningen efter hur attraktivt respektive område anses vara för vårdgivare ur etableringssynpunkt.

Även inom ett och samma vårdvalssystem kan beställaren dock erbjuda högre ersättning och bättre villkor i socioekonomiskt svaga områden än i socioekonomiskt starka områden, vilket Region Stockholm gör i dag.[5]

---

[4] En av utgångspunkterna för de geografiska principerna för närsjukvården är de rumsliga principerna i den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen, RUFS 2050. De så kallade rumsliga principer som uttrycks i RUFS 2050 är Stadsutveckling i de bästa kollektivtrafiknära lägena; Sammanlänkande regionala stadskärnor; Resurseffektiva system för människor och gods; Stark koppling mellan stad och land; Sammanhängande grönstruktur och robust vattenmiljö; Tillgängliga innovations-, företags- och beslutsfattarmiljöer.
[5] Förfrågningsunderlag för Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård (PVN 2023-0004).

3. Nuvarande indelningar av hälso- och sjukvården

Region Stockholms vårdutbud är både nivåstrukturerat och geografiskt indelat. Nivåstruktureringen och den geografiska indelningen gäller parallellt men är inte formellt beroende av varandra. Nivåstruktureringen syftar till att säkra en jämlik tillgång till vård på rätt vårdnivå i länet, medan de geografiska principerna syftar till att säkra en geografisk tillgänglighet beaktas vid planeringen av vårdens utbud.

Som beskrivs ovan beslöt hälso- och sjukvårdsnämnden 2021 om geografiska principer för närsjukvården i länet. Sedan tidigare finns också flera geografiska indelningar av sjukvården i Stockholms län.

Nedan ges en översikt över nuvarande geografiska indelningar av vården i Stockholms län:

- Vårdcentralerna i varje kommun respektive stadsdelsområde i Stockholms stad har ett gemensamt närområdesansvar. Ansvaret omfattar befolkningsinriktat smittskyddsarbete, krisstöd vid allvarlig händelse, konstaterande av dödsfall i hemmet, bedömning av behov av psykiatrisk tvångsvård, hembesök, mottagande av patienter vid utskrivning från slutenvård i behov av samverkan eller hemsjukvård samt vaccinationsverksamhet. Den samordnande vårdcentralen i varje kommun respektive stadsdelsområde ansvarar för att närområdesplanen är fördelad och aktuell.
- Den specialiserade psykiatrin är geografiskt indelad.
    - Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är indelad i nio geografiska områden och de så kallade Malina-mottagningarna som erbjuder psykologstöd till små barn och deras föräldrar är indelade i sex geografiska områden, bestående av ett eller två geografiska BUP-områden. Det följer principen att så många geografiska indelningsgränser som möjligt ska sammanfalla mellan vårdområden som behöver samverka med varandra.
    - Den vuxenpsykiatriska öppenvården är i dag indelad i tio geografiska områden. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar med en beställarstrategi för vuxenpsykiatrin som även innefattar en ny indelning av öppenvården i geografiska områden från och med 2025, som utgår från de geografiska principerna för närsjukvården.
- Geriatriken och den avancerade sjukvården i hemmet, ASIH, är också geografiskt indelade, geriatriken i 13 områden och ASIH i åtta områden. ASIH: s indelning utgick från att vårdgivarens inställelsetid till patientens hem skulle vara högst 30 minuter.

- I arbetet med nya sjukhusavtal pågår en indelning av Stockholms län i samverkansområden för sjukhusen. Indelningen utgår från patienternas sökmönster. Det finns i dagsläget inga uttalade upptagningsområden eller någon geografisk indelning för patienter som själva tar sig till akutsjukhus eller akutmottagning. Däremot finns en styrning av ambulanser inom den prehospitala vården.
- I arbetet med civilt försvar kommer ytterligare geografiska principer att implementeras. Det handlar om att samordna vården inom och mellan olika vårdområden i definierade geografiska områden som ska kunna fungera under fredstid, höjd beredskap och ytterst krig.

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON, beställer merparten av vården och omsorgen för invånarna i Norrtälje kommun. Medlemmar i förbundet är Region Stockholm och Norrtälje kommun. Organisationen är utvecklad för att skapa en sömlös vård och omsorg. Den separata organisationsformen påverkar dock inte länsinvånarnas möjlighet att söka vård i hela Stockholms län.

För att säkra vård på rätt vårdnivå och vård efter behov har Region Stockholm principer för hänvisning av patienter som söker vård:

- Hänvisningsstödet med tillhörande regler och principer styr tydligt vilka patienter som ska till vilken vårdform när det gäller akut sjukdom. Det används av 1177 på telefon, husläkarmottagningar, närakuter och akutmottagningar.
- Direktiv 12 för den prehospitala vården styr vilket sjukhus ambulanser ska transportera patienter till.
- Viss.nu riktar sig till primärvårdens medarbetare och anger var och hur patienter ska behandlas utifrån rådande kunskapsläge och nuvarande vårdstruktur i Region Stockholm.

4. Region Stockholms långtidsutredning om hälso- och sjukvården

Långtidsutredningen, Hälso- och sjukvården 2040, bedrev ett utredningsarbete under åren 2019–2022 med det övergripande syftet att utifrån hälso- och sjukvårdslagens inriktning om god vård på lika villkor och målbilden för 2025 i Region Stockholms framtidsplan för hälso- och sjukvården, beskriva och analysera förutsättningarna för hälso- och sjukvården 2040. Arbetet bedrevs i nära samarbete med en parlamentarisk grupp.

Utredningens arbete resulterade i åtta rapporter och en samlad slutrapport. Följande utmaningar, är särskilt relevanta för nivåstruktureringen och den geografiska indelningen:

Behoven av sjukvård kommer att öka på grund av befolkningsökningen. Utredningen gör bedömningen att det behövs ökade resurser till både sluten och öppen vård, såväl specialistvård som primärvård, även om potentiella effektiviseringar kan åstadkommas.

Ökade krav och åtaganden kommer att kräva tydliga prioriteringar. Hur säkras att de med störst behov i första hand får vård? Hur kan jämlik vård och jämlik tillgång till vård utifrån medicinska behov säkras?

Sömlösa vårdövergångar för patienten mellan olika aktörer behöver stärkas. Samarbete mellan Region Stockholms aktörer och kommunalt finansierad vård och omsorg kommer att krävas för att ge patienten ett säkert omhändertagande. Hur säkras god och ändamålsenlig samordning av regionfinansierad vård tillsammans med patienten? Hur säkerställs samverkan mellan regionfinansierad vård och kommunalt finansierad vård och omsorg?

Tillräcklig kompetens i vården och rätt kompetens på rätt plats är centralt. Hur säkras goda villkor och god arbetsmiljö så att kompetent personal kan rekryteras och stannar inom vården?

Dra nytta av digitaliseringen, centralt och lokalt. Digitalisering ökar invånarens tillgång till rådgivning och vård. Det är dock en utmaning att skapa välfungerande och sömlösa kommunikations- och stödsystem för patienten så att digitaliseringens möjligheter kan nyttjas fullt ut.

Vårdens ökade komplexitet kräver ökad uppmärksamhet på styrning. Det kommer att krävas utvecklade och nya styrmodeller samt metoder för samverkan för att säkra en god vård på lika villkor för alla 2040. Hur säkras att vården arbetar mot uppställda mål och att resurserna används på bästa möjliga sätt?

Hållbar utveckling behöver säkras. Hälso- och sjukvården måste ägna uppmärksamhet åt både ekonomisk, social och ekologisk hållbarheten inom verksamheterna. Hur säkras en hållbar utveckling av en hälso- och sjukvård som är i ständig utveckling och satt under stor press att leverera?

Samtligt material från långtidsutredningen återfinns på Hälso- och sjukvården 2040 - Region Stockholm

5. Det fortsatta arbetet

5.1 Pågående utredningar

I Budget 2023 för Region Stockholms (RS 2022-0123) anges att hälso- och sjukvården i Stockholms län behöver bli mer behovsstyrd och hälso- och sjukvårdsnämnden ges fyra uppdrag kopplade till behovsstyrning. Nämnden uppdras att

- förstärka arbetet med vårdbehovsanalyser samt ta fram etableringsstrategier utifrån dessa
- utvärdera Framtidsplanen för att skapa underlag för att ta fram en reviderad plan som gäller från 2025
- ta fram en omställningsplan för att revidera och avskaffa vårdval
- införa tydliga geografiska principer för hälso- och sjukvården.

Den nya inriktningen för vården innebär att vårdutbudet ska styras mer efter behovet hos befolkningen. Ett arbete har startat inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen för att förverkliga det.

Behovsanalyser ska alltid vara första steget i vårdbeställararbetet. Därefter ska strategier för vårdsystemet och innehållet i de olika vårduppdragen formuleras. Behovsanalyser, vårdutbudsplanering och nödvändiga förutsättningar såsom fysiska och tekniska investeringar behöver sammankopplas och återspeglas i besluten om hälso-och sjukvårdens mål och budget.

Huvudfaktorer för bedömning av vårdbehoven utgörs av förväntad befolkningsutveckling och sjukdomsbördans fördelning inom regionen. Utifrån den historiska vårdkonsumtionen pågår nu ett arbete med att ta fram ett antal scenarier för behovsutvecklingen avseende öppen- respektive slutenvård inom olika vårdgrenar. Olika perspektiv på tillgänglighet genomlyses också.

Det fortsatta arbetet med ökad behovsstyrning kommer att ske med det långsiktiga målet att hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska ha förmåga att löpande göra vårdbehovsanalyser som underlag för prioritering av resurser på såväl övergripande nivå som på avtalsområdesnivå. Arbetet är långsiktigt och kommer inte att redovisas som i ett specifikt ärende. Däremot kommer behovsanalyser att användas som underlag inför framtagande av Region Stockholms budget för 2024.

Utvärderingen av framtidsplanen har påbörjats och planeras att tas upp för beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden den 20 juni 2023. Utvärdering görs i förhållande till framtidsplanens målbild och strategier.

De strategier som är relevanta för detta uppdrag är
- ett särskilt uppdrag till universitetssjukhuset
- renodling av akutsjukhusens verksamhet
- förstärkning av vårdutbudet utanför akutsjukhusen
- nära samverkan mellan vårdcentraler och övrig specialistvård.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbete med att ta fram en omställningsplan för vårdval tar avstamp i utmaningar som omgärdar vårdvalen i olika hög utsträckning. Några områden som adresseras i genomlysningen av vårdvalen är möjligheten till jämlik vård, hur kostnadsutvecklingen ser ut, om det finns överkonsumtion av vård samt hur den geografiska spridningen ser ut. Olika typer av åtgärder kan vidtas för att komma till rätta med utmaningarna, de geografiska principerna är ett av perspektiven som påverkar val av åtgärder. Utredningen ska också analysera vilka av vårdvalen som kan omvandlas till egenägd vård eller upphandlas enligt LOU.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har även fått i uppdrag att ta fram geografiska principer för hela hälso- och sjukvården (RS 2022-0123). Arbetet är under uppstart och ett av ingångsvärdena kommer att vara de geografiska principerna för närsjukvården. Kartläggningen i den här delrapporten är ett annat ingångsvärde. Arbetet planeras att pågå under resten av 2023.

Sammantaget vidtas en rad åtgärder för att hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden ska kunna säkra en behovsstyrd vård där såväl nivåstrukturering som geografisk indelning beaktas i utarbetande av etableringsstrategier och vårdutbudsplanering.

I arbetet med att ta fram en ny regional utvecklingsplan för Region Stockholm, har ett samarbete pågått mellan regionledningskontoret, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Locum AB för att undersöka hälso- och sjukvårdens roll i den nya planen. En slutsats i detta arbete är att geografiska, rumsliga principer samt utvecklingen av regionala stadskärnor är viktiga samverkansområden. De rumsliga principerna och beslutade regionala stadskärnor i en regionplan är styrande för Region Stockholm och vägledande för andra aktörer. Detta betyder att hälso- och sjukvården liksom övriga verksamheter inom koncernen behöver förhålla sig till dem och den utveckling som dessa medför.

5.2 Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan konstateras att det pågår en rad initiativ som adresserar frågan om nivåstrukturering och geografisk indelning av hälso-

och sjukvården i Stockholms län. Främst regionfullmäktiges uppdrag till hälso- och sjukvården om geografiska principer, behovsstyrd vård och etableringsstrategier samt omställningsplan vårdval. Dessa utredningar kommer på olika sätt att adressera frågan om hur vårdutbudet kan och ska utformas för att säkra en behovsstyrd vård.

Bilaga. Geografisk samverkan i andra regioner

I alla län i Sverige finns olika nivåer av geografiska samverkansområden både för regionernas olika vårdgivare för specialistsjukvård och primärvård och för kommunernas vård- och omsorgsgivare. De flesta regioner har geografiska samverkansområden mellan specialistsjukvård och primärvård som är centrerade runt sjukhusen. Dessa utgör kontaktytor för samverkan och konsultationer på olika nivåer

När det gäller samverkan med kommunerna och kommunernas vård- och omsorgsgivare finns det i samtliga län geografiska indelningar för att minska antalet inblandade parter och därigenom underlätta samverkan. Samverkansytorna har i de flesta fall byggts upp i samband med kommunaliseringen av hemsjukvården.

Region Stockholm är den enda region där hemsjukvården inte är kommunaliserad. I Stockholms län finns idag två geografiskt avgränsade områden som utgör ”naturliga” samverkansytor som är centrerade kring sjukhuset i närområdet, Norrtälje och Södertälje. I länets övriga delar finns i dag ingen övergripande geografisk indelning som omfattar specialistsjukvården och primärvården eller ett antal kommuner alternativt stadsdelar. Norrtälje utgör även ett politiskt beslutat avgränsat samverkansområden. För Norrtäljeborna beställs såväl sjukvård som omsorg av kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje, KSON, i vilket Region Stockholm och Norrtälje kommun är de enda medlemmarna.

Region Östergötland
Organisation | Region Östergötland (regionostergotland.se)
Östergötland är indelat i tre länsdelar; Östra, Västra respektive Centrala länsdelen som omfattar både öppenvård, specialistsjukvård, sjukhusvård och akut vård och ansvarar för närsjukvården och kommunsamverkan i respektive länsdel. Den specialiserade vården ges vid de tre sjukhusen i Östergötland: Universitetssjukhuset i Linköping, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Lasarettet i Motala.

Region Skåne
https://xn--vrdsamverkanskne-dobn.se/
I Skåne län finns sex delregionala samverkansytor: Malmö, Mellersta delregionen, Sydöstra delregionen, Nordöstra delregionen, Nordvästra delregionen och Sydvästra delregionen. Vid behov av insatser från både kommun och region ska verksamheterna inom regiondelarna arbeta tillsammans för att ge bästa möjliga vård och omsorg.

Västra Götalandsregionen
Så styrs hälso- och sjukvården - Västra Götalandsregionen (vgregion.se)
Två regiongemensamma nämnder har ansvar för långsiktigt strategiskt arbete och samordning. Det lokala perspektivet och samverkan med

kommuner och andra hanteras av fem delregionala nämnder. Sjukvårdens utförarstyrelser ska anpassa den egna verksamhetens utbud och produktion till fastställda strategier och uppdrag.

Regiongemensamma nämnder
Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden är Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ och arbetar med strategiska hälso- och sjukvårdsfrågor ur ett invånar- och regionövergripande perspektiv med fokus på invånarnas tillgång till jämlik hälso- och sjukvård. Nämndens måldokument och planer ligger till grund för den operativa hälso- och sjukvårdsnämndens arbete. Den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att ge uppdrag till den egna verksamheten, ingå avtal med privata utförare och fördela nämndens budget till utförarna inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och tandvården i Västra Götaland.

Delregionala nämnder
De fem delregionala nämnderna ska realisera Västra Götalandsregionens måldokument och strategiska planer inom hälso- och sjukvård och folkhälsa inom sina geografiska områden. Nämnderna ansvarar också för dialog med kommuner, intresseorganisationer och det civila samhället. De ska följa hälso- och sjukvårdens utveckling i sina geografiska områden med särskilt fokus på den nära vården och samordnar dialogen med hälso- och sjukvårdens utförare och kommunerna.

Västerbotten
Vad är nära vård? (regionvasterbotten.se)
I Västerbotten pågår omställningen mot en nära vård och regionen arbetar tillsammans med bland andra kommunerna i länet i tre geografiska områden: Umeå, Skellefteå och Södra Lappland.

Södra Lappland har valts ut som ett modellområde där regionen, kommunerna och andra intressenter ska testa arbetssätt för omställning av hälso- och sjukvårds- respektive omsorgssystemen mot en god och nära vård. Liknande modellområden finns i de övriga regionerna i norra Sverige.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 4

Omvårdnadsperspektivet

Innehållsförteckning

1. Inledning och avgränsning 3

2. Lärdomar från pandemin 5

3. Chefsroller och organisation 6

3.1 Beskrivning av Karolinskamodellen och Magnetmodellen 9

3.2 Slutsatser 13

3.3 Källor 16

1. Inledning och avgränsning

Omvårdnad är sjuksköterskans expertområde. I Sverige utförs omvårdnad av flera yrkesgrupper; utöver sjuksköterskor också av undersköterskor med flera. Sjuksköterskan har i sin profession ansvar för att leda omvårdnaden. Denna bilaga belyser styrningen av omvårdnad och hur sjuksköterskor i olika roller leder detta arbete. Fokus ligger på två modeller som tillämpas i delar av Region Stockholms hälso- och sjukvårdssystem: dels Karolinska Universitetssjukhusets så kallade tvåbenta modell för omvårdnad, dels den så kallade Magnetmodellen som Södertälje Sjukhus delvis har börjat att tillämpa. Avgränsningen är slutenvård inom Region Stockholms egenägda akutsjukhus och inga specifika vård- eller patientflöden berörs.

Omvårdnad
Enligt Svensk sjuksköterskeförening är målet med omvårdnad att personen som vårdas ska vara självständig och oberoende så långt det är möjligt, samt uppleva hälsa[1]. Målet är också att balansera maktförhållandet i omvårdnadsrelationen så att patient och närstående är delaktiga, känner trygghet och upplever respekt. Ett grundläggande antagande inom den omvårdnadsvetenskapliga disciplinen är att omvårdnad sker på personnivå. Synen på människan och hennes möjligheter blir därför central för hur vi förstår begreppen hälsa och omvårdnad. Människan kan förstås både som en generell och som en unik varelse. Då hon är unik ska hon bemötas personligt efter sina unika förutsättningar.

En av grundarna av det moderna sjuksköterskeyrket och profession var Florence Nightingale, en brittisk sjuksköterska och sjukvårdsreformator. Under senare delen av 1800-talet formades sjuksköterskeutbildningen i Sverige. Den första typen av ledande befattning för sjuksköterskor var föreståndarinna inom lasaretten, och sedan dess har ledarskapet inom omvårdnad utvecklats i takt med att vårdmedarbetare ökat i antal. I takt med de medicinska och tekniska landvinningarna har också omvårdnad utvecklats till ett självständigt kunskaps- och vetenskapsområde för sjuksköterskor. I dag finns sjuksköterskor representerade som ledare på flera nivåer hos vårdgivande organisationer, i slutenvård såväl som i öppenvård.

Rollen som verksamhetschef har det varit vanligare att en sjuksköterska har haft inom primärvård. Först kring 2010 infördes rollen som verksamhetschef i omvårdnad inom slutenvården i Sverige. I flera andra länder, däribland Finland, Danmark, Nederländerna och England har en separat linjestruktur för omvårdnad funnits sedan flera år. Det vill säga,

[1] Omvårdnad och god vård.pdf (swenurse.se)

ledarskapet inom omvårdnadsprofessionerna har lyfts till samma hierarkiska nivå som ledarskapet inom de medicinska professionerna.

I WHO-rapporter som berör omvårdnad lyfts rollen som chefsjuksköterska (engelska Chief Nursing officer, CNO) upp som viktig på alla nivåer för en säker hälso- och sjukvård. I Sverige finns en utsedd chefssjuksköterska på Socialstyrelsen som bland annat verkar som Sveriges kontaktperson i WHO för frågor inom omvårdnad och patientsäkerhet. Flera regioner har i dag chefsjuksköterskor regionalt och fler och fler sjukhus anställer chefsjuksköterskor. Ett nationellt nätverk för chefsjuksköterskor finns för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. I Sverige finns behov av att fortsatt stärka rollen som chefsjuksköterska på både regional nivå och vårdgivarnivå. I flera länder är chefsjuksköterska en lika självklar roll som chefläkare, vilket inte är fallet i Sverige i dag.

För att hälso- och sjukvården ska klara av framtida utmaningar och kunna utveckla vården i den riktning som krävs behöver omvårdnaden få ett större utrymme och tydligare styrning i flera led. Genom att ge sjuksköterskan ett ökat ansvar och mandat i beslut kring omvårdnad, skapas förutsättningar för ett större engagemang och autonomi inom professionen. Detta kan i sin tur väntas ge positiva effekter på medarbetares kvarstannande såväl som för kvaliteten på omvårdnaden av patienterna.

Nulägesbeskrivning

Antalet legitimerade sjuksköterskor ökar i Sverige men inte tillräckligt för att möta den höga och växande efterfrågan på arbetsmarknaden. I rapporten Nationella planeringsstödet 2023 konstaterar Socialstyrelsen att samtliga regioner har brist på grundutbildade sjuksköterskor, barnmorskor och specialistsjuksköterskor. OECD:s rapport om länders hälsoläge i Europa från 2021 visar att Sverige är ett av de länder i Europa som har flest antal sjuksköterskor och läkare per 100 000 invånare[2]. Ett av problemen är att många sjuksköterskor lämnar yrket, det vill säga det finns en utmaning i kvarstannande inom yrket.

I Socialstyrelsens sammanställning (Nationella planeringsstödet 2023: Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerade medarbetare i hälso- och sjukvård samt tandvård) från 2023 framgår dessutom att en fjärdedel av regionerna anser att nyutexaminerade sjuksköterskor inte är tillräckligt förberedda för det kliniska arbetet. Särskilt beskrivs bristen på praktiska moment och helhetssyn hos de nyutexaminerade sjuksköterskorna. I januari 2023 justerades Högskoleförordningen (SFS 1993:100) avseende kravet på praktisk utbildning inom sjuksköterskeutbildningen. Från och

[2] State of Health in the EU Sverige Landsprofil hälsa 2021
2021_chp_sv_swedish.pdf (europa.eu)

med juli 2023 ska de svenska sjuksköterskeprogrammen bestå till hälften av klinisk undervisning, detta för att leva upp till EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv. Just nu pågår ett intensivt arbete vid landets högskolor för att möta detta krav, vilket förväntas bidra till att de nyutexaminerade sjuksköterskorna blir bättre förberedda.

Från den 1 juli är yrkestiteln undersköterska skyddad vilket kommer att innebära en längre övergångsperiod med översyn av undersköterskans arbetsinnehåll, ansvar och roll inom hälso- och sjukvården. Den direkta effekten av vad den skyddade yrkestiteln kommer att innebära för kompetensförsörjningen är ännu inte känd. Genom översyn och framtida valideringsprocesser (översyn av antalet poäng som krävs för behörighet i yrket) kan en möjlighet ges att systematiskt kartlägga inom vilka omvårdensområden som undersköterskor kan inneha fullt yrkesansvar och därmed bidra till uppgiftsväxling. Uppgiftsväxling innebär i det här fallet att undersköterskan kan ta över arbetsuppgifter från till exempel sjuksköterskan.

Inom den högspecialiserade sjukvården, både nationellt och internationellt, har en ökad specialisering även skett inom omvårdnad. Socialstyrelsen definierar den nationella högspecialiserad vården som att vården inom ett vårdområde är koncentrerad till ett fåtal platser geografiskt, med syfte att säkerställa kvalitet, patientsäkerhet, kunskapsutveckling samt ett effektivt användande av resurser. Denna vård ska vara komplex eller sällan förekommande. En specialistkunskap kring särskilda patientgrupper är nödvändig och leder till ökad säkerhet och kvalitet men över tid har också en ökad specialisering av enheternas omvårdnadsomfång inneburit utmaningar för generalistkunskapen i vården kring patienten. På enhetsnivå har arbetssätt utarbetats och lärande mellan enheter har minskat, specialisering har ibland skett på bekostnad av bredd vilket drabbar omvårdnadsmedarbetares kompetensutveckling och patientgrupper som har bredare behov riskerar att inte få maximerad kvalitet på omvårdnaden. Ur ett patientperspektiv blir det då särskilt viktigt att omvårdnaden har en bredare kompetens då den medicinska kompetensen blir alltmer högspecialiserad.

2. Lärdomar från pandemin

Pandemin bidrog till utveckling av nya samarbetsformer och arbetssätt som effektivt ökade möjligheten att ta emot de patienter som behövde vård. Det var ett stort fokus på operativ verksamhet där alla inom organisationen hade samma fokus, vilket medförde korta beslutsvägar, ledningsmandat nära patientvård och förändringar som gick fort att få till. Allt från materialtillgång, förändringar inom IT och medicinteknik och införande av

stödfunktioner för att underlätta det direkta vårdarbetet. Vissa administrativa processer förenklades. Specifika roller med kompetens för utbildning och forskning fokuserade på utbildning för nya och oerfarna medarbetare att komma in i arbetet. Dessa nya medarbetare kunde vara utbildade flygvärdinnor, kiropraktorer och så vidare. På Karolinska Universitetssjukhuset sammanföll pandemin med införandet av den så kallade tvåbenta modellen, som beskrivs nedan, där verksamhetschef Omvårdnad har ansvar för vårdplatser. Dessa verksamhetschefer genomförde förändringarna av antal vårdplatser utifrån behovet under varje våg av pandemin.

Under pandemin gjordes avkall på en del rutiner som i dag behöver återinrättas. En lärdom från pandemin är insikten om att sjukvården över tid har byggt många komplicerade strukturer med hög grad av byråkrati.

I förändringsledningen under pandemin deltog sjuksköterskor med sin kunskap och sitt ledarskap. Den snabba omställningen av både antalet vårdplatser och de förändrade arbetssätten krävde tydlig kommunikation och nära samarbeten med samtliga yrkesgrupper och fackliga organisationer. Syftet var att på ett säkert sätt hantera en utmanande och särskild händelse som pågick över tid. I dessa processer har det handlat om vårdmiljön för de som vårdar, säkerställande av att undvika smittspridning, medicinskteknisk utrustning, läkemedel samt förändrade arbetssätt. Då antalet vårdplatser snabbt ökade i antal, behövdes nya medarbetare tillföras i verksamheterna för att ta över delar av de arbetsuppgifter som tidigare låg på ordinarie vårdmedarbetare. Omfattande arbeten gjordes avseende riskbedömningar och utbildningsinsatser.

3. Chefsroller och organisation

Rollen som verksamhetschef återfinns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Verksamhetschefer inom de medicinska verksamheterna har enligt tradition ett medicinskt specialistansvar. Motsvarande verksamhetschef inom omvårdnad spänner över flera medicinska verksamheter. En effekt av detta är att en verksamhetschef inom omvårdnad ofta arbetar med flera verksamhetschefer inom medicin.

Vid en sökning inom Regions Stockholms vårdgivare återfinns en variation av arbets- och uppdragsbeskrivningar för rollen verksamhetschef inom omvårdnad, se tabell 1. Som jämförelse finns det inom Region Skåne en enda, gemensam beskrivning av verksamhetschefsrollen. Fördelen med att använda en gemensam rollbeskrivning inom regionen är att det bidrar till tydlighet och underlättar dialog mellan verksamheterna. Det bidrar också

till att begränsa administrationen så varje enskild vårdgivare inte behöver ta fram en egen rollbeskrivning.

Chefsjuksköterskans uppdrag skiljer sig mellan regioner och vårdgivare, som beskrivs i tabellen nedan. Det finns gemensamma områden, som att stödja och följa upp verksamheterna i frågor som rör patientsäkerhet och kvalitet i ett omvårdnadsperspektiv, samt samverkan med chefläkare i sjukhusövergripande patientsäkerhets- och kvalitetsfrågor. I rollen ingår även att stärka omvårdnadsmedarbetares utveckling och kompetens.

Roller och innehåll för verksamhetschefer och chefsjuksköterska

Verksamhetschef Medicin	**Verksamhetschef Omvårdnad**	**Chefsjuksköterska**
Rapporterar till 3:e linjechef (t.ex. tema/funktionschef eller VD beroende av organisationsstorlek)	Rapporterar till 3:e linjechef (t.ex. tema/funktionschef eller VD beroende av organisationsstorlek)	Rapporterar till VD (oavsett nivå av chefsled) Rollen som chefsjuksköterska är rådgivande till högsta ledningen avseende bästa praxis för vård och omvårdnad, skapar strategiska planer för kontinuerlig utveckling för att öka sjuksköterskors kvarstannande i organisationen och för att öka attraktivitet för sjukhuset som helhet.
Specialitetsansvar medicinskt område	Ansvar för arbetsfördelning i respektive roller inom omvårdnad samt utvecklande av karriärvägar	Struktur för arbetssätt Evidensbaserad vård Specialitetsansvar omvårdnad
Verksamheten tillgodoser patienters behov av medicinska bedömningar, diagnostik och medicinska behandlingar inom uppdraget.	Verksamheten tillgodoser patienters behov av omvårdnad inom uppdraget samt implementering av personcentrerad vård	Bidrar i arbetet med planering för nya vårdmodeller, följa och agera på resultat för vårdkvalitet och representera omvårdnad vid sjukhusets ledningsgrupp. Allt arbete sker i samverkan i teamet med andra professioner.

Verksamhetschef Medicin	Verksamhetschef Omvårdnad	Chefsjuksköterska
I ekonomistyrning: produktionsansvar kopplat till DRG osv.	I ekonomistyrning: Mottagare av beställning från ME, tillhandahåller vårdplats utifrån produktionsmål och följs upp på kostnad per vårddygn osv.	Arbetar tillsammans med sjukhusledningen i det strategiska arbetet men har inget eget ekonomiskt ansvar utöver patientsäkerhetsavdelningen.
Verksamheten bedriver medicinsk utbildning och understödjer utbildning inom andra områden, i enlighet med Karolinskas utbildningsuppdrag.	Verksamheten bedriver omvårdnadsutbildning och understödjer utbildning inom andra områden, i enlighet med utbildningsuppdrag.	Strategisk kontakt med högskolor i de strategiska frågorna avseende kompetensförsörjningen på sikt i antal och kvalitet. Deltar i de nätverk och dialoger som finns inom sjukhuset avseende utbildning. Nätverk internationellt avseende utbildning.
Verksamheten understödjer och/eller bedriver medicinsk forskning i enlighet med universitetssjukvårds-enhetens (USV) uppdrag. Detta primärt inom det egna uppdraget, men också efter överenskommelser med andra verksamhetschefer och andra USV-enheter.	Verksamheten understödjer och/eller bedriver omvårdnads-forskning i enlighet med universitetssjukvårds-enhetens (USV) uppdrag. Detta primärt inom det egna uppdraget, men också efter överenskommelser med andra verksamhetschefer och andra USV-enheter.	Leda/underlätta nätverk avseende forskningsområden och kontaktnät samt samarbeten mellan sjukhus, nationellt och internationellt. Deltar i sjukhusets centrala FOU-kommitté.

Sjukhusen inom Region Stockholm har olika organisationsstruktur, uppbyggda över tid beroende av uppdrag, verksamhetens storlek och så vidare. Vanligt förekommande är linjeorganisationer, men det förekommer även matrisorganisationer, se tabellen nedan. Linjeorganisationen innebär en hierarkiskt byggd organisation där medarbetaren oftast rapporterar till en överordnad chef. Beroende av storleken på organisationen finns flera parallella linjer samlade under en verkställande direktör, VD. (I förstalinjechefsrollen är det relativt vanligt med samledarskap i någon form.) Matrisorganisationen innebär att medarbetaren kan rapportera till olika chefer, till exempel finns en chefsstruktur avseende arbetsmiljöansvaret och en avseende patientflödet. I samverkan mellan sjukhusen är det inte organisationsstrukturen utan de olika rollbenämningarna som riskerar att bidra till otydlighet och genom detta fördröja processer samt bidra till ineffektivitet.

Horisontell styrning avser till exempel hur ett patientflöde styrs. I denna promemoria är innebörden Region Stockholms vårdgivares gemensamma ansvar för patienterna och specifikt i samverkan mellan sjukhusen och deras olika uppdrag. Vertikal styrning avser styrningen i linjeorganisationen, det vill säga från sjukhusens högsta ledning ned till medarbetarnivå.

Organisation av omvårdnad inom slutenvården i Region Stockholm i dag

Sjukhus	Organisation*	Roller
Danderyd	Linjeorganisation	Chefsjuksköterska - rekrytering pågår Verksamhetschef omvårdnad saknas
Karolinska Universitetssjukhuset	Matris- och linjeorganisation	Chefsjuksköterska saknas Verksamhetschef omvårdnad finns i flertal
Norrtälje sjukhus - Tiohundra	Linjeorganisation	Chefsjuksköterska saknas Verksamhetschef omvårdnad saknas
Södersjukhuset	Linjeorganisation	Chefsjuksköterska finns Verksamhetschef omvårdnad saknas
Södertälje sjukhus	Matris- och linjeorganisation	Chefsjuksköterska finns Verksamhetschef omvårdnad finns i ental

*Den mest framträdande strukturen som förekommer på sjukhuset

3.1 Beskrivning av Karolinskamodellen och Magnetmodellen

Det finns en växande evidens som visar att sjuksköterskor som leder omvårdnad påverkar vårdkvalitet, patientsäkerhet och patientutfall. Sjuksköterskeledare har en förmåga att på en och samma gång se den övergripande bilden av förändringar för patienten och konsekvenserna på mikronivå och mänsklig nivå. Det finns en tydlighet avseende omvårdnadsstyrning i de modeller som används hos två av Region Stockholms sjukhus; Karolinska Universitetssjukhusets så kallade tvåbenta modell och Magnetmodellen som Södertälje Sjukhus närmar sig.

Karolinskamodellen

Under 2016 genomförde Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska, en omfattande organisationsförändring och gick från linje- till

matrisorganisation. Med matrisorganisationen kom flera nya roller som patientområdeschef, patientflödeschef, vårdenhetschef, omvårdnadsansvarig och så vidare. De olika benämningarna bidrog till en otydlighet i mandatet för respektive roll och var en av de bakomliggande faktorerna till den justering av organisationen som genomfördes 2019. Karolinska ersatte rollen som patientområdeschef med rollen verksamhetschef (VC). Till skillnad från rollen patientområdeschef är ansvaret för rollen verksamhetschef reglerat i hälso- och sjukvårdslagen, vilket bidrog till ett tydligare mandat och ansvarsområde. Parallellt med detta infördes den så kallade tvåbenta modellen i delar av organisationen, vilket avser en modell där det finns en verksamhetschef för medicin (VC ME) och en verksamhetschef för omvårdnad (VC OO). Syftet med detta var att förbättra och förtydliga förutsättningarna för omvårdnadsarbetet inom sjukhuset. Annorlunda uttryckt; att öka professionsstyret och tillse att enheternas högsta ledning hade kunskap och fokus på omvårdnadsutveckling, kvalitet och effektivitet.

Den tvåbenta modellen innebär att verksamhetscheferna inom omvårdnad interagerar med varandra över organisationsgränser och initialt identifierades att det saknades samsyn över slutenvårdens olika vårdnivåer om bemanningsnycklar (kvoter för hur man bemannar en verksamhet med olika kompetenser), vårdgolvsplanering (dimensionering av kompetenser över vårdgolvet och över hela dygnet, sju dagar i veckan) samt strategier för omvårdnadens innehåll och kompetensförsörjning. Verksamhetschefer och omvårdnadschefer på vårdgolven inom slutenvården saknade även möjlighet att jämföra, följa upp och styra verksamheten på ett enkelt och effektivt sätt. Detta medförde att kostnad och effektivitet varierade stort mellan verksamheter inom samma vårdnivå, och det var även svårt att öppna fler vårdplatser med befintliga medarbetare. För att åtgärda detta infördes Karolinskas produktions- och ekonomistyrningsmodell där det definieras att varje vårdenhet tillhandahåller vårdplats samt bemanning för dessa på avsatt vårdgolv, och ges en budget baserad på DRG-intäkt3. En styrmodell som på ett enhetligt och transparent sätt planerar slutenvården effektivt efterfrågades, vilket krävde en genomlysning av slutenvårdens arbetssätt gällande planering av produktion, bemanning och ekonomi. Arbetet har drivits av andralinjechefer för omvårdnad.

I januari 2023 gick ytterligare ett av Karolinskas så kallade teman in i den tvåbenta organisationen, Tema Cancer. I dag ingår merparten av verksamheten i den tvåbenta organisationen men det finns delar som står utanför och är kvar i den modell där det enbart finns under

[3] DRG är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen och påverkar vårdgivarnas intäkter enligt avtal med beställaren.

verksamhetschefer inom medicin. Fördelar med den tvåbenta modellen är bland annat en ökad autonomi och ett högre ansvarstagande för ett sammanhållet ansvar av vårdleverans, kvalitet, forskning och utbildning. Mandaten för VC OO att agera är tydligare vilket bidrar till snabbare beslut. Ett ökat ansvarstagande leder till utveckling av den nära patientvården och av de som utför vården. Mer samsyn har därtill uppnåtts mellan andralinjechefer inom omvårdnad avseende bemanning och arbetssätt. Professionsutvecklingen inom omvårdnad uppfattas att gå fortare i den tvåbenta organisationen.

Nackdelar med Karolinskas modell är avsaknaden av en chefsrepresentant för omvårdnad i Karolinskas ledningsråd. Karolinska har en tredje chefsnivå dit andralinjechefer rapporterar avseende till exempel produktion och utfall. De andralinjechefer som finns inom sjukhuset har ett gemensamt forum där strategier kring omvårdnad utformas. I och med frånvaron av en sammanhållande roll avseende omvårdnad, kan de andralinjechefer som misstycker gå via sin chef och denne kan då diskvalificera VC OO-gruppens beslut. En annan nackdel är att all omvårdnad inte ligger i den tvåbenta strukturen i dag, vilket gör att rollerna blir otydliga avseende till exempel mandat. Det tar också längre tid att genomföra förändringar då omvårdnaden är olika organiserad inom olika delar av sjukhuset.

Magnetmodellen och magnetsjukhus

Magnet®Recognition är ett internationellt ackrediteringsprogram för hög omvårdnadskvalitet som utges av American Nurses Association, ANCC. Modellen utvecklades i USA under 1980-talet som studieresultat baserade på 160 sjukhus förmågor att rekrytera och behålla sjuksköterskor. Av dessa visade 41 ha betydligt färre vakanser, lägre medarbetarrörlighet och högre kompetens hos sjuksköterskor. Gemensamt för sjukhusen var en tydlig Chief Nursing Officer, CNO (chefsjuksköterska), sjuksköterskor med hög kompetensnivå, tillgång till kontinuerlig yrkesutveckling, ömsesidig respekt mellan läkare och vårdmedarbetare på alla nivåer och möjlighet för kliniskt verksamma sjuksköterskor att delta i beslut om vården. Teamets betydelse för ett interdisciplinärt samarbete beskrevs också som viktigt. En evidensbaserad modell utvecklades där de framgångsrika sjukhusen benämndes Magnet hospitals, magnetsjukhus. Magnetmodellen innehåller fem områden och har översatts av Svensk sjuksköterskeförening till Personlig utveckling och auktoritet för sjuksköterskor Excellent utfört omvårdnadsarbete, Ny kunskap, innovationer och förbättringar, Utvecklande ledarskap för sjuksköterskor samt Resultat från verksamheten.

Det finns i dag närmare 600 magnetsjukhus världen över, de flesta i USA. I Europa finns två: ett i Belgien och ett i Storbritannien. De kännetecknas i hög grad som hållbara organisationer och attraktiva arbetsgivare vilket

leder till att sjuksköterskor lättare rekryteras, trivs och väljer att stanna kvar. Positiva effekter ses både inom arbetsmiljö och patientnöjdhet samt konkret även på patientsäkerheten då ökad kompetens hos sjuksköterskor leder till färre vårdskador, exempelvis trycksår, vårdrelaterade infektioner, fall och läkemedelsfel. Ackreditering för att bli magnetsjukhus kräver systematiskt kvalitetsarbete med kontinuerlig redovisning av ett större antal mätbara indikatorer vilka även jämförs med andra liknande sjukhus nationellt och internationellt. Magnetsjukhusen behöver re-ackrediteras vart femte år.

Magnetmodellen har flera fördelar. Magnetsjukhus har i jämförelser visat sig ha en högre patientnöjdhet och färre vårdskador, vilket innebär en högre kvalitet på levererad vård. Medarbetarnöjdheten är ofta hög på magnetsjukhusen, vilket innebär ett kvarstannande som i sin tur bidrar till en högre total kompetens inom organisationen. (En hög medarbetaromsättning medför en utmaning i att upprätthålla kompetens inom en kunskapsorganisation.) Modellen som helhet skapar en stolthet hos medarbetarna över sitt yrke, vilket bidrar till en hög grad av engagemang i arbetet och i sin tur ger förutsättningar för kreativitet och utveckling av verksamheten. Magnetsjukhusens rykte har bidragit till en diskussion kring omvårdnadsstyrning och organisation.

Nackdelar med Magnetmodellen är att modellen är anpassad för en annan kontext. Det kan till exempel vara svårt att i Sverige utforma exakt samma chefsjuksköterskeroll som i USA, även om rollen finns på flera sjukhus i Sverige i dag. Den certifiering som krävs för att ett sjukhus ska kallas för magnetsjukhus är förenad med en viss kostnad. Modellen kan initialt uppfattas negativt av vissa professioner då den delvis fokuserar på omvårdnad även om huvudfokus är ett bra teamarbete mellan samtliga professioner.

Södertälje sjukhus utveckling enligt Magnetmodellen

Under 2022 gick Södertälje Sjukhus som fjärde svenska sjukhus med i Magnet4Europe, en EU-finansierad studie med övergripande syfte att studera införandet av evidensbaserad modell med målet att förbättra den kliniska arbetsmiljön på akutsjukhus. Studien innebär dels ett förbättringsarbete där stöd tas från Magnetmodellen, dels datainsamling från läkare och sjuksköterskor om deras uppleva arbetsmiljö och -situation. Ett 60-tal europeiska sjukhus från sex länder deltar, tillsammans med lika många magnetackrediterade amerikanska sjukhus.

Inledningsvis gjordes, med stöd av ett amerikanskt tvillingsjukhus, en GAP-analys där Södertälje Sjukhus mättes utifrån ackrediteringskraven för magnetsjukhus i USA. Att det finns en chefsjuksköterska i ledande ställning

är ett absolut krav inför ackreditering. I GAP-analysen blev det tydligt att den organisationsstruktur som sjukhuset har till viss del stödjer de omfattande krav som ställs på chefsjuksköterskerollen. Däremot kunde även konstateras att matrisstrukturen med chefsjuksköterska och en verksamhetschef inom omvårdnad (med ansvar för verksamhetsområde Vård där samtliga slutenvårdsavdelningar med cirka 350 omvårdnadsmedarbetare ingår) täckte de flesta kraven på organisation för omvårdnad.

Studien fortgår enligt plan och är nu i stadiet att implementera prioriterade åtgärder där uppbyggnad av en hållbar omvårdnadsorganisation är ett. Detta görs genom att skapa en struktur för ledarskap och utveckling av omvårdnad i alla led i organisationen. Både chefsjuksköterska och verksamhetschef vård ingår i organisationsstrukturen. Dess övergripande syfte är att systematiskt mäta vårdens kvalitet och patienternas nöjdhet, och därifrån prioritera och initiera förbättringar som kan förflytta omvårdnaden mot excellens. Ett annat syfte är att tillvara omvårdnadskompetens som finns i organisationen samt skapa tydliga karriärvägar inom omvårdnad.

3.2 Slutsatser

Det finns stöd för att omvårdnadsstyrning inom hälso- och sjukvården har betydelse. En funktionell omvårdnadsstyrning förutsätter en tydlig omvårdnadsorganisation där sjuksköterskeprofessionen styr omvårdnadsarbetet, på motsvarande sätt som läkarprofessionen styr den medicinska vården. Rollerna chefsjuksköterska och verksamhetschef omvårdnad behöver finnas inom varje sjukhus. Ovan är två modeller beskrivna vilka skulle kunna inspirera till att skapa en fungerande modell för Region Stockholms egenägda sjukhus samt underlätta samverkan såväl horisontellt som vertikalt, det vill säga både mellan och inom sjukhusen.

Tydlig och likartad styrningsmodell för omvårdnad

Det finns fördelar med att Region Stockholms egenägda vårdgivare är samlad i en gemensam organisation. Detta ger förutsättningar för en gemensam målbild, undviker risk för konkurrens samt ger möjlighet till utökat samarbete mellan sjukhusen. Patientens behov av vård är oberoende av var hen befinner sig geografiskt. Uppdelningen i olika äganden, kommuner och regioner, sätter idag gränser i ansvar och styrning vilket bidrar till en fragmenterad vård med risk för att vården blir fördröjd, förlängd och mer kostsam. Det motverkar i sin tur arbetet med lösningar för framtida vård med hänsyn till personcentrerad vård och behovet av nya arbetssätt baserat på resurstillgång, till exempel sjukvård i hemmet organiserad från sjukhusen.

Horisontell styrning avser ledning i sidled, mellan sjukhus och organisationer. Att använda samma titlar och rollbeskrivningar mellan de olika sjukhusen bidrar till tydlighet i mandat och ansvar. Här finns också samordningsvinster som att undviker intern konkurrens om sjuksköterskor mellan verksamheter vilket bidrar till bibehållande av kompetens. Detta ökar i sin tur såväl kompetens som kvalitet inom respektive verksamhet. I förlängningen kan ytterligare kompetensförsörjningsvinster skapas genom kombinationstjänster mellan sjukhus, kombinationstjänster mellan sjukhus och universitet, standardiserade arbetssätt, gemensamma basintroduktioner och samsyn kring kompetensstegar och karriärvägar för omvårdnadsmedarbetare.

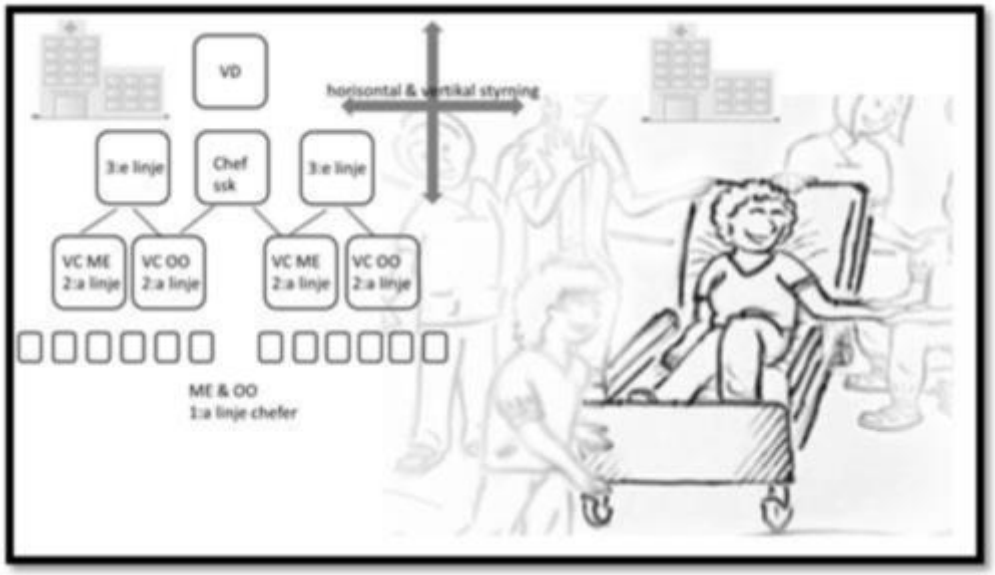
Vertikal styrning avser ledningen i linjen, inom respektive organisation. För att omvårdnadsmedarbetare ska kunna ledas på ett mer effektivt och säkert sätt och arbetsuppgifter ska kunna omfördelas krävs att det finns sjuksköterskor i ledande ställning i hälso- och sjukvården. I dag saknas det alltför ofta en beslutslinje för omvårdnad med befogenheter och mandat på flera nivåer. Sjuksköterskans kompetens möjliggör beslut som skapar förutsättningar att utöva god omvårdnad och utveckling av vården, liksom kortare beslutsvägar. Det underlättar också införandet av nya arbetssätt. Det är betydelsefullt både för hälso- och sjukvårdens kvalitet och för att kunna behålla sjuksköterskor.

Omvårdnadskvalitet som en effekt av styrningen

I studier och öppna jämförelser finns evidens för att magnetsjukhus levererar god vårdkvalitet med färre vårdskador och hög patientnöjdhet. För att fortsatt utveckla delaktighet och samskapande med patienten i centrum behövs flera insatser och mycket görs redan. Som tillägg kan Magnetmodellens fokus på systematisk uppföljning av ett flertal kvalitetsparametrar inom omvårdnad samt frekventa uppföljningar av patientnöjdhet vara ett stöd. Det ökade kvarstannande av sjuksköterskor som också finns beskrivet, innebär en förhöjd kompetens som kommer patienten till godo genom ökad patientsäkerhet, färre vårddagar och minskade kostnader. Karolinskas modell har funnits en relativt kort period jämfört med Magnetmodellen. Hittills har den främsta effekten varit ett ökat antal vårdplatser, det vill säga tillgängligheten har ökat. Kvarstannandet bland medarbetare ökar också, vilket bidrar till en högre kompetens. Då kulturen på en arbetsplats ofta tar tid att förändra är det för tidigt att utläsa effekter på omvårdnadskvaliteten ännu.

En utvecklad modell för omvårdnadsstyrning inom Region Stockholm bör ta hänsyn till både horisontell och vertikal styrning av omvårdnaden. Ur Magnetsmodellen kan framgångsfaktorer hämtas som kännetecknas av hållbar organisation och attraktiv arbetsgivare vilket leder till att

sjuksköterskor lättare rekryteras, trivs och väljer att stanna kvar. Positiva effekter ses både inom arbetsmiljö och patientnöjdhet och vårdkvalitet med färre vårdskador. Med stöd i erfarenheterna från Karolinska och Södertälje Sjukhus kan en kombination av chefsjuksköterska och verksamhetschef omvårdnad prövas på bredare front, med gemensamma rollbeskrivningar inom Region Stockholm.



3.3 Källor

- Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2023, Socialstyrelsen
- Begrepp och definitioner - nationell högspecialiserad vård - Socialstyrelsen, hämtad 2023-04-15
- Förvirring när utbildningar ska EU-anpassas. Dagens Medicin. Publicerad: 12 april 2023, 16:33
- Hallin & Siverbo (2003), Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård.
- Harolds, J A & Miller, L B. Quality and Safety in Healthcare, Part LXXV The Pathway to Excellence, the Magnet Recognition Program, and the Professional Practice Environment för Nurses. Clinical Nuclear Medicine, 2022
- Moberg (2007), Hon var ingen Florence Nightingale, människan bakom myten.
- Nationell högspecialiserad vård - Socialstyrelsen, hämtad 2023-04-15
- Omvårdnad och god vård.pdf (swenurse.se)
- Patrician P A, Olds D M, Breckenridge-Sproat S, Taylor-Clark T, Swiger P A, Loan L A. Comparing the Nurse Work Environment, Job Satisfaction, and Intent to Leave Among Military, Magnet®, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Civilian Hospitals. JONA Vol. 52, No. 6 June 2022
- SFS 1993:100 Ändring i Högskoleförordningen 26 januari 2023
- SOU 2022:35: Betänkande kring Tryggare i vårdyrket - en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska
- Speroni K G, McLaughlin M K, Friesen M A. Use of Evidence-based Practice Models and Research Findings in Magnet-Designated Hospitals Across the United States: National Survey Results. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2020; 17:2, 98–107.
- State of Health in the EU Sverige Landsprofil hälsa 2021
- 2021_chp_sv_swedish.pdf (europa.eu)
- Utveckla arbetssätten SKR rapport (2020) (7585-879-1.pdf (skr.se)

Författare
Annelie Lennberg, Chefsjuksköterska Södersjukhuset,
Specialistsjuksköterska inom Intensivvård, leg barnmorska, Fil Mag ledarskap.

Katarina Meijers, Verksamhetschef Omvårdnadsområde Solna, Tema Akut & Reparativ medicin, Karolinska Universitetssjukhuset.
Specialistsjuksköterska inom Intensivvård, Fil Mag omvårdnad och ledarskap.

Lena Swedberg, Chefsjuksköterska Södertälje sjukhus,
Specialistsjuksköterska inom Intensivvård, Med Dr, Fil Mag vårdpedagogik.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019–0421

POLICY

Ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper

Gäller för Region Stockholms bolag och verksamheter i bolagsliknande form.

Beslutad i regionfullmäktige 2010-12-14, LS 1011-0949
Reviderad i regionfullmäktige 2019-05-07, RS 2019–0421

Dokumenttyp Viljeriktning, krav	Fastställd 2019-05-07	Giltig till och med Tillsvidare
Dokumentnummer RS-S-1548435	Fastställd av Regionfullmäktige	Upprättad av Regionledningskontoret, Styrning och ekonomi
Informationssäkerhetsklass K1	Verksamhetsområde Styrning och ledning	

Innehållsförteckning

Ägarpolicy 4

Inledning 4

Lagar och ramverk som påverkar ägarstyrningen 5

Ägarstyrning 5

Styrelsen och ledning 5

Revision 6

Extern och intern rapportering samt intern kontroll 6

Verkställande direktören och principer för ersättningar 6

Bolagsstyrningsprinciper för Region Stockholm 7

1. Regionen som ägare och syftet med ägandet 7
1.1 Allmänt 7
1.2 Fullmäktiges och övriga organs roller 7
1.3 Delägda bolag 8

2. Bolagsstämma 8
2.1 Bolagsstämmans uppgifter 8
2.2 Bolagsstämmans genomförande 8
2.3 Kallelse till ordinarie bolagsstämma 9
2.4 Ägarens ombud på bolagsstämman 9
2.5 Genomförande av stämmosammanträde 9
2.6 Protokoll från bolagsstämman 9

3. Bolagsstyrelse 9
3.1 Styrelsens uppgifter 9
3.2 Tillsättande av styrelse, styrelsens storlek och sammansättning 10
3.3 Styrelsens ledamöter 10
3.4 Arbetstagarledamöter eller arbetstagarrepresentanter 11
3.5 Styrelsens ordförande 11
3.6 Styrelsens arbetsformer 12

3.7 Verksamhetsrapportering, finansiell rapportering och internkontroll 13

4. Verkställande direktör 13
4.1 Verkställande direktörens uppgifter 13
4.2 Tillsättande av verkställande direktör 14
4.3 Vice verkställande direktör 14

5. Revisorer och lekmannarevisorer 14
5.1 Revisorer 14
5.2 Lekmannarevisorer 14
5.3 Styrelsens relation till revisorerna och lekmannarevisorerna ... 15

6. Informationsregler 15
6.1 Information i bolagsstyrningsrapport 15

Ägarpolicy

Inledning

Region Stockholm har som huvuduppgift att se till att alla invånare i länet har tillgång till en väl fungerande hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. I vissa fall bedrivs verksamheten i aktiebolagsform. Syftet med dessa bolag är att bidra till att de kommunala målen nås. Motivet för att driva verksamhet i denna form är bland annat att bolagsformen skapar förutsättningar för tydliga ansvarsområden samt enklare styrning och uppföljning av verksamheten.

I denna ägarpolicy beskrivs översiktligt regionens syn på ägarstyrningen i de regionägda aktiebolagen och hur denna ska utformas. Regionens ägarstyrning beskrivs detaljerat i avsnittet ”Bolagsstyrningsprinciper för Region Stockholm”.

För delägda bolag är ambitionen att tillämpningen av ägarpolicyn fastställs i avtal med övriga ägare. I tillämpliga delar gäller policyn även för verksamheter som bedrivs i förvaltning med bolagsliknande former.

Ägarstyrningen ska bedrivas så att bästa möjliga förutsättningar skapas för att verksamheterna skall uppnå fastställda mål och bedrivs i enlighet med lagar och regler.

Ägarstyrningen skall bedrivas i enlighet med god sed.

Ägarpolicyn fastställs av regionfullmäktige. Regionstyrelsen och av dem utsett utskott ansvarar för uppföljning och utveckling av ägarpolicyn.

Ägarrollen i de regionägda bolagen utövas av regionfullmäktige, regionstyrelsen och vissa av dess utskott samt i förekommande fall moderbolags styrelse.

Ägarstyrningen inom Region Stockholm utövas främst genom:

- utformning av respektive bolagsordning
- utarbetande av generella och specifika ägardirektiv som fastställs på respektive bolagsstämma
- val av styrelseledamöter och deras medverkan i styrelsearbete
- den löpande dialogen mellan politiker/ägarrepresentanter, styrelsemedlemmar och företagsledningar

Ägarstyrningen följs årligen upp av regionstyrelsen och ansvarigt utskott.

Ägarstyrning och ägardirektiv skall formas så att respektive styrelses ansvar för verksamheten enligt aktiebolagslagen inte rubbas genom detaljerade

föreskrifter. Ett betydande mått av självständighet skall således finnas inom ramen för ägarens principiella riktlinjer.

Regionägda aktiebolag är en alternativ driftsform för att driva kommunal verksamhet. Bolagen är en del av regionens verksamhet där kraven på styrning, insyn och kontroll i princip är desamma som för verksamhet som drivs i förvaltningsform.

Som offentlig verksamhet är det av särskild vikt att bolagen bedriver arbetet med särskild hänsyn till och stor öppenhet kring frågor om etik, miljö, socialt engagemang, personal, etisk mångfald och jämställdhet.

Lagar och ramverk som påverkar ägarstyrningen

Ägandet och drivandet av aktiebolag inom Region Stockholm ska följa kommunallagen. Aktiebolagslagens regler gäller i alla delar även för regionägda bolag. Därutöver finns också särskilda regler för offentlighet som ska tillämpas för verksamhet som bedrivs i aktiebolag ägda av regioner.

Ägarstyrning

Bolagsstämman är bolagens högsta beslutandeorgan och ett forum för den formella ägarstyrningen. Aktieägare representeras på stämman av ombud. För ombuden ska aktieägare utfärda ombudsinstruktion som innefattar hur ombudet ska rösta på stämman. Om instruktionen omfattar röstning i principiellt viktiga frågor ska instruktionen vara fastställd av regionfullmäktige.

På bolagsstämman fastställs de ägardirektiv som ska gälla för bolaget. Stämman ska vara sluten och är en viktig del i dialogen mellan ägare och bolag. De direktiv som fastställs på bolagsstämman kan dels vara generella vilket innebär att de gäller för alla bolag inom regionen, dels kan de vara specifika vilket innebär att de bara gäller för ett visst bolag.

Styrelsen och ledning

Styrelseledamöter utses av regionfullmäktige och anmäls på bolagsstämman. Regionens ambition är att styrelseledamöterna ska utses utifrån de enskilda bolagens behov av kompetens. Styrelserna ska ha mångsidig och bred kompetens, erfarenhet och bakgrund. En jämn könsfördelning eftersträvas.

Regiondirektören ansvarar för att nya styrelseledamöter ges introduktion i regionens organisation, styrning och verksamheter samt i övrigt den utbildning som krävs för uppdraget.

Det är bolagets styrelse och ledning som ansvarar för att bolaget drivs så att verksamhetens mål uppnås, att den interna styrningen och kontrollen är ändamålsenligt utformad och väl fungerande, att ett kontinuerligt

förbättringsarbete bedrivs samt att en aktiv dialog förs med ägaren om verksamhetens utveckling.

Det är styrelseordförandes ansvar att tillse att styrelsens arbete bedrivs effektivt och att styrelsen fullgör sina åtaganden. Styrelseutskott och motsvarande organ med särskilda beslutsbefogenheter ska inte inrättas om inte särskilda skäl föreligger.

Styrelsen ska årligen utvärdera sitt arbete. Styrelsernas arbete utvärderas också årligen av regionstyrelsen.

Revision

Bolagets revisorer ska granska räkenskaperna och styrelse och verkställande direktörs förvaltning enligt god revisionssed. Bolagsrevisor utses av bolagsstämman. Lekmannarevisorer ska granska att bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt och att bolagets interna kontroll är tillräcklig. Granskningen ska ske enligt god sed för lekmannarevisorer. Lekmannarevisor ska utses av regionfullmäktige och anmäls på bolagsstämman.

Extern och intern rapportering samt intern kontroll

Styrelsen ska löpande och årligen rapportera till ägaren hur verksamheten utvecklas. Rapporteringen skall ske på sådant sätt att ägaren löpande är mycket väl informerad om verksamhetens utveckling och eventuella väsentliga problem. Av rapporteringen skall tydligt framgå hur väl ägarens ändamål med verksamheten uppfyllts. Styrelsen ansvarar för att den finansiella rapporteringen internt och externt sker enligt god redovisningssed. Styrelsen ansvarar för att bolaget har en god intern kontroll. Styrelsen skall vara väl informerad om hur den interna kontrollen är uppbyggd och årligen utvärdera hur väl den fungerar.

Bolagen ska tillsammans med årsredovisningen avge särskild bolagsstyrningsrapport.

Verkställande direktören och principer för ersättningar

Verkställande direktör (VD) utses och entledigas av styrelsen i respektive bolag. Tillsättning och entledigande sker i samråd med och efter godkännande av styrelsen i Landstingshuset AB respektive styrelsen i AB Storstockholms lokaltrafik. Anställningsavtalet skall följa de principer som beslutas av ägaren. Fastställande av ersättning till verkställande direktör sker i samråd med och efter godkännande av styrelsen i Landstingshuset i Stockholm AB respektive AB Storstockholms Lokaltrafik.

Bolagsstyrningsprinciper för Region Stockholm

1. Regionen som ägare och syftet med ägandet

I 10 kap. 1 § kommunallagen anges förutsättningarna för att överlämna kommunala angelägenheter till ett aktiebolag. Bestämmelsen innebär att den verksamhet som överlämnas till bolaget skall falla inom den kommunala kompetensen och att risken för kompetensöverskridande skall vara liten.

Av 10 kap. 3 § kommunallagen följer särskilda krav när regionen väljer att bedriva verksamhet i ett helägt aktiebolag. Bestämmelsen innebär att det kommunala ändamålet med verksamheten skall anges i bolagsordningens syfte och verksamhetsföremål, att fullmäktige skall utse samtliga styrelseledamöter och minst en lekmannarevisor samt att fullmäktige skall ges rätt att ta ställning innan bolaget fattar beslut i ärenden som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.

10 kap. 4 § kommunallagen innebär att när regionen äger bolaget tillsammans med någon annan skall kraven i 3 § tillämpas i en omfattning som är rimlig med hänsyn till ägarförhållandena, verksamhetens art och omfattningen i övrigt.

Oavsett vem som skall utöva ägarrollen har regionstyrelsen uppsiktsplikt över bolagssektorn enligt 6 kap. 1 § kommunallagen.

1.1 Allmänt

Region Stockholm äger bolag och driver företagsverksamhet för att förverkliga kommunala ändamål. Verksamheten syftar ytterst till att skapa nytta för regionen och medborgarna.

Det kommunala ändamålet skall utvecklas i ägardirektiv till bolaget. Det organ i regionen som utövar ägarrollen och bolagsstyrelsen skall föra en återkommande dialog om ändamålet med verksamheten och hur det skall komma till uttryck.

1.2 Fullmäktiges och övriga organs roller

Nedanstående principer för styrning av regionägda bolag skall tillämpas inom regionen.

Ägarrollen ska utövas av regionfullmäktige, regionstyrelsen samt moderbolagens styrelser. Regionfullmäktige beslutar alltid i frågor av principiell eller annan viktig karaktär. Regionstyrelsen utövar ägar- och huvudskapsmannafunktionen. Regionstyrelsen och av dem utsedda utskott ansvarar för att bereda frågor om ägarstyrning bland annat i form av specifika ägardirektiv. Moderbolagsstyrelserna ansvarar för de operativa frågorna.

1.3 Delägda bolag

Principerna skall tillämpas i tillämpliga delar i delägda bolag. Vad som är tillämpliga delar skall avgöras utifrån ägarförhållandena, verksamhetens art och omständigheterna i övrigt. I bolag som regionen äger gemensamt med ett eller flera regioner och/eller en eller flera kommuner eller annan extern ägare skall principerna tillämpas på det sätt som ägarna kommer överens om.

I delägda bolag skall regionen avtala med övriga aktieägare i ett aktieägaravtal om hur ägandet skall utövas i bolaget.

2. Bolagsstämma

Enligt 7 kap. 1 § aktiebolagslagen utövas aktieägares lagstadgade inflytande i bolaget vid bolagsstämman, som är bolagets högsta beslutande organ. Bolagsstämman öppnas av styrelseordföranden eller den som styrelsen har utsett till att öppna stämman om inte bolagsordningen innehåller annan bestämmelse. Stämman väljer sedan stämmoordförande. Vid bolagsstämman skall protokoll föras; det skall i förekommande fall registreras hos Bolagsverket.

Av 8 kap. 41 § 2 st. aktiebolagslagen följer motsatsvis att bolagets aktieägare endast genom beslut på bolagsstämman kan ge bindande ägardirektiv till bolaget. Enligt kommunallagen skall ägardirektiv till bolaget i frågor av principiell beskaffenhet eller annars större vikt före beslut på bolagsstämman behandlas i regionfullmäktige eller, i andra frågor, i regionstyrelsen eller moderbolagets styrelse.

Detsamma gäller beträffande instruktion till ägarens ombud på bolagsstämman.

2.1 Bolagsstämmans uppgifter

Bolagsstämman är ett forum för bolagets ägare att utöva formell ägarstyrning. Stämman bör därför ses som ett led i dialogen mellan ägare och bolag. Om regionen så bestämmer kan stämman också ses som ett forum för dialog med och information till andra intressenter, till exempel förtroendevalda, allmänhet och de som utnyttjar bolagets tjänster.

2.2 Bolagsstämmans genomförande

Bolagsstämman kan genomföras som stämmosammanträde eller som stämma per capsulam.

Om bolagsstämman skall genomföras som stämmosammanträde skall 2.3–2.6 tillämpas.

Om bolagsstämman skall genomföras som stämma per capsulam skall 2.4 och 2.6 tillämpas. Om stämma skall genomföras per capsulam skall regionen bestämma hur information om bolaget till politiker och allmänhet som annars skulle lämnats på stämman skall lämnas.

2.3 Kallelse till ordinarie bolagsstämma

Bolaget skall sträva efter att bolagets aktieägare och andra som har rätt att närvara vid stämman genom kallelsen till bolagsstämman får relevant, tydlig och begriplig information om de ärenden som skall behandlas.

Kallelsen till bolagsstämma och annan information av allmänt intresse om de ärenden som skall behandlas på stämman skall finnas på bolagets hemsida.

2.4 Ägarens ombud på bolagsstämman

Bolagets aktieägare representeras på bolagsstämman av ett ombud som röstar för respektive aktieägares aktier.

Bolagets aktieägare skall utfärda ombudsinstruktion. Instruktionen skall omfatta hur ombudet skall rösta i på stämman förekommande ärenden. Om instruktionen omfattar hur ombudet skall rösta i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars större vikt är rätten att utfärda instruktion förbehållen regionfullmäktige.

2.5 Genomförande av stämmosammanträde

Bolagsstämman i de regionägda bolagen skall vara sluten och utgöra ett led i dialogen mellan ägaren och bolaget.

2.6 Protokoll från bolagsstämman

Protokollet från stämman skall tillställas aktieägare, styrelseledamöter, revisorer och lekmannarevisorer. Protokoll från senaste ordinarie bolagsstämma och därefter hållen extra bolagsstämma skall återfinnas på bolagets hemsida. Till justeringsman vid bolagsstämman skall utses någon som har rösträtt på stämman.

3. Bolagsstyrelse

3.1 Styrelsens uppgifter

Styrelsen ansvarar enligt 8 kap. 4 § aktiebolagslagen för organisationen och förvaltningen av bolagets angelägenheter i enlighet med gällande lagar och andra regler som gäller för bolaget.

Styrelsens huvudsakliga uppgifter är att fastställa strategin för bolagets verksamhet, säkerställa att bolaget har en effektiv ledning, följa upp och kontrollera verkställande direktörens förvaltning, se till att regionfullmäktige får ta ställning innan beslut fattas i bolaget i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars större vikt samt se till att bolagets aktieägare och omvärld informeras om bolagets utveckling och ekonomiska situation.

Styrelsen skall se till att det finns tillfredsställande kontroll av att bolaget följer de regler som gäller för bolagets verksamhet.

Styrelsen skall fortlöpande följa upp och utvärdera bolagets verksamhet mot regionens ändamål med verksamheten och de mål och riktlinjer som fastställts samt se till att bolaget har en adekvat strategi för att uppnå dessa mål. Vid behov skall styrelsen inom ramen för ägarens riktlinjer utvärdera och revidera bolagets strategier och mål.

Styrelsen skall se till att kontrollen över bolagets ekonomiska situation är tillfredsställande, att bolagets riskexponering är väl avvägd, att redovisning och finansförvaltning håller hög kvalitet och kontrolleras på ett betryggande sätt samt att bolaget har god intern kontroll.

Styrelsen skall se till att erforderliga riktlinjer fastställs för bolagets uppträdande i etiskt hänseende gentemot anställda, kunder, leverantörer och det omgivande samhället i övrigt.

Styrelsen skall diskutera hur uttalanden till allmänhet och massmedia skall göras i bolagets namn.

Styrelsen skall årligen utvärdera sitt eget arbete. Utvärderingen skall minst omfatta om styrelsen saknar någon kompetens för att kunna utföra sina uppgifter, om dess arbetsformer fungerar och om den är organiserad på lämpligt sätt när det gäller eventuell arbetsfördelning. Om styrelsen kommer fram till att det finns brister som behöver åtgärdas skall styrelsen åtgärda bristerna eller anmäla dem till bolagets aktieägare.

Styrelsen skall årligen utvärdera verkställande direktörens insatser, varvid endast styrelseledamöterna skall närvara.

3.2 Tillsättande av styrelse, styrelsens storlek och sammansättning

Styrelseledamöterna i regionägda bolag skall utses av regionfullmäktige och anmälas på bolagsstämman. I delägda bolag skall regionen med beaktande av 10 kap. 4 § kommunallagen komma överens med övriga aktieägare om hur styrelseledamöter skall utses.

Styrelsen skall ha en med hänsyn till bolagets verksamhet, utvecklingsskede och förhållanden i övrigt ändamålsenlig sammansättning, präglad av mångsidighet och bredd avseende ledamöternas kompetens, erfarenhet och bakgrund i övrigt. En jämn könsfördelning i styrelsen skall eftersträvas.

3.3 Styrelsens ledamöter

En styrelseledamot är syssloman i förhållande till bolaget. Det innebär att ledamoten är skyldig att ägna uppdraget den tid och omsorg som erfordras för att på bästa sätt tillvarata bolagets intresse. En styrelseledamot skall alltså verka för att regionens ändamål med verksamheten så som det kommer till uttryck i bolagsordningen och ägardirektiv förverkligas.

En styrelseledamot skall ha den kunskap om bolagets verksamhet, marknad och omvärldsförutsättningar i övrigt som erfordras för att tillsammans med övriga styrelseledamöter kunna göra i förhållande till företagsledningen självständiga bedömningar av bolagets angelägenheter och konstruktivt bidra till att fullgöra styrelsens uppgifter.

Ny styrelseledamot skall genomgå en introduktionsutbildning om bolaget, dess verksamhet, organisation, marknad med mera samt den utbildning i övrigt som styrelseordföranden och ledamoten gemensamt finner lämplig för att ledamoten skall kunna fullgöra sitt uppdrag.

3.4 Arbetstagarledamöter eller arbetstagarrepresentanter

Arbetstagarna i ett aktiebolag med minst 25 anställda har rätt att utse styrelseledamöter och suppleanter för dem enligt lagen om styrelserepresentation. Nämnden för styrelserepresentation har beträffande kommunala aktiebolag regelmässigt beviljat undantag från lagens regler. Sådana undantag har dock förenats med villkor i syfte att tillgodose arbetstagarnas intresse av insyn och inflytande. Nämndens praxis har kommit att ligga till grund för överenskommelser mellan bolag och arbetstagarorganisationer om undantag från lagens regler.

Regionen skall besluta om arbetstagarna i bolagen skall utse styrelseledamöter och suppleanter för dem enligt lagen om styrelserepresentation eller om de regionägda bolagen skall avtala med arbetstagarorganisationerna om att dessa får utse representanter som inte har rösträtt i styrelsen.

3.5 Styrelsens ordförande

Styrelsens ordförande skall se till att styrelsens arbete bedrivs effektivt och att styrelsen fullgör sina åligganden. Ordföranden skall särskilt:

- organisera och leda styrelsens arbete, uppmuntra en öppen och konstruktiv diskussion i styrelsen i vilken samtliga ledamöter deltar och skapa bästa möjliga förutsättningar för styrelsens arbete,
- se till att styrelsen fortlöpande uppdaterar och fördjupar sina kunskaper om bolaget och dess verksamhet samt i övrigt får den utbildning som krävs för att styrelsearbetet
- skall kunna bedrivas effektivt,
- upprätthålla kontakt och dialog med bolagets aktieägare i syfte att styrelsen skall känna till ägarnas synpunkter i fråga om bolagets övergripande mål och strategi och andra viktigare frågor,
- ha fortlöpande kontakt med och fungera som diskussionspartner och stöd för bolagets verkställande direktör samt se till att styrelsen utvärderar verkställande direktörens arbete,
- se till att styrelsen erhåller tillfredsställande information och beslutsunderlag, kontrollera att styrelsens beslut verkställs, samt
- se till att styrelsen årligen utvärderar sitt arbete.

3.6 Styrelsens arbetsformer

Regler om styrelsens arbete finns i 8 kap. aktiebolagslagen. Styrelsen är ett kollegialt organ där alla ledamöter skall beredas möjlighet att delta i arbetet.

Styrelsen får enligt lag inte besluta i ett ärende, om inte såvitt möjligt samtliga styrelseledamöter har fått ett tillfredsställande underlag för att avgöra ärendet och tid att sätta sig in i underlaget.

Styrelsen beslutar om arbetsordning och instruktion för verkställande direktören.

När ny styrelse tillsatts skall styrelsen göra en noggrann prövning av samtliga instruktioners relevans och aktualitet. Förnyad prövning skall göras varje år, även om ny styrelse inte tillsatts under året.

Styrelsens instruktioner i form av arbetsordning, instruktion för verkställande direktören samt rapporteringsinstruktion skall vara anpassade till bolagets förhållanden och vara så tydliga, utförliga och konkreta att de kan tjäna som styrdokument för styrelsens arbete.

Styrelsen bör inte inrätta styrelseutskott, arbetsutskott eller presidium med särskilda beslutsuppgifter om det inte finns särskilda skäl.

Styrelsen skall sammanträda i den omfattning som erfordras för att hinna behandla de frågor som ankommer på styrelsen. Styrelsens arbete måste vara organiserat så att styrelsen kan ägna tillräcklig tid åt alla viktiga frågor. Den löpande rapporteringen bör vara strukturerad så att uppföljnings- och kontrollfrågorna inte tar större del av styrelsens tid i anspråk än att särskilt de strategiska frågorna kan ägnas den uppmärksamhet de kräver.

Vid styrelsens sammanträden får endast styrelseledamöter, verkställande direktören, styrelsens sekreterare och andra personer som styrelsen beslutar skall ha närvarorätt delta. Om suppleanter för styrelseledamöter har utsetts skall dessa få delta vid styrelsens sammanträden. Vilka personer som har varit närvarande skall antecknas i protokollet från sammanträdet.

Styrelsens ordförande skall efter samråd med verkställande direktören fastställa förslag till dagordning för styrelsens sammanträden samt se till att dessa är väl förberedda och genomförs effektivt.

De beslutsärenden som skall behandlas på styrelsens sammanträden skall anges tydligt i dagordningen för sammanträdet. Beslutsunderlag och förslag till beslut i ett ärende skall ge en saklig, utförlig och relevant belysning av det ärende beslutet gäller. Skriftligt material inför styrelsesammanträde bör normalt tillställas ledamöterna senast en vecka före sammanträdet.

Varje styrelseledamot skall sätta sig in i de ärenden styrelsen har att behandla och föra fram de uppfattningar och göra de ställningstaganden

dessa föranleder. Styrelseledamot skall begära den kompletterande information som ledamoten anser nödvändig för att styrelsen skall kunna fatta väl underbyggda beslut.

Styrelsens protokoll skall tydligt återge vilka ärenden som behandlats, vilket underlag som funnits för respektive ärende samt innebörden av de beslut som fattats. Ett färdigt protokoll skall sändas till eller hållas tillgängligt för styrelsens ledamöter senast två veckor efter styrelsesammanträdet.

3.7 Verksamhetsrapportering, finansiell rapportering och internkontroll

Styrelsen ansvarar för såväl årlig som löpande verksamhetsrapportering till bolagets aktieägare. Bolagets aktieägare skall i ägardirektiv klargöra hur rapporteringen skall ske. Den årliga verksamhetsrapporteringen skall innehålla en redovisning av hur väl bolaget uppfyllt ägarens ändamål med verksamheten.

Styrelsen ansvarar för att bolagets finansiella rapportering sker i överensstämmelse med god redovisningssed. Av den finansiella rapporteringen skall framgå på vilket regelverk den grundas.

Styrelsen skall se till att bolaget har god intern kontroll och fortlöpande hålla sig informerad om och utvärdera hur bolagets system för intern kontroll fungerar. Styrelsen skall inför varje år upprätta en plan för internkontrollen i bolaget. Styrelsen skall dokumentera på vilket sätt den säkerställer

- ändamålsenlig och ekonomiskt tillfredsställande verksamhet i bolaget,
- kvaliteten i rapportering om verksamhet och ekonomi och intern kontroll, samt
- bedömning och uppföljning av bolagets risker.

4. Verkställande direktör

4.1 Verkställande direktörens uppgifter

Verkställande direktören är syssloman i förhållande till bolaget. Det innebär att verkställande direktören är skyldig att ägna uppdraget den tid och omsorg som erfordras för att på bästa sätt tillvarata bolagets intresse.

Verkställande direktören skall alltså verka för att regionens ändamål med verksamheten så som de kommer till uttryck i bolagsordningen, ägardirektiv och styrelsebeslut förverkligas.

Verkställande direktören skall enligt 8 kap. 29 § aktiebolagslagen sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar samt se till att bolagets bokföring och medelsförvaltning sköts på ett betryggande sätt.

Verkställande direktören ansvarar för att förse styrelsen med den information om bolaget och dess verksamhet samt det underlag i övrigt styrelsen behöver för sitt arbete.

Verkställande direktören skall se till att styrelsen får ett så sakligt, utförligt och relevant informationsunderlag som erfordras för att styrelsen skall kunna fatta väl underbyggda beslut. Verkställande direktören skall se till att styrelsen hålls informerad om utvecklingen av bolagets verksamhet mellan styrelsens sammanträden.

4.2 Tillsättande av verkställande direktör

Styrelsen skall utse och entlediga verkställande direktör efter samråd med ägaren.

4.3 Vice verkställande direktör

Reglerna om verkställande direktör skall i tillämpliga delar gälla också vice verkställande direktör.

5. Revisorer och lekmannarevisorer

5.1 Revisorer

Bolagets revisorer utses på bolagsstämman.

Bolagets revisor skall i den utsträckning som följer av god revisionssed granska räkenskaperna och styrelsens och verkställande direktörens förvaltning.

Bolagsstämman får ge revisorn ett utökat granskningsuppdrag i den mån det inte strider mot lag, bolagsordningen eller god revisorssed inklusive god revisionssed.

5.2 Lekmannarevisorer

Lekmannarevisorerna i bolag där regionen direkt eller indirekt äger alla aktier skall utses av regionfullmäktige och anmälas på bolagsstämman.

I delägda bolag skall regionen med beaktande av 10 kap. 4 § kommunallagen komma överens med övriga aktieägare om, och i så fall hur, lekmannarevisorer skall utses.

Bolagets lekmannarevisorer skall i den utsträckning som följer av god sed för lekmannarevisorer granska om bolagets verksamhet sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt och om bolagets interna kontroll är tillräcklig.

Bolagsstämman får ge lekmannarevisorn ett utökat granskningsuppdrag i den mån det inte strider mot lag, bolagsordningen eller god sed för lekmannarevisorer inklusive god sed för hur allmän granskning skall genomföras.

5.3 Styrelsens relation till revisorerna och lekmannarevisorerna

Styrelsen skall se till att ändamålsenliga relationer med bolagets revisorer och lekmannarevisorer upprätthålls. Styrelsen skall överväga att en gång varje år sammanträffa med revisorerna utan närvaro av någon från företagsledningen. Styrelsen skall dokumentera hur bolaget kommunicerar med bolagets revisorer och lekmannarevisorer.

6. Informationsregler

6.1 Information i bolagsstyrningsrapport

De regionägda bolagen skall som komplement till årsredovisningen i särskild bolagsstyrningsrapport lämna följande information:

- Hur styrelsearbetet bedrivits, inkluderande eventuell arbetsfördelning, antal sammanträden, genomsnittlig närvaro, vem som varit sekreterare vid styrelsens sammanträden samt om utvärdering av styrelse och verkställande direktören genomförts.
- Hur den interna kontrollen, både vad gäller uppfyllande av bolagets syfte, av ägaren beslutade verksamhetsmål och finansiell rapportering, är organiserad och hur väl den fungerat under senaste räkenskapsåret.
- Hur bolagets risker bedömts och följts upp.
- Hur bolaget kommunicerar med revisorerna och lekmannarevisorerna.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 6

Forskningsgenomgång

Innehållsförteckning

1. Forskningsgenomgång 3
1.1 Sammanfattning 3
1.2 Definitioner av styrning inom hälso- och sjukvården 5
1.3 Marknadsstyrningens misslyckande (market failure) 6
1.4 Byråkratins utmaningar (government failure) 6
1.5 Utvärdering av Stockholmsmodellen 8
1.6 Trender för styrmodeller 13

1. Forskningsgenomgång

I denna bilaga redovisas den litteraturöversikt som för utredningen har genomförts av professor Mats Brommels vid Medical Management Centre, Karolinska Institutet, för att kartlägga teoribildning och internationella erfarenheter av styrning i hälso- och sjukvårdssystem.

1.1 Sammanfattning

Hälso- och sjukvården i alla höginkomstländer är statligt reglerad och en stor andel av finansieringen är kollektiv, antingen genom skattefinansiering eller som en socialförsäkring. I de nordiska länderna har utbildnings- och välfärdstjänsterna byggts upp genom lokala samverkansinitiativ och insatser samt reglerats i nationell lagstiftning. Därigenom har välfärdstjänsterna tillhandahållits av kommunala, regionala och statliga myndigheter och drivits i förvaltningsform.

Kritiken mot byråkratisk stelbenthet, dålig service, låg responsivitet gentemot invånarna och ineffektivitet i offentliga förvaltningar ledde i västvärlden till ett stort intresse att åtgärda dessa brister genom en ökad styrning och inslag av marknadsstyrning, det sistnämnda för att skapa konkurrens mellan tjänsteutförare är därmed högre kostnadseffektivitet och servicekvalitet. Detta genomfördes inom en offentlig förvaltning genom att administrativt separera beslut om uppdrag och finansiering från drift av utförarenheter (beställar-utföraruppdelning).

All styrning kan i slutändan ses som en tillämpning av så kallad principal-agentteori. Med detta menas att till ett uppdrag knyts en finansiell ersättning och det utförda uppdraget bedöms. Till graden av måluppfyllelse kan det knytas belöningar eller sanktioner. I realiteten gäller inte teorins grundförutsättningar inom hälso- och sjukvården. Uppdrag och mål är övergripande, de problem som ska lösas kan bara klarläggas av en professionell utförare, och utfallet påverkas av en rad faktorer utanför utförarens kontroll. Dock kvarstår behovet att skapa incitament för utförare att verka i enlighet med politiska mål och hushålla med gemensamma resurser samt att utkräva ansvar för att detta också sker.

De styrformer som sedan 1970-talet tillämpats i svensk hälso- och sjukvård har baserats på decentralisering, preciserade uppdrag, till dessa knutna resursöverföringar och uppföljning. Målstyrning, resultatstyrning, avtalsstyrning (vid beställar-utföraruppdelning) och värdebaserad styrning (att premiera för uppnådda hälsoeffekter och inte prestationsmål) reduceras i slutändan till ersättningen.

Gemensamt för hälso- och sjukvårdssystemen i västvärlden är att styrningen i slutändan kan reduceras till en fråga om finansieringsform (ersättningssystem). Detta är oberoende av den övergripande finansieringsformen (skatt eller socialförsäkring) eller skillnader i produktionsform (offentlig eller privat). Oberoende av hur systemägarrollen organiseras bör huvudmannen med ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (och internationella motsvarigheter) ägna mest uppmärksamhet åt att utforma, utvärdera och utveckla ersättningsformer som balanserar mellan incitament att fokusera på politiska mål och uppdrag och effektivt resursutnyttjande. Oftast handlar det om att skapa kombinationer av fast och rörlig ersättning.

Ur ett system-, men också ett invånarperspektiv blir det viktigaste att säkerställa samverkan mellan hälso- och sjukvårdens aktörer, skapa sammanhängande vårdkedjor, främja resurs- och arbetsfördelning och att beakta hälso- och sjukvårdens karaktär av professionell tjänsteproduktion. Aktörer med ett delat ansvar och som i huvudsak styrs av professionella drivkrafter söker sig till frivillig samverkan, det vill säga bildar nätverk. Samverkan främjas av social kontroll i form av professionell socialisering, sanktioner utfärdade av professionerna och professionernas behov av att upprätthålla ett gott rykte och erhålla samhällelig. Huvudmannen som uppdragsgivare kan koordinera verksamheter huvudsakligen genom att undanröja hinder, ställa krav på aktörer och belöna samverkan finansiellt.

Huvudmannens övergripande uppdrag genomförs i ett tjänsteimplementeringsnätverk. I styrning av nätverk kan den aktör som är central i nätverket kontrollera eller utföra den viktigaste och mest värdeskapande verksamheten locka andra aktörer till samverkan och koordinera dessas insatser.

En offentlig tjänstestyrning (public service management) byggd på nätverkslogik främjar samverkansrelationer mellan utförare och fokuserar på tjänsteleveranssystemets effektivitet snarare än de enskilda aktörernas prestationer.

Huvudmannen fäster också uppmärksamhet vid brukarnas preferenser och motiverar utförarna att interagera positivt med dem. Genom detta tillämpas en offentlig tjänstelogik som bygger på tre premisser. Invånarna och brukarna är centrala intressenter som bör påverka både policy och offentlig tjänsteproduktion, och deras engagemang i processen tillför värde till tjänsterna. Ett särskilt servicelöfte bör utfärdas för att skapa rätta förväntningar bland brukare och definiera tjänsteutövarnas roll och ansvar för att öka invånarnas tillit till systemet. Brukarmedverkan är en viktig del

av tjänstens utförande och säkerställer att brukarnas kunskap och erfarenheter bildar kärnan i en effektiv offentlig tjänsteproduktion.

1.2 Definitioner av styrning inom hälso- och sjukvården

Mycket av litteraturen som granskar styrning av hälso- och sjukvården tar sin utgångspunkt i nationell styrning, då specifikt av och inom offentlig sektor (governance). Internationella organisationer anger snarlika definitioner på styrning och god styrning. Europeiska kommissionen definierar styrning som de ”regler, processer och beteenden enligt vilka intressen artikuleras, resurser hanteras och makt utövas i samhället” och Världsbanken som ”de och traditioner och institutioner genom vilka auktoritet (makt) utövas”. Världens hälsoorganisation WHO anger att ledarskap och styrning ”handlar om att säkerställa att strategiska policyramverk existerar och är kombinerade med effektiv översyn, koalitionsbyggande, reglering, systemuppbyggnad och resultatansvar (accountability)[1].

I en litteraturanalys[2] har det konstaterats att det är svårt att finna en allmänt accepterad definition på styrning både inom och utanför hälsa-och sjukvårdens domän. Styrning är ett komplext och mångdimensionellt koncept, men det som förenar olika uppfattningar är att styrning är en aktivitet som karakteriseras av processer (sedvänjor, principer och lagar) som tillämpas formellt eller informellt för att fördela ansvar och befogenheter bland aktörer inom ett hälso- och sjukvårdssystem.

Sjukvårdens styrning kan analyseras på tre nivåer: på makro- (nationell), meso- (regional) och mikronivå (lokal) nivå. Definitionen av mesonivå innehåller många teoretiska begrepp men är ändå informativ: ”… en uppsättning processer och verktyg i anslutning till beslutsfattande för styrning av institutionella verksamheter med påverkan på de flesta viktiga aspekter av organisatoriskt beteende med beaktande av de komplexa relationerna mellan involverade intressenter”. Den innefattar normativa värden (jämlikhet, etik), tillgänglighet, kvalitet, responsivitet till patientpreferenser och patientsäkerhet. Den beaktar såväl politiska, ekonomiska samt lednings- och verksamhetsmässiga aspekter”.[3]

[1] Barbozza med flera (2014)
[2] Barbozza med flera (2014)
[3] Duran med flera (2011)

1.3 Marknadsstyrningens misslyckande (market failure)

Förutsättningarna för en fullständig marknad saknas inom hälso- och sjukvården. Hälsoekonomin, den gren av nationalekonomin som växte fram under 1960-talet, anger tre viktiga omständigheter som omöjliggör en fungerande marknad:

Den genuina osäkerhet och oförutsägbarhet som gäller risk för insjuknande, inte sällan med katastrofala konsekvenser och stora kostnader, kräver att en enskild individ är försäkrad mot dessa allvarliga konsekvenser. Detta kan ske genom ett offentligt åtagande som i Beveridge-länderna, eller genom att andra kollektiv skapar en försäkring (i Bismarckländerna oftast upprätthållen av arbetsgivare och arbetstagare i samverkan).

Informationsasymmetri omöjliggör en jämlik relation mellan kund och utförare. Inom hälso- och sjukvården har den yrkesutbildade personalen ett kunskapsövertag, som i frånvaro av reglering kan leda till att onödiga tjänster erbjuds patienten (supplier induced demand).

Det har konstaterats[4] att en patient av de skäl som anges ovan inte har förutsättning att agera som en medveten konsument. I stället kan relationen mellan patient och rådgivare ses som ett trepartsförhållande där en välinformerad och resursstark sponsor agerar å patientens vägnar. Denna sponsor är ett försäkringsbolag (som i USA) eller en offentlig myndighet (Sverige) med uppgift att säkerställa att patienter får vårdinsatser efter behov. Sponsorn tar också ansvar för att ersätta vårdgivaren finansiellt. Patientens ansvar är att bidra genom att betala en försäkringspremie eller skatt och eventuellt en patientavgift (som inte täcker vårdgivarens kostnader). Beställaren i svensk hälso- och sjukvården kan då kategoriseras som en sponsor.[5]

1.4 Byråkratins utmaningar (government failure)

Kritiken mot det byråkratiska systemet är välkänd. Regeltroheten har ansetts leda till stelbenthet, tröghet och bristande flexibilitet vid ändrade förutsättningar. Byråkraterna utfärdar förmåner utifrån lagstadgade och objektiva kriterier men beaktar inte människors subjektiva önskemål. Byråkratin garanterar rättigheter men utför inte tjänster där serviceanda anses saknas. Myndighetsutövning och produktion av offentligt tillhandahållna tjänster i Sverige idag bygger dock på ambitionen att betjäna invånarna. Ambitionerna kan dock vara svåra att förverkliga i ett

[4] Alain Enthoven (1986)
[5] Alain Enthoven (1986)

hierarkiskt system med låg grad av autonomi för beslutsfattare och tjänsteutövare.

Nationalekonomer har också haft ambitionen att studera staten som beslutsfattare, och definierat dess uppgift i ekonomiska termer för att maximera den sociala välfärden. Enligt den så kallade public choice-skolan kompliceras detta av att byråkrater också lockas att agera med egenintresse. Exempelvis genom att eftersträva maximering av den egna verksamhetens budget. Bristande flexibilitet, låg produktivitet och dålig anpassning till förändrade förutsättningar och invånarnas önskemål försökte åtgärdas marknadsekonomiska metoder. Detta gav upphov till de styrmodeller som benämns New public management (NPM). Begreppet introducerades 1991 av forskaren Christopher Hood[6]. De bärande tankarna bakom NPM kan sammanfattas i följande punkter[7]:

1 Offentliga organisationer ska ledas av särskilda opolitiska förvaltningschefer med omfattande handlingsutrymme.
2 I styrningen av förvaltningen ska det vara centralt att mäta prestationer i tydliga, kvantifierbara mått.
3 Inom myndigheter ska det delegeras resultatansvar till lokala enheter.
4 Det offentliga uppdraget ska vara fördelat på en mängd mer eller
5 mindre självständiga organisationer.
6 Konkurrens mellan organisationer i förvaltningen ska eftersträvas.
7 Styrning och ledning i den privata sektorn ska fungera som förebild för offentliga verksamheter.
8 Ekonomisk återhållsamhet och arbetsdisciplin ska prioriteras.

Dessa reforminitiativ lanserades på 1970- och 80-talet främst i USA och Storbritannien. Inom det engelska statliga sjukvårdssystemet (National Health Service, NHS) har NPM tillämpats framför allt genom att inom den statliga förvaltningen administrativt skilja en uppdragsgivande finansiär från de tjänsteproducerande enheterna, det vill säga beställar-utföraruppdelning.

Dessa reformer väckte tidigt intresse inom svenska landsting som införde beställar-utföraruppdelning inom sina organisationer. Först ute var Landstinget Dalarna, men de stora regionerna följde snabbt efter. Under 1990-talet fanns ingen politisk oenighet om behovet att pröva denna nya styrning. Också inom akademin var intresset stort. Den svenska statsvetaren Carsten von Otter lanserade år 1988 i samarbete med amerikanen Richard Saltman en variant av ”managed competition” anpassad till svensk hälso- och sjukvård med enbart offentligt ägda

[6] Hood, C. (1991)
[7] Bringselius, L. (2015)

utförare.[8] I ”public competition” tävlar offentliga utförare om marknadsandelar (andelar av den offentliga sjukvårdsmarknaden) och därmed större anslag. Antagandet var att denna konkurrens inom offentlig sektor skulle stimulera utförarna till ökad produktivitet och i slutändan kostnadseffektivitet.

Också i England var intresset riktat mot de offentligt ägda utövarna. Att utnyttja privata utförare och öppna marknaden blev aktuellt först senare. Det inslaget har heller inte blivit lika omfattande som i Sverige. Inom den offentliga marknaden saknas den ultimata konsekvensen, konkurs och exit från marknaden. Det har därför talat om utmaning (contestability) snarare än konkurrens, med vilket avses att en aktörs förmåga att klara en utmaning testas.

1.5 Utvärdering av Stockholmsmodellen

Inom dåvarande Stockholms läns landsting infördes beställar-utföraruppdelning år 1992. Den utvecklades successivt under de följande åren med motivet att åtgärda långa köer och negativ produktivitetsutveckling vars orsak sågs vara bristande incitament att effektivisera verksamheten.

Övergången till prestationsersättning ledde inledningsvis till en produktivitetsförbättring, men effekterna klingade sedan av. Detta är ett välkänt mönster vid förändringar av finansieringsformer och incitamentsstrukturer (samma effekt kunde noteras vid införandet av valfrihet inom höft- och knäledsplastik inom Region Stockholm år 2009).

I en studie[9] av Stockholmsmodellen tio år efter dess införande konstateras följande:

”Avslutningsvis är det intressant att bedöma vilken av de tidigare nämnda idealtyperna av koordineringssystem för ekonomisk aktivitet som är mest lämpad inom akutsjukvården i Stockholm. Erfarenheterna från Stockholmsmodellen visar att marknadsdimensionen har tydliga begränsningar. En strikt tillämpning av marknadsmekanismer och konkurrens riskerar exempelvis att gå ut över samverkanskrav mellan akutsjukhus och andra delar av vårdkedjan. Införandet av marknadsmekanismer och konkurrens har dock även inneburit flera positiva aspekter.

De ökar informationen kring det som produceras inom vården samt möjliggör förbättrade produktivitetsjämförelser. Sammantaget pekar detta

[8] Saltman och von Otter (1989)
[9] Janlöv (2006)

på att ett mellanting mellan marknad och planering kan vara fördelaktigt vid utformandet av kommande styrsystem inom akutsjukvården i Stockholm."

Internationella erfarenheter av beställar-utföraruppdelning inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdssystem som finansieras med nationellt eller lokalt uttagna skatter organiseras inom offentlig sektor. En bedömning av vilket styrsystem som är bäst blir därigenom en jämförelse mellan ursprunglig hierarkisk styrning och tillkomna inslag av marknadsstyrning. Att göra en strikt jämförande utvärderingsstudie mellan de renodlade styrformerna och eventuella hybrider är mycket svårt.

Vid inriktning på ett geografiskt område måste då två tidsperioder (med olika styrsystem) jämföras. Två svårigheter infinner sig: omvärld och förutsättningar förändras över tid, och att en ny modell påverkas av tidigare historik. Att göra jämförelser mellan två geografiska områden med olika styrmodeller försvåras också av metodutmaningar då det sällan är jämförbara utan beroende av lokala förhållanden. Det saknas därför forskning med inriktning på sådana jämförande studier. Forskningen handlar istället i huvudsak om aktuella styrformers fördelar och nackdelar, oftast ur ett teoretiskt perspektiv, medan empiri redovisas i huvudsak i fallstudier.

För att skilja mellan beslut som fattas av enskilda patienter (konsumenter) och beställare som myndigheter eller försäkringsbolag har de senares verksamhet i litteraturen kommit att kallas strategiskt beställande (strategic purchasing). Dessa beställare kan då kategoriseras som sponsorer.[10] De fördelar samlade resurser till vårdgivare som levererar tjänster till den befolkning beställaren har ansvar för.

En studie[11] från tre fall i USA, Holland och Storbritannien, visar att strategiskt beställande har misslyckats med att infria sina mål. Orsaker till detta beror i samtliga tre fall på asymmetrier i information, marknadsinflytande, politisk makt och finansiell styrka.

Det engelska NHS är det närliggande exemplet för Sverige att studera i detalj. Beställar-utföraruppdelning infördes år 1989 och beställare var då distriktsorganisationer finansierade centralt samt en möjlighet för primärvårdsläkare att beställa sjukhusvård för sina listade patienter. Små förbättringar i produktivitet och kvalitet kunde påvisas.

[10] Alain Enthoven (1986)
[11] Greer med flera (2022)

Labourregeringen skapade större primärvårdsorganisationer i slutet på 1990-talet som tog över beställarfunktionen. Samtidigt infördes valfrihet för patienter, vilket gjort det svårt att särskilja effekter av beställande och valfrihet, och därmed hur väl dessa beställarenheter lyckats med strategiskt beställande. Den konservativa regering som tillträdde år 2010 utökade antalet beställarenheter väsentligt för att ge dem en lokal förankring. Samtidigt övertog NHS centralt ansvaret för beställning av högspecialiserad vård. Finanskrisen ledde till nerskärningar inom NHS och samtidigt ökade kraven på integrerade vårdlösningar, vilket kom att leda till mindre tonvikt på konkurrens.

Sedan Skottland och Wales år 1998 fått långt gående autonomi avvecklades beställar-utföraruppdelning och ersattes med områdesbaserade myndigheter för integrerad vård. Det ledde inte till påvisbara effekter på effektivitet, jämlikhet eller kvalitet.

De bristande effekterna av beställare- utföraruppdelning i England förklaras i studien[12] av att beställarenheterna fick stöd av folkhälsoexperter, men hade över tid svårigheter att få tillräckligt med högkvalitativa data för effektiv styrning (informationsasymmetri).

Beställarenheterna hade inte makt att förändra sjukvårdens infrastruktur. Beslut som hotade sjukvårdsenheter (med nedläggning) ledde till lokal mobilisering och politiskt tryck som omöjliggjorde ett genomförande (asymmetri i politisk makt). Beställarna hade svårt att påverka patientströmmar och patientval och flytta verksamheter till enheter med bättre kvalitet och produktivitet. De blev beroende av de lokala vårdgivarna (marknadsasymmetri).

Slutligen hade inte beställarenheterna möjligheter att påverka investeringar, eftersom deras budgetar endast täckte vårdproduktion (finansiell asymmetri).

Nationella erfarenheter av beställar-utföraruppdelning inom hälso- och sjukvården

Fram till decennieskiftet 1990 var styrningen i alla landsting enligt en förvaltningsmodell, det vill säga landstinget hade ett totalansvar för vårdproduktionen, ägde och drev vårdcentraler och sjukhus. Styrningen skedde genom verksamhetsdirektiv och budgetanslag. Uppföljning inriktades på mål och budgetdisciplin. Mål- och resultatstyrning infördes på 1980-talet, ambitionen var att utvärdera måluppfyllelse och minska på detaljstyrningen.

[12] Greer med flera (2022)

Steget till beställar-utföraruppdelning och styrning genom avtal var i själva verket inte stort – den handlade i huvudsak om den organisatoriska uppdelningen. Eftersom avtalen inte var juridiskt bindande var beställarstyrningen mycket lik målstyrning.

Beställar-utföraruppdelning tillämpas inom de större regionerna, det vill säga Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Östergötland. Skillnaderna i tillämpning handlar i allt väsentligt om inslaget av privata utförare. Skillnaderna har på den punkten accentuerats av omfattningen av frivilliga vårdval inom specialistsjukvården, där Stockholm har flest vårdval.

Övriga regioner har organiserat sin hälso- och sjukvård i en förvaltningsmodell. Det obligatoriska vårdvalet inom primärvården (sedan år 2008) innebär dock att en beställarenhet av privat vård finns i alla regioners förvaltningar.

I en studie[13] gjord 2006 görs jämförelse mellan Region Skåne, Region Örebro och Region Jönköping. Skåne och Örebro hade vid tidpunkten för studien infört beställar-utföraruppdelning medan Jönköping hållit fast vid en traditionell förvaltningsmodell.

En jämförelse mellan regionerna gjordes med avseende på demokrati och effektivitetsvärden, byråkrati och incitament, specialisering och profilering. Demokrati och effektivitet var viktiga argument för att införa den nya styrmodellen. Fokus skulle ligga på att uppmärksamma människors behov och låta dem få större genomslag på vården. Effektivitetskravet formulerades också i termer av inriktning efter behov, och det önskades stödjas genom tydliga incitament.

I Jönköping bedömdes det vara en risk med att incitament för vårdgivarna kunde leda till skenande budgetar. Detta eftersom prestationsersättning definierades som en del av beställar-utförarmodellen. Den har bedömts öka ekonomistyrningsbyråkratin, som dock också inneburit ett ökat fokus på kvalitet. Jönköping som tillämpade balanserade styrkort hade sett samma effekter, både mer byråkrati men mer kvalitetstänkande. Diskussionerna om incitament hade varit aktuell i alla tre regioner, men de ses i allmänhet som problematiska. I slutändan är rättvis fördelning av resurser en normativ fråga som inte kan lösas på teknisk väg. Också Jönköping hade infört belöningssystem.

[13] Stiernstedt och Rosell (2006)

Studien[14] kan sammanfattas med att samma typ av resonemang och organisatoriska effekter observerats i alla tre regioner, två med beställar-utföraruppdelning, en med traditionell förvaltning.

I en annan studie[15] om beställare- utförarmodellen i Västra Götalandsregionen framgick att det fanns för och nackdelar utifrån den demokratiska aspekten. Modellen kan anses stödja demokratiutveckling eftersom den inneburit ett stort antal förtroendeuppdrag i regionen. Samtidigt är modellen också problematisk ur ett demokratiperspektiv eftersom förtroendevalda i praktiken har ett svagt inflytande över verksamheterna och inte har en levande kontakt med invånarna som uppdragsgivare. Invånarna har ingen organiserad verksamhet för att forma opinion och förmedla den till beslutsfattare. (Till detta kan sägas att dessa två brister också gäller inom en organisation med förvaltningsmodell).

Studien[16] visade att det ansåg otydligt om modellen främjar effektivitetsutveckling inom hälso- och sjukvården. Modellen anses vara komplex, vilket illustreras av oklarheter i relationerna mellan olika aktörer och otydlig ansvarsfördelning. Förväntade effekter, till exempel avveckling av ineffektiva verksamheter som följd av konkurrens, har inte uppnåtts. Beställarna har i mycket begränsad utsträckning använt den flexibilitet som modellen ger. Samtidigt som kritik riktas mot modellen ges inga förslag till alternativ.

Tänkbara förklaringar till att modellen inte upplevdes som ändamålsenlig var enligt studien[17] en utvecklad praxis att acceptera ekonomiska underskott. Enheter kan uppvisa underskott år efter år utan att drabbas av sanktioner. Å andra sidan premieras inte heller överproduktion i kombination med ekonomiskt överskott. Produktionsstyrelserna som övervakar utförarna har en otydlig roll mellan beställaren och de verksamhetsansvariga med insikt i vad som krävs i vardagen.

Yttre faktorer som ökad valfrihet har gjort beställaruppgiften svårare, framför allt planeringen av vårdutbud och kapacitet. Statens styrning har också ökat över tid och kan kollidera med regionala och lokala prioriteringar.

[14] Stiernstedt och Rosell (2006)
[15] Brorström och Solli (2015)
[16] Brorström och Solli (2015)
[17] Brorström och Solli (2015)

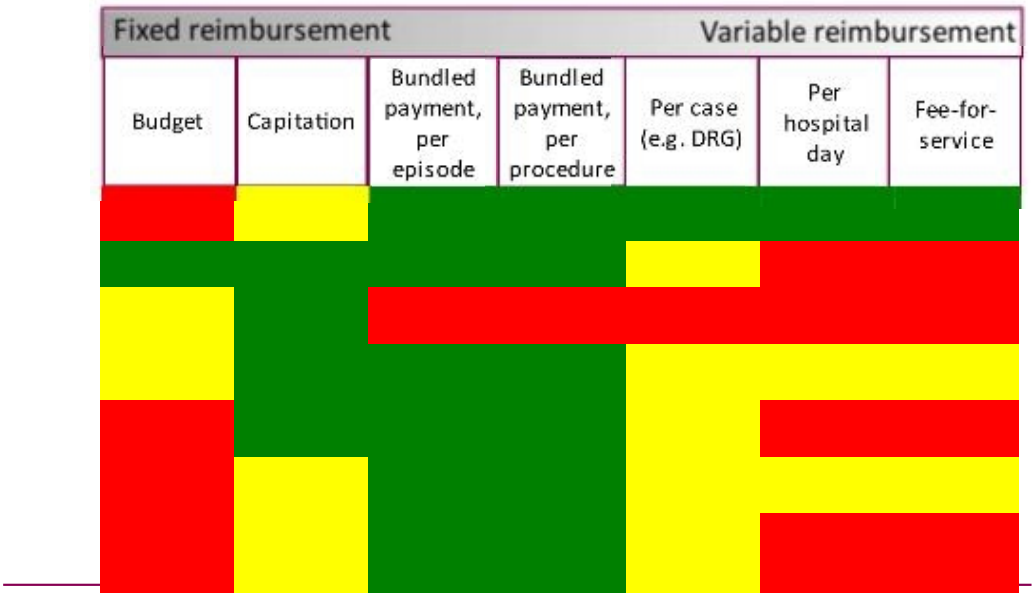
1.6 Trender för styrmodeller

Ersättningsmodeller
Centralt i avtalsstyrningen som beställar-utföraruppdelningen medfört har varit introduktionen av till mål, uppdrag och verksamhetsbeställningar knutna ersättningsmodeller. I hierarkisk styrning är instrumentet anslag (budget) för att täcka kostnaderna för en definierad verksamhet. Budgetstyrning innebär i praktiken uppräkningar av föregående års kostnadsram med korrigeringar för förändringar i verksamheten. Det finns dock inget hinder för att i budgetstyrning införa finansiella incitament kopplade till måluppfyllelse.

Utvecklingen av ersättningsmodellerna bör därför ägnas mer uppmärksamhet än den administrativa organisation som fördelar uppdragsgivarens och finansiärens medel till utförande enheter. Det har också utvecklats alltmer sofistikerade ersättningsmodeller både inom skattefinansierade offentliga hälso- och sjukvårdssystem och marknadsinriktade försäkringsfinansierade system. Ersättningsmodellerna rör sig på mellan fasta till rörliga ersättningar. Nedanstående figur visar att ersättningsmodellerna bör anpassas efter syfte och mål för att skapa lämpliga incitament.

En kapiteringsmodell innebär en fast ersättning för ett befolkningsansvar med god kostnadskontroll men få incitament till effektivisering. Den sägs också leda till risk för underbehandling. En rörlig ersättning (till exempel ersättning per läkarbesök) stimulerar till högre produktionsvolymer (och bättre tillgänglighet) men är kostnadsdrivande och kan innebära risk för överbehandling.

Ersättningsmodeller: spektret mellan fast och rörlig ersättning



IVBAR AB (Adapted from WHO 2000, Charlesworth 2012, Busse 2011)

En mellanform som prövats i stor skala i både skattefinansierade och försäkringsfinansierade system är vårdepisodersättning (bundled payment). Den fasta ersättningen för hela vårdepisoden stimulerar till att se över och effektivisera vårdprocessen samtidigt som vårdgivarna också har incitament att öka sin produktionsvolym. Ersättningsformen har använts i Region Stockholm med varaktigt gynnsamma resultat (höft- och knäledsplastik).[18]

Ett stort intresse har riktats mot värdebaserade ersättningsmodeller. Vilket innebär att betala för ett vårdresultat med beaktande av kostnader över hela vårdförloppet. Den enda tillämpningen i Sverige hittas också i Region Stockholm. Ersättningen för ryggkirurgi vid ryggsmärtor är knuten till resultat som mäts genom patientens upplevelse av smärtlindring, korrigerat för andra påverkande faktorer som svårighetsgrad och samsjuklighet.[19]

Modellen är sofistikerad och eliminerar i teorin risken för både över- och underbehandling samt ”adverse selection” (vårdgivaren väljer bara lätta patienter och undviker svåra). Det kräver dock ett omfattande

[18] Wohlin med flera (2021)
[19](Eriksson och Levin (2018)

dataunderlag, vilket sannolikt är en orsak till att modellen inte fått spridning eller efterföljare. Generellt kan sägas att på utfall baserade ersättningsmodeller lämpar sig enbart för väldefinierade kliniska problem med entydiga behandlings-rekommendationer, det vill säga i huvudsak för elektiv kirurgi.

En slutsats är att styrning oberoende av system eller administrativ organisation bör som ett centralt redskap ha ersättningsmodeller som stödjer måluppfyllelse och kostnadseffektivitet och som minimerar risken för oönskat beteende bland vårdgivarna.

Nätverksstyrning

Den tredje formen av styrning utöver hierarki och marknad är styrning av nätverk. Hierarkin utövar ”command and control” uppifrån i en förvaltningsstruktur där ansvar och befogenheter knyts till en formell position. Resursfördelning och -utnyttjande (kostnad) bestäms på administrativ grund. På marknaden sker ett utbyte mellan fria aktörer och pris (kostnad) sätts i en jämvikt mellan tillgång och efterfrågan. Möjligheten till överskott stimulerar utförare, och konkurrens mellan utförarna utgör en broms på pris och stimulans till kvalitet. Ett nätverk däremot utgörs av aktörer som söker samverkan på grund av släktskap eller gemensamma intressen, inte primärt drivna av en ekonomisk transaktion.

Nätverk som styrform

Karolinska Institutet

Nätverk som styrform

Typ	*Organisations-princip*	*Mål och drivkrafter*	*Erfarenheter, kritik*
HIERARKI	*Struktur*, formell position, direktiv	Rationalitet, mål, förutsäg-barhet	Rigiditet, top-down, ringa serviceinriktn.
MARKNAD	*Transaktioner* mellan själv-ständiga aktörer	Egenintresse	Starka incitament, ingen helhetssyn, transaktionskostn.
NÄTVERK	Aktörer i en *gemenskap*	”Släktskap” och delade värderingar	Flexibilitet, engagemang, oförutsägbarhet

Ett nätverk av professionella aktörer samverkar i omsorg om gemensamma patienter där drivkraften är professionalism leder till ett stort engagemang, men också flexibilitet eftersom patientens behov blir styrande. Ett nätverk är däremot ofta oförutsägbart (medverkande är ej bindande) och därför en styrningsutmaning.

I genomförandeplaner för Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) användes nätverkssjukvården som term för att beskriva hälso- och sjukvårdsystemet med framhävande av det ömsesidiga beroendet mellan aktörerna. Andra koncept som återger nätverksstruktur är integrerade vårdsystem, sammanhållna vårdkedjor och patientcentrerad vård.

Litteraturen om styrning av nätverk är i huvudsak teoretiskt inriktad med få exempel ifrån hälso- och sjukvård. De egenskaper som nätverk uppvisar finnes dock i professionella organisationer och de är därmed relevanta för hälso- och sjukvården. Därigenom tillämpas många av de principer och verktyg som föreslås vid styrning av hälso- och sjukvårdssystem.

Nätverk baseras på kollaborativa och inte hierarkiska strukturer. De organisationer som ingår är autonoma och ansluter sig för att de uppfattar sig få ett utbyte av samverkan med andra aktörer. Ett horisontellt nätverk integrerar aktörer som bidrar till en gemensam produktionsprocess, till exempel av tjänster. Nätverken kan få olika former med varierande grad av intressegemenskap och förpliktelser, exempel är partnerskap, koalitioner, strategiska allianser och konsortier.[20]

Ett nätverk bör ha tydliga mål för att vara attraktivt samt regler för medlemskap för att tydliggöra ansvar och möjlighet till utbyte. Trots det bör nätverket vara inkluderande för att säkerställa att nödvändiga kompetenser är representerade men också för att kunna utnyttja åsiktsdifferenser (innovationskraft skapas då åsikter bryts mot varandra.[21]

Stabilitet i ett nätverk främjar dess effektivitet, till exempel i en gemensam tjänsteproduktion. Nätverk är dock till sin natur instabila, med risk för kortsiktighet bland aktörerna (wheeling and dealing). Informationsasymmetri kan leda till opportunism. Det kan vara svårt att skapa legitimitet för ett lösligt nätverk. Det finns ingen idealisk nätverksform eller bra generella exempel utan nätverket formar sig självt. Koordinering av aktörer och verksamheter inom nätverket är därför av särskild betydelse.[22]

[20] Milward och Provan (2003)
[21] Miles och Snow (1992)
[22] Miles och Snow (1992)

I den professionella organisationen främjas samverkan av social kontroll i form av professionell socialisering, kollektiva sanktioner utfärdade inom professionen och professionens behov att upprätthålla sitt rykte (agency pull theory). Professionerna är centrala aktörer i hälso- och sjukvårdsorganisationerna och dessa krafter verkar också som nätverk som ansvarar för integrerade vårdtjänster.

En finansiär eller uppdragsgivare (sponsor) kan också koordinera aktiviteter genom att utfärda rekommendationer, ställa krav på nätverksaktörer eller belöna samverkan finansiellt (Institutional push theory)

Centralisering har lyfts som avgörande för styrning av ett nätverk. Den aktör eller organisation som strävar efter att styra bör säkra sig en sådan central position i nätverket som ger faktisk kontroll och påverkansmöjlighet. Detta skapar förutsättningar för att ha ett avgörande inflytande på mål och funktioner och avropa övriga nätverksmedlemmars resurser.[23]

Kontroll över informations-, kunskaps- och incitamentsstrukturen i nätverket är självklart avgörande. Aktören blir en ”supraorganisation” som fungerar som koordinerande nätverksnod. Nätverksnoden bör kontrollera ett tillräckligt brett segment av värdekedjan för att skydda värdet av den egna insatsen. Fokus inriktas då på kritisk eller dyr verksamhetsform. Författarna hävdar att samma resonemang kan tillämpas vid val av verksamheter som ska drivas i egen regi respektive outsourcas.[24]

Professionalismen som tredje logik

Som tidigare nämnts har den professionella organisationen karaktären av ett nätverk. Värdet av organisationens insatser skapas genom de professionella aktörernas åtgärder. Det sker på basen av expertkunskap och besluten om åtgärder tas utifrån en aktuell lokal bedömning av behov och resursinsatser. Det ställer krav på stort beslutsutrymme (autonomi), men också att kunskapen tillämpas rätt (evidensbaserat) och under ansvar att utnyttja knappa resurser effektivt. Samma dynamik kan gälla i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Professionalismen kan utgöra styrningens tredje logik och komplettera hierarki och marknad. Professionsföreträdare ges ansvar för organisering och kontroll i och med att beslut fattas baserad på professionell kunskap och professionella värden (etik) och aktörerna har därmed hög legitimitet. Professionernas specialkunskap värdesätts högt av samhället som gett dem

[23] Goodwin dem flera (2004)
[24] Miles & Snow (1992)

monopol på kunskapsutövningen. Den tredje logiken tillämpas på specialiserade verksamheter som är svåra att standardiseras, rationaliseras eller produktifieras.[25] Dessa tankegångar liknar de som anges för tillitsbaserad styrning.

Samhällsvärde och offentlig tjänstelogik

Kritiken av new public management (NPM) har pågått i två decennier, inte bara bland de förtoendevalda utan också inom akademin. Diskussionen har inriktats på att samhällsnytta och värdet av välfärdstjänster bör ses i ett bredare perspektiv. En styrning som eftersträvar samhällsvärde i en offentlig organisation (public value management) fokuserar på relationer snarare än resultat och bedömer ansvar utifrån hur väl flera preferenser kan tillgodosetts snarare än om prestationsmål uppnåtts. En sådan styrning definierar samhällsintresse som kollektivets preferenser, inte summan av individuella preferenser. Ansvar kan bedömas ur flera perspektiv exempelvis genom invånarna i relation till beslutsfattare, kunder som brukare av tjänster och skattebetalarnas som finansiärer, alltså inte genom avtalsuppföljning.[26]

NPM (new public management) har beskrivits vara baserad på två fundamentala fel. Teorin fokuserar på intraorganisatoriska processer då offentliga tjänster är interorganisatoriska till sin natur, och den är baserad på teori om industriell produktion och förbiser att offentliga tjänster faktisk är tjänster. Som alternativ skapas de en modell för offentlig tjänstestyrning (public service management) som fokuserar på att styra de interorganisatoriska relationerna och bedöma tjänsteleveranssystemets effektivitet snarare än de enskilda aktörernas. Viktigt är då att vara lyhörd för brukarnas preferenser och önskemål och utbilda och motivera utförarna av de offentliga tjänsterna att interagera positivt med brukarna. Författarna formulerar tre premisser för denna offentliga tjänstestyrning (som uttrycker en ”public service logic”).[27]

Invånare och brukarna är centrala intressenter som bör påverka både policy och offentlig tjänsteproduktion, och deras engagemang i processen tillför värde till tjänsterna. Ett särskilt servicelöfte bör utfärdas för att skapa rätta förväntningar bland brukare och definiera tjänsteutövarnas roll och ansvar i syfte att öka invånares tillit till systemet. Brukarmedverkan (co-production) är en omistlig del av tjänstens utförande och säkerställer att brukarnas kunskap och erfarenheter bildar kärnan i en effektiv offentlig tjänsteproduktion. Denna form av invånarinflytande är därmed mer än ett komplement till representativ demokrati.

[25] van der Krogt (2007)
[26] O’Flynn (2007)
[27] Osborne med flera (2012)

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0146

Bilaga 7

Nyckeltal

Nyckeltal från Sveriges kommuner och regioner (SKR)

I denna bilaga visas de indikatorer som jämförs nationellt av Sveriges kommuner och regioner (SKR) genom Vården i siffror.[1] Färgerna rött, gult och grönt visar hur ett resultat ligger till jämfört med andra regioner där grönt innebär att Region Stockholm är inom de 33 procent högst rankade, gult innebär att Region Stockholm är inom de 33 procent mellersta rankade och rött innebär att Region Stockholm är inom de 33 procent lägst rankade. För de vita fälten saknas data, det vill säga att inget utfall rapporterats in.

En sammanfattning av nyckeltalens utfall görs i Delrapport Styrningen av den egenägda vårdproduktionen.

Patienters och befolkningens syn på vården

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver, andel (%)	84	88	87	84
Förtroende för sjukvården i sin helhet, andel (%)	61	69	68	60
Förtroende för sjukhus, andel (%)	68	76	76	69
Förtroende för vård-/hälsocentral, andel (%)	60	66	66	60
Patientupplevd kvalitet avseende helhetsintryck i primärvården, andel (%)	81	82	79	78
Förtroende för 1177 vårdguiden via telefon, andel (%) (-2021)	65		66	
Förtroende för 1177 vårdguiden på webben, 1177.se, andel (%) (-2021)	68		72	
Positiv inställning till 1177 Vårdguidens e-tjänster, andel (%)		80,6	81,2	77,5
Positiv inställning till digital teknik för vård, konsultation och behandling, andel (%)		53,0	52,8	49,3
Positiv inställning till att vårdas hemma med hembesök och stöd av digital teknik, andel (%)		66,3	64,0	61,0
Förtroende för hälso- och sjukvårdens hantering av coronapandemin, andel (%)		69,5	61,1	64,9
Positivt helhetsintryck hos patienter som utreds inom standardiserat vårdförlopp i cancervården, andel (%)	87,3	87,8	88,2	88,7
Positivt helhetsintryck hos patienter som varit inlagd på sjukhus, andel (%)			89,5	

Tillgänglighet och väntetider

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Genomförda första besök inom 90 dagar i specialiserad vård, andel (%).	96,3	95,3	96,2	
Genomförda operationer/åtgärder inom 90 dagar i specialiserad vård, andel (%)	89,0	90,4	96,8	
Väntat högst 90 dagar på operation/åtgärd i specialiserad vård, andel (%)	84,9	74,1	70,4	76,3
Genomförda första besök inom 90 dagar i allmänpsykiatrisk vård, andel (%)	96,8	98,1	93,8	
Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatri, andel (%).	80,5	83,8	50,7	
Rimlig väntetid till sjukhusvård, andel (%)	49	56	55	48
Rimlig väntetid till vård- eller hälsocentral, andel (%)	58,2	64,9	62,6	56,0
Telefonsamtal till primärvården som besvarats samma dag, andel (%)	93,9	86,8		84,2
Genomförda läkarbesök inom sju dagar i primärvård, andel (%)				

[1] https://www.kolada.se/ [2023-05-17]

Säker vård

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Patienter i sluten vård med vårdrelaterad infektion, andel (%)	7,6			
Patienter med trycksår i slutenvård, andel (%)	13,0	13,3		
Trycksår hos patienter med ökad risk, andel (%)	22,8			
Följsamhet till basala klädregler i hälso- och sjukvård totalt, andel (%)	90			
Följsamhet till basala hygienrutiner i hälso- och sjukvård totalt, andel (%)	67			
Överbeläggningar i somatisk slutenvård, antal per 100 disponibla vårdplatser	5,0	2,9	3,1	
Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård, antal/100 disponibla vårdplatser	2,9	1,6	1,8	
Överbeläggningar i psykiatrisk slutenvård, antal/100 disponibla vårdplatser	1,1	0,4	0,6	
Användning av WHO:s checklista för säker operation, andel (%)	81,7	80,5	81,4	
Patienter med sjukhusförvärvade trycksår, andel (%)	9,0	6,4		

Resultat för stora sjukdomsgrupper

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Dödlighet 28 dagar efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt, andel (%)		11,0		
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom, antal/100 000 inv	821,9	647,8		
Suicid i befolkningen, antal/100 000 inv (-2020)	13,9	13,3		
Patienter med stroke som vid akut insjuknande direkt vårdas på strokeenhet eller IVA, andel (%)	79,0	81,0	80,0	
Patienter som är ADL-beroende eller avlider 90 dagar efter stroke, andel (%)	27,5	27,5		
Patienter som får ny infarkt eller avlider i ischemisk hjärtsjukdom inom 365 dagar efter hjärtinfarkt, andel (%)		5,3		
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (treårsmedelvärde) enligt EUROSTAT/OECD, antal/100 000 invånare		45,8		

Kunskapsbaserad vård och måluppfyllelse

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Måluppfyllelse för LDL-kolesterol efter hjärtinfarkt, andel (%)	70,1	38,9	46,2	
Akut öppnande av kranskärl vid större hjärtinfarkt, andel (%)	95,2	96,0	93,8	
Patienter med diabetes med blodtryck lägre än 140/85 mmHg, primärvård, andel (%)	58,1	56,9	57,6	
Patienter med diabetes med blodsocker högre än HbA1c > 70 mmol/mol, primärvård, andel (%)	9,5	9,9	9,3	
Kontaktsjuksköterska vid nydiagnostiserad bröstcancer, andel (%)	98,7	97,8	99,6	
Kontaktsjuksköterska vid nydiagnosticerad prostatacancer, andel (%)	85,7	90,7	86,5	
Multidisciplinär konferens vid tjocktarmscancer, andel (%)	98,6	97,8	97,6	
Multidisciplinär konferens vid lungcancer, andel (%)	95,6	93,9	96,2	
Eftervårdsbesök på barnmorskemottagning, andel (%)	81,9	78,6	79,6	
Patienter med stroke som vid akut insjuknande direkt vårdas på strokeenhet eller IVA, andel (%)	79,0	81,0	80,0	

Ekonomiska resultat och kostnader

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Resultat efter finansiella poster (% av skatter och statsbidrag)	1,8	6,8	2,1	5,4
Balanskravsresultat, andel (%) av skatter och generella statsbidrag	1,2	2,8	3,8	1,1
Soliditet inklusive ansvarsförbindelsen, andel (%) av totala tillgångar	-7	-3	0	3
Självfinansieringsgrad investeringar (Årets resultat + avskrivningar) / Bruttoinvesteringar, (%)	64,6	113,4	80,2	91,0
Finansiella nettotillgångar, andel (%) av skatter och generella statsbidrag	-63	-56	-48	-24
Justerad skattesats region, (%)	11,67	11,78	11,82	11,91
Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kr/inv	29 888	29 305	30 953	
Kostnad per producerad DRG-poäng i öppen somatisk sjukhusvård, kr/DRG-poäng	59 085,0	64 170,9	67 623,7	
Kostnad per producerad DRG-poäng i sluten somatisk sjukhusvård, kr/DRG-poäng	58 509,3	62 716,7	67 675,2	

Kompetensförsörjning

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Avgångna tillsvidareanställda under året, region, andel (%)		11	11	12
Nya tillsvidareanställda under året, region, andel (%)		11	12	12
Medarbetarengagemang (HME) hälso- och sjukvård totalt - Motivationsindex	78	78	75	76
Medarbetarengagemang (HME) hälso- och sjukvård totalt - Ledarskapsindex	76	76	74	75
Medarbetarengagemang (HME) hälso- och sjukvård totalt - Styrningsindex	74	75	72	73
Sjukfrånvaro totalt, region, andel (%)	6,1	8,0	6,8	7,2
Tillsvidareanställda månadsavlönade, region, andel (%)	85	85	84	84
Visstidsanställda månadsavlönade, region, andel (%)	5	5	6	6
Visstidsanställda timavlönade, region, andel (%)	10	10	10	11
Heltidsarbetande månadsavlönade, region, andel (%)	72	73	73	74

Omställning till nära vård

Nyckeltal	2019	2020	2021	2022
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom, antal/100 000 inv	821,9	647,8		
Utskrivningsklara patienter på sjukhus, antal vårddygn/100 000 inv	143,8	35,4		
Överbeläggningar i somatisk slutenvård, antal per 100 disponibla vårdplatser	5,0	2,9	3,1	
Utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård, antal/100 disponibla vårdplatse	2,9	1,6	1,8	
Patienter med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar, andel (%)	18,0	17,0	17,0	
Fallskador bland personer 65+, 3-årsm, antal/100 000 inv	4 674	4 692	4 577	
Vårdtillfällen, konsumtionsperspektiv, antal/100 000 inv	13 907	13 237	13 255	
Disponibla vårdplatser slutenvård totalt i länet, antal/1000 inv	2,03	2,19	2,09	
Besök på akutmottagning - 80 år och äldre, antal/1000 inv	678,4	546,5	627,4	
Vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter, andel (%)	5,2			
Tio eller fler läkemedel samtidigt hos äldre, andel (%)	13,2	13,0	13,0	



Bilaga 8

Bilder i delrapport Styrning av den egenägda vårdproduktion

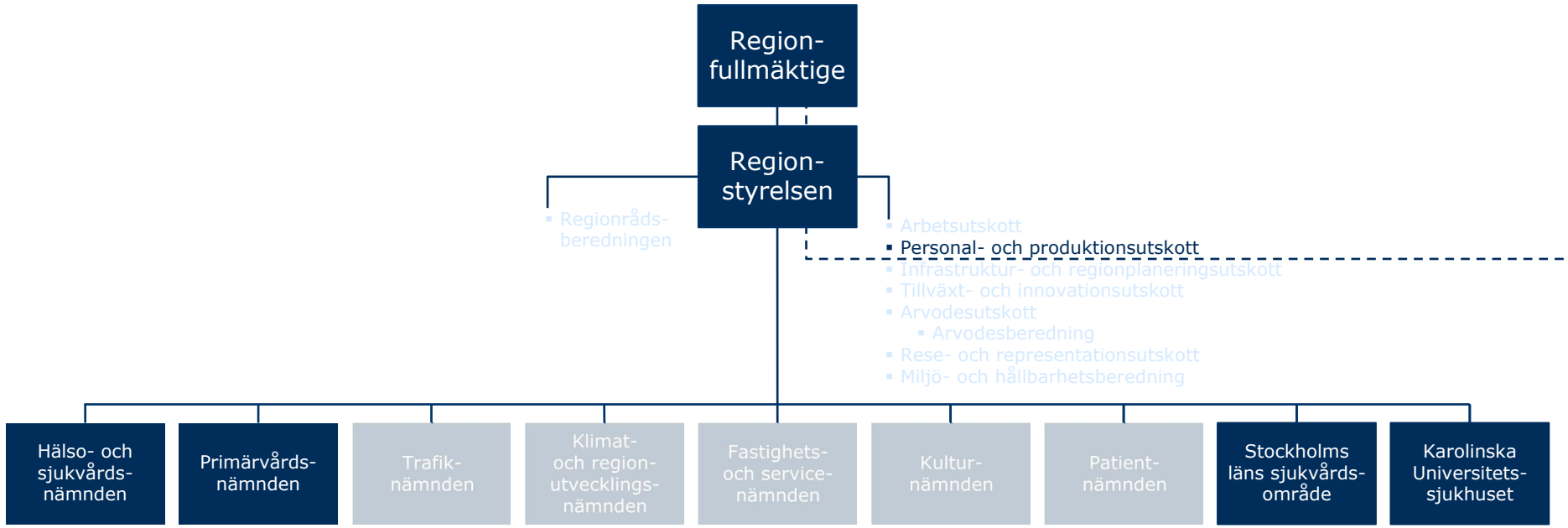
Visas i den ordning de är presenterade i rapporten



Region Stockholm

Region Stockholms organisation 2023

Hälso- och sjukvård



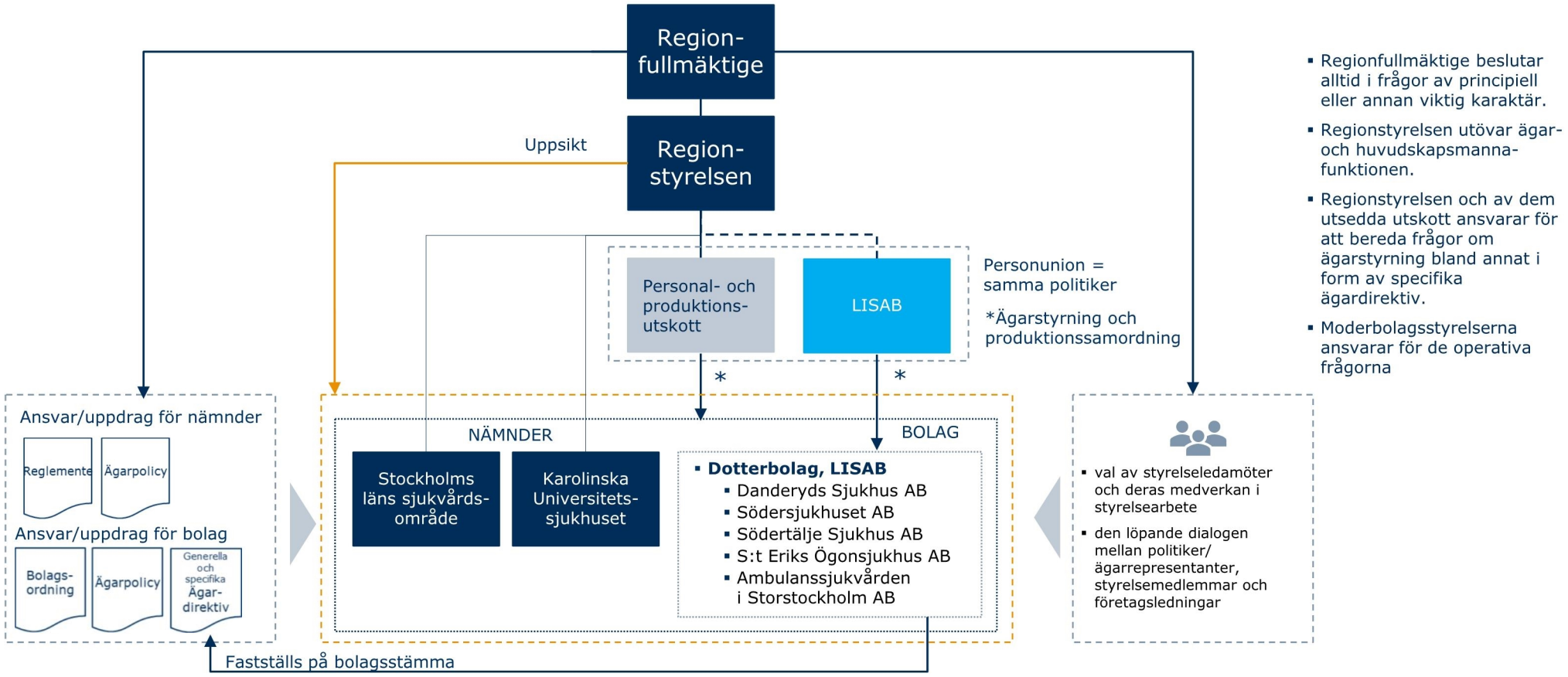
Region Stockholms bolag

- **Landstingshuset i Stockholm AB, LISAB**
  - Danderyds Sjukhus AB
  - Södersjukhuset AB
  - Södertälje Sjukhus AB
  - S:t Eriks Ögonsjukhus AB
  - Folktandvården Stockholms län AB
  - Ambulanssjukvården i Storstockholm AB
  - Tobiasregistret AB
  - MediCarrier AB
  - Locum AB
  - Film Stockholm AB
- **Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje**
  - TioHundra AB
- **AB Storstockholms Lokaltrafik, SL**
  - AB SL Finans
  - SL Nya tunnelbanan AB
  - Waxholms Ångfartygs AB

Region Stockholm

Region Stockholm 2023

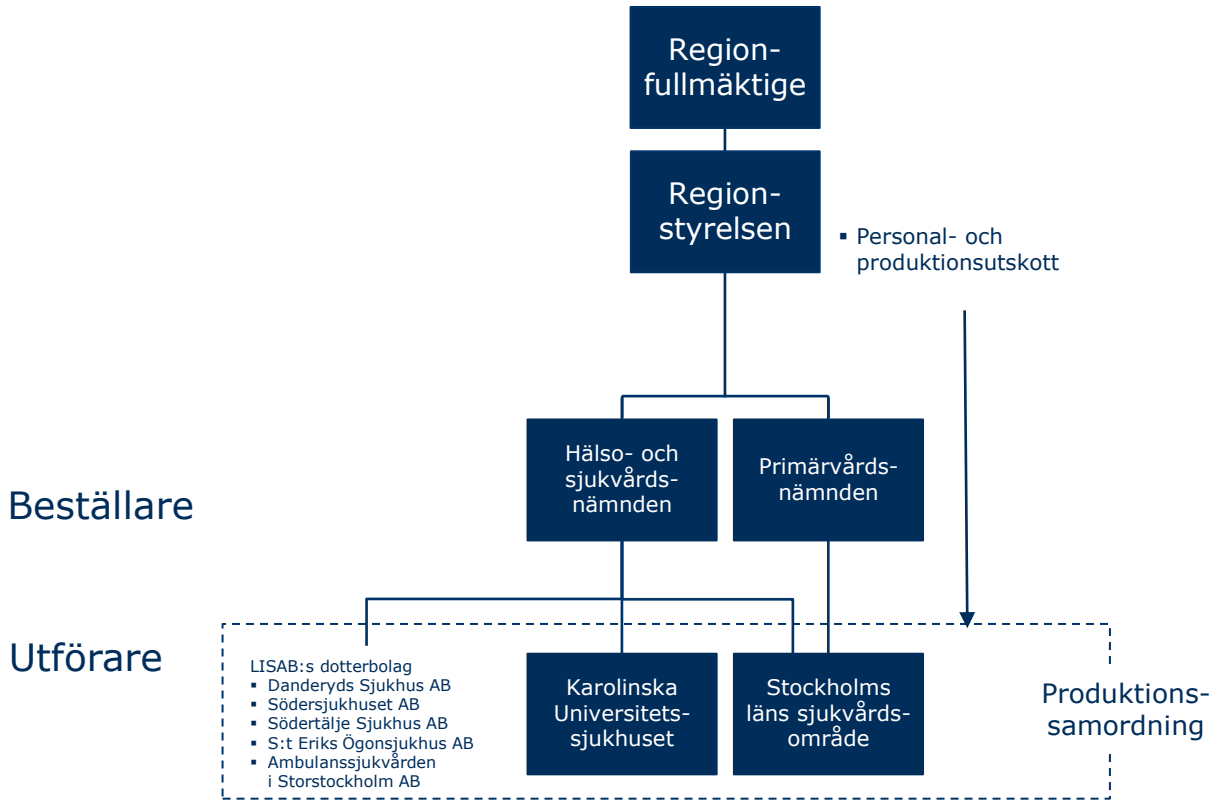
Ägarstyrning av den egenägda vården



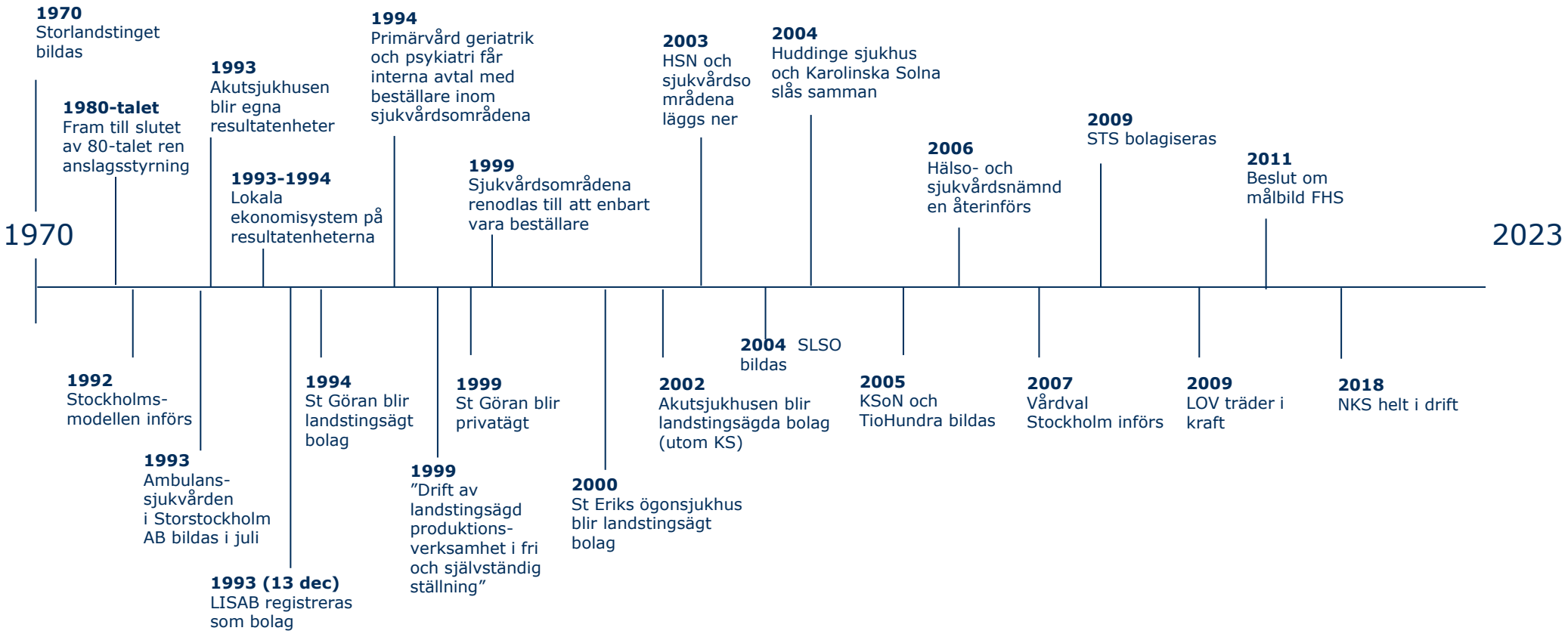
- Regionfullmäktige beslutar alltid i frågor av principiell eller annan viktig karaktär.
- Regionstyrelsen utövar ägar- och huvudskapsmanna-funktionen.
- Regionstyrelsen och av dem utsedda utskott ansvarar för att bereda frågor om ägarstyrning bland annat i form av specifika ägardirektiv.
- Moderbolagsstyrelserna ansvarar för de operativa frågorna

Region Stockholms organisation 2023

beställar-/utförarmodell



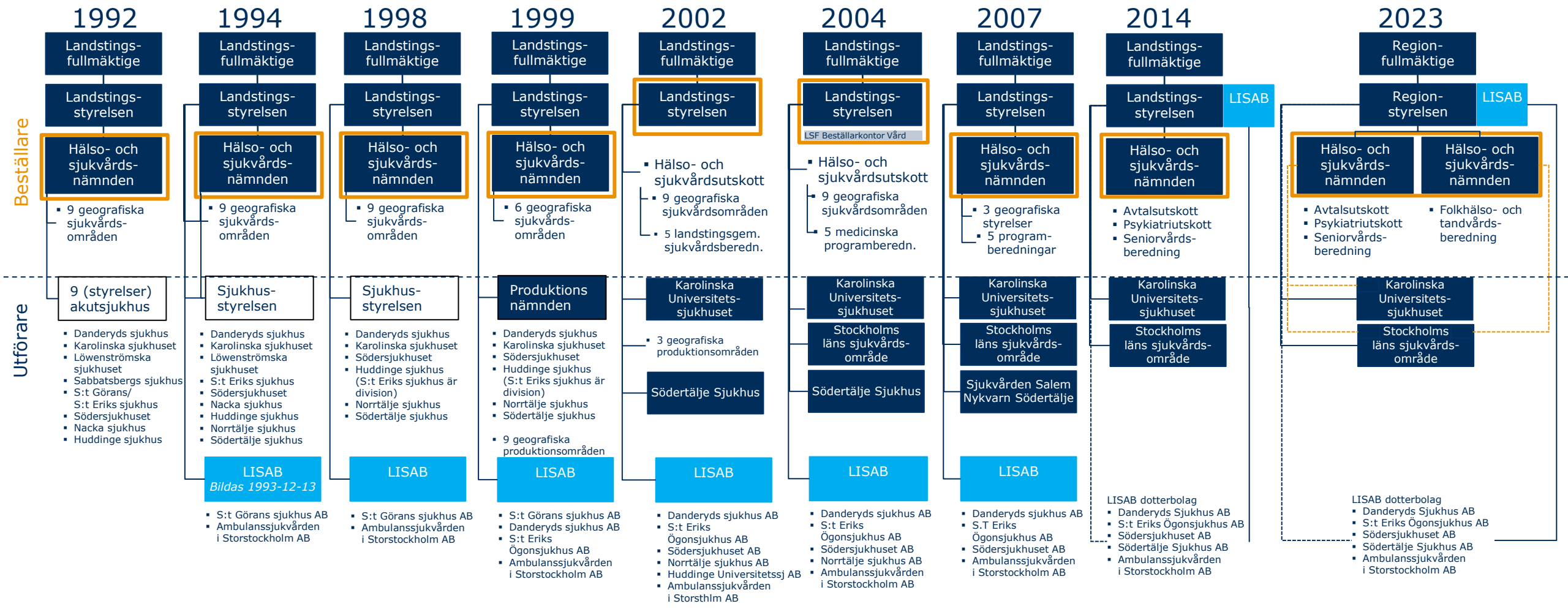
Tidslinje – hälso- och sjukvårdens organisatoriska utveckling



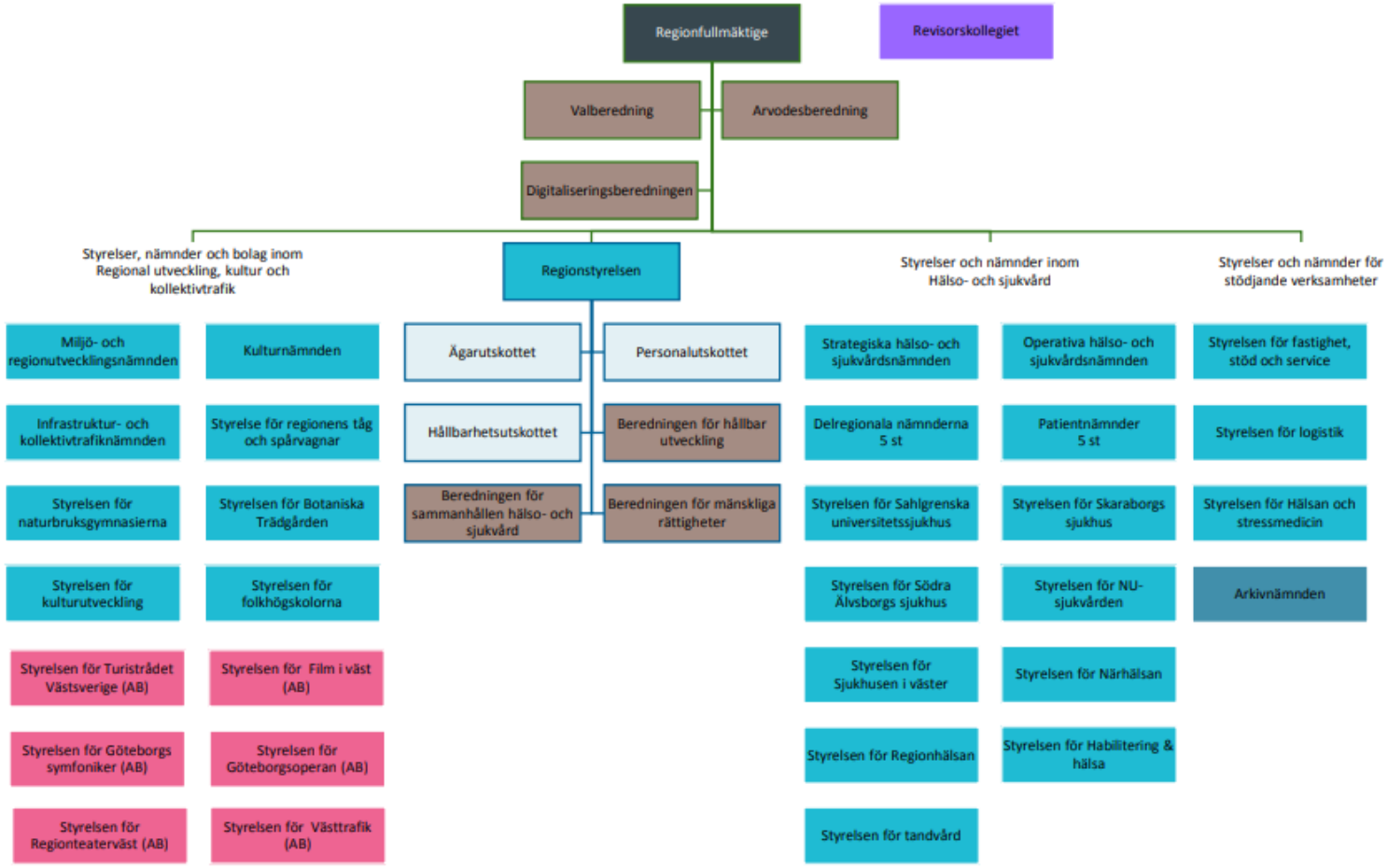
Beskrivning över organisation för hälso- och sjukvården 1992-2023

Den formella organisationen (nämnder och bolag) har benämnts utifrån ett ansvarsperspektiv, exempelvis:
- Mandatperiod 1998-2001: uppdelning i ”förtroendemannaorganisation” och ”producentorganisation”
- 2002-2018: utförarnämnder benämns ”produktion i förvaltningsform”, ”producent” eller ”styrelser för…”.

I bilden är de visualiserade enligt principen nämnder och bolag.



Organisation för Västra Götaland



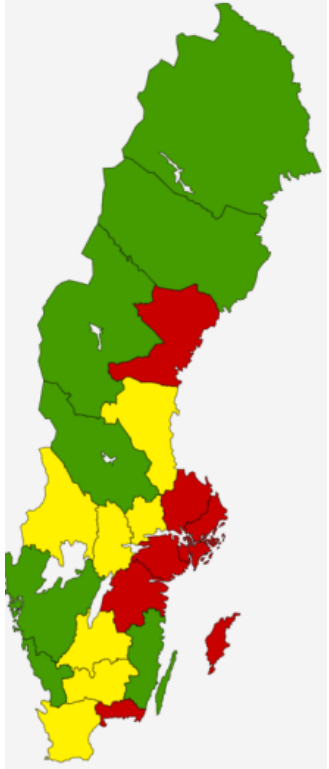
Organisation för Region Skåne



Hälso- och sjukvårdsnämndens och primärvårdsnämndens arbete med att tillgodose invånarnas vårdbehov

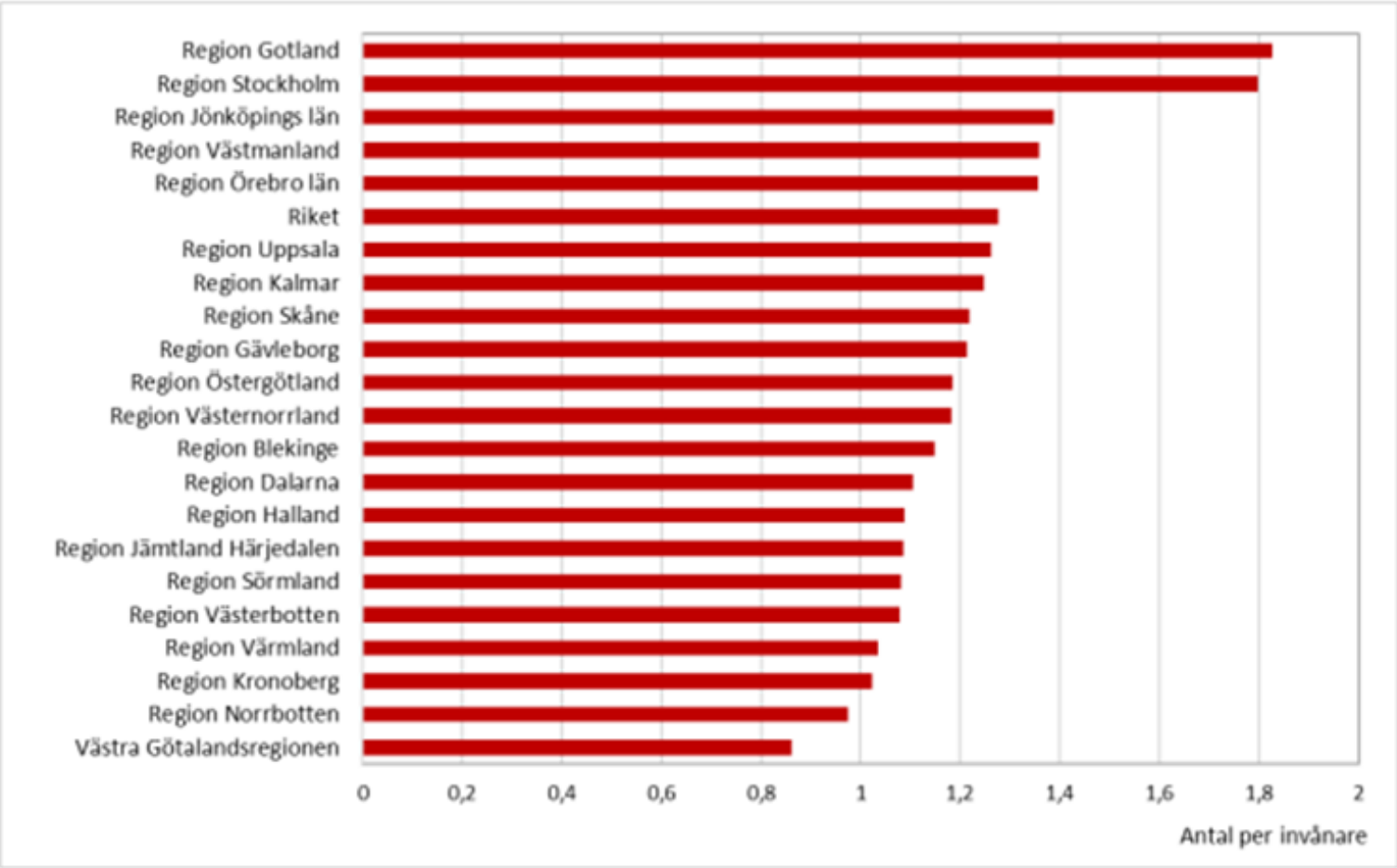


Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kronor/invånare, 2021

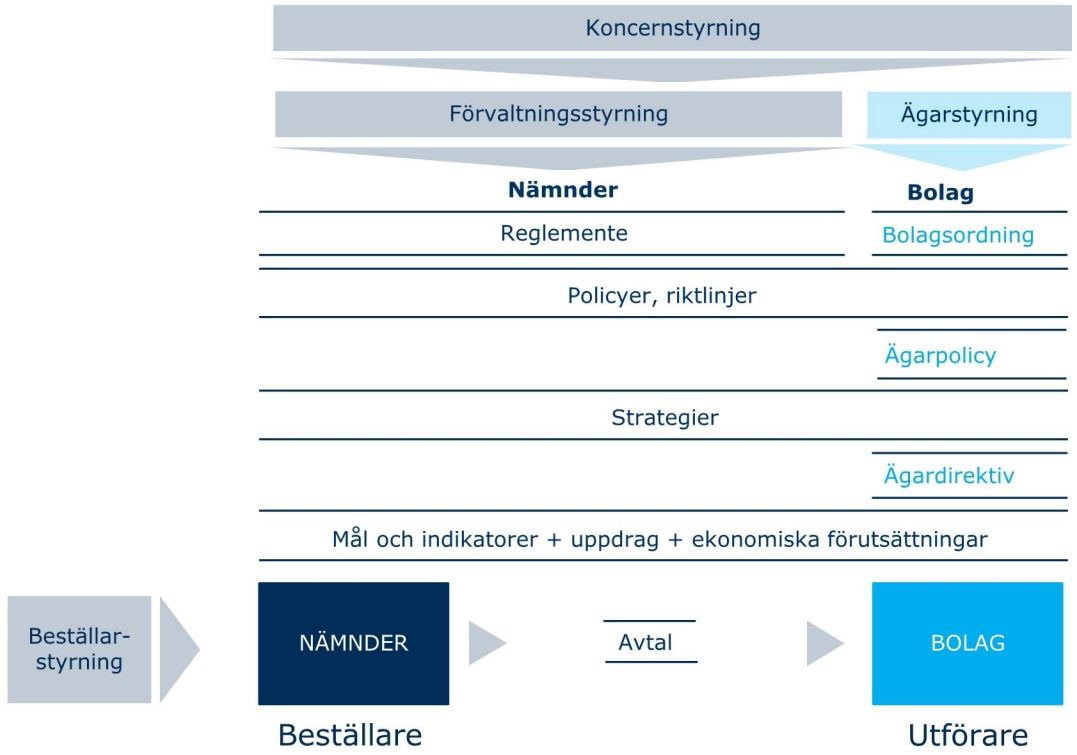




Läkarbesök per invånare i specialiserad vård (somatik och psykiatri), konsumtionsperspektiv, 2021

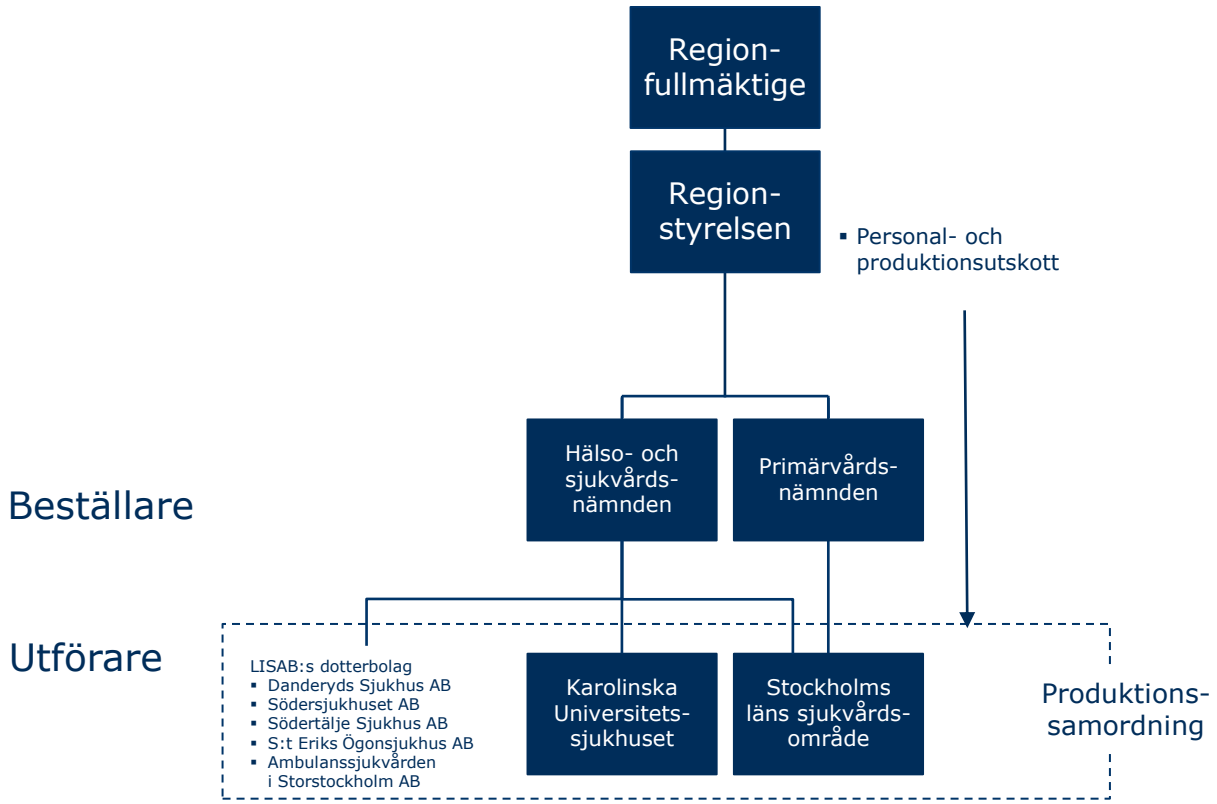


Relationen mellan styrformerna koncernstyrning, förvaltningsstyrning, ägarstyrning och beställarstyrning

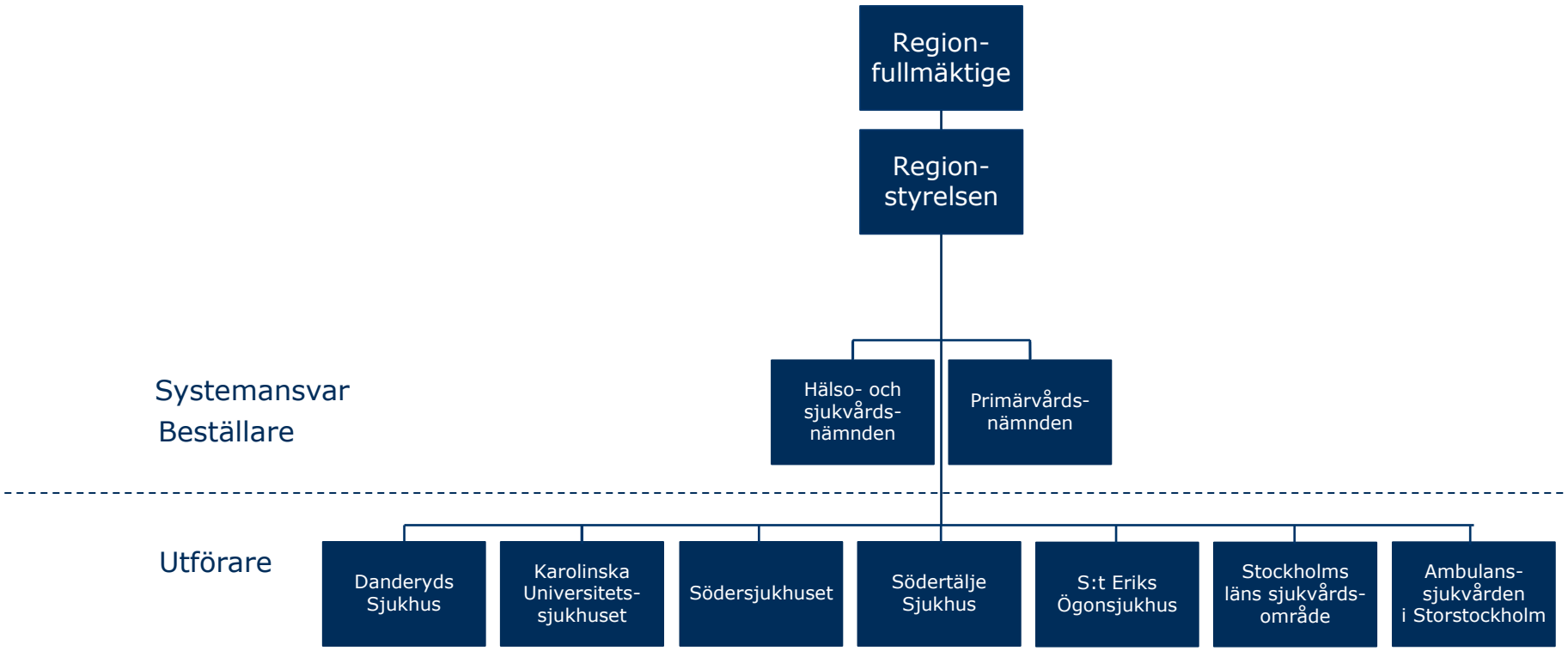


Region Stockholms organisation 2023

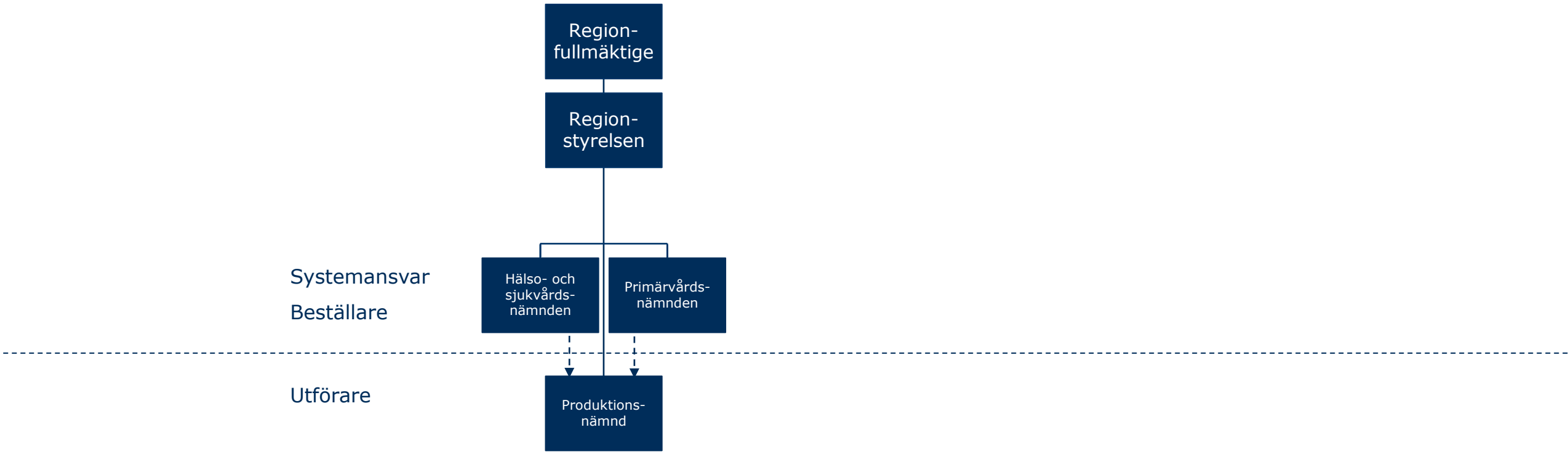
beställar-/utförarmodell



1 Nuvarande organisation med beställar-utförarmodell och avbolagisering



Alternativ 2: Hälso- och sjukvårdsnämnd och primärvårdsnämnd med systemansvar utöver beställarstyrning över flera produktionsnämnder



Alternativ 3: Hälso- och sjukvårdsnämnd för all vård organiseras i en nämnd med tillhörande utskott och styrs genom mål och anslag

En nämnd
Systemansvar
Beställare
Utförare





Bilaga 9

Historik organisation 1992-2023 Region Stockholm



Organisation 1992



Organisation sjukvården

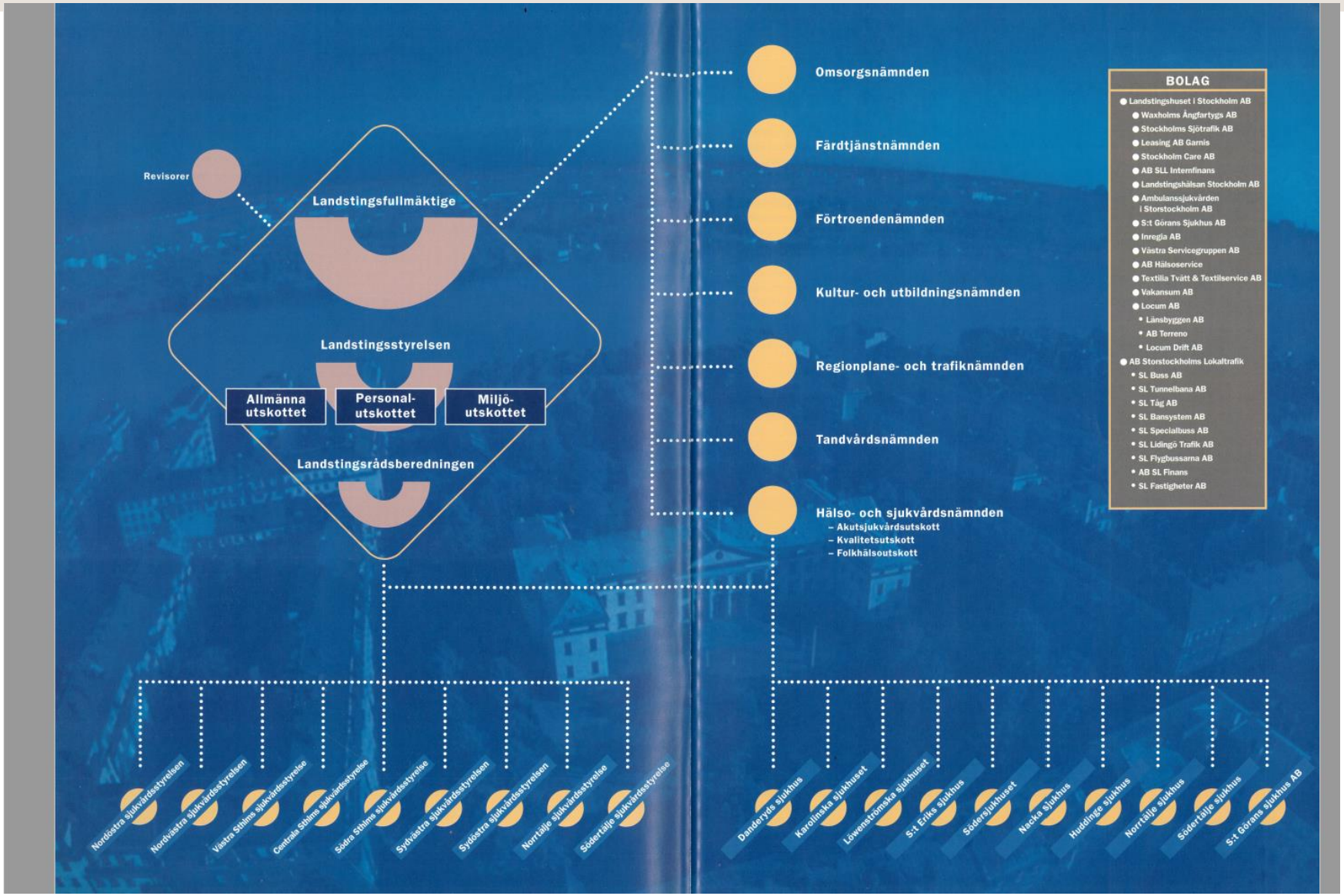
HSN
Delegationer för
akutsjukhusen hälsofrågor, kvalitetssäkring

Nio sjukvårdsområden med lokala områdesstyrelser och politiskt ansvar för
- primärvård
- geriatrik
- psykiatri

Sex akutsjukhus med sjukhusdirektör
- klinikgrupper
- kliniker

Två akutsjukhus med egen politisk styrelse som också ansvarar för
- primärvård
- geriatrik
- psykiatri

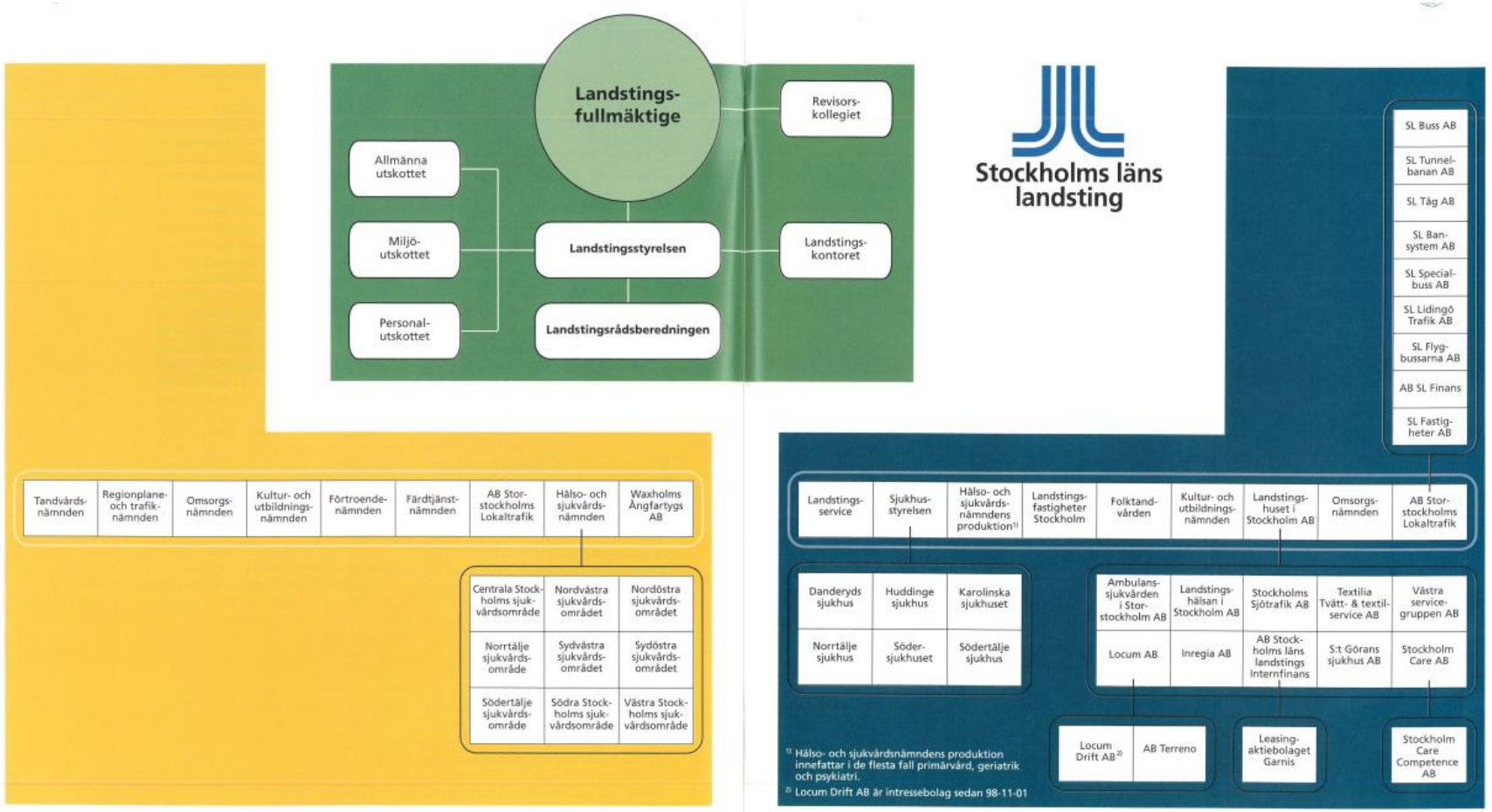
Organisation 1994



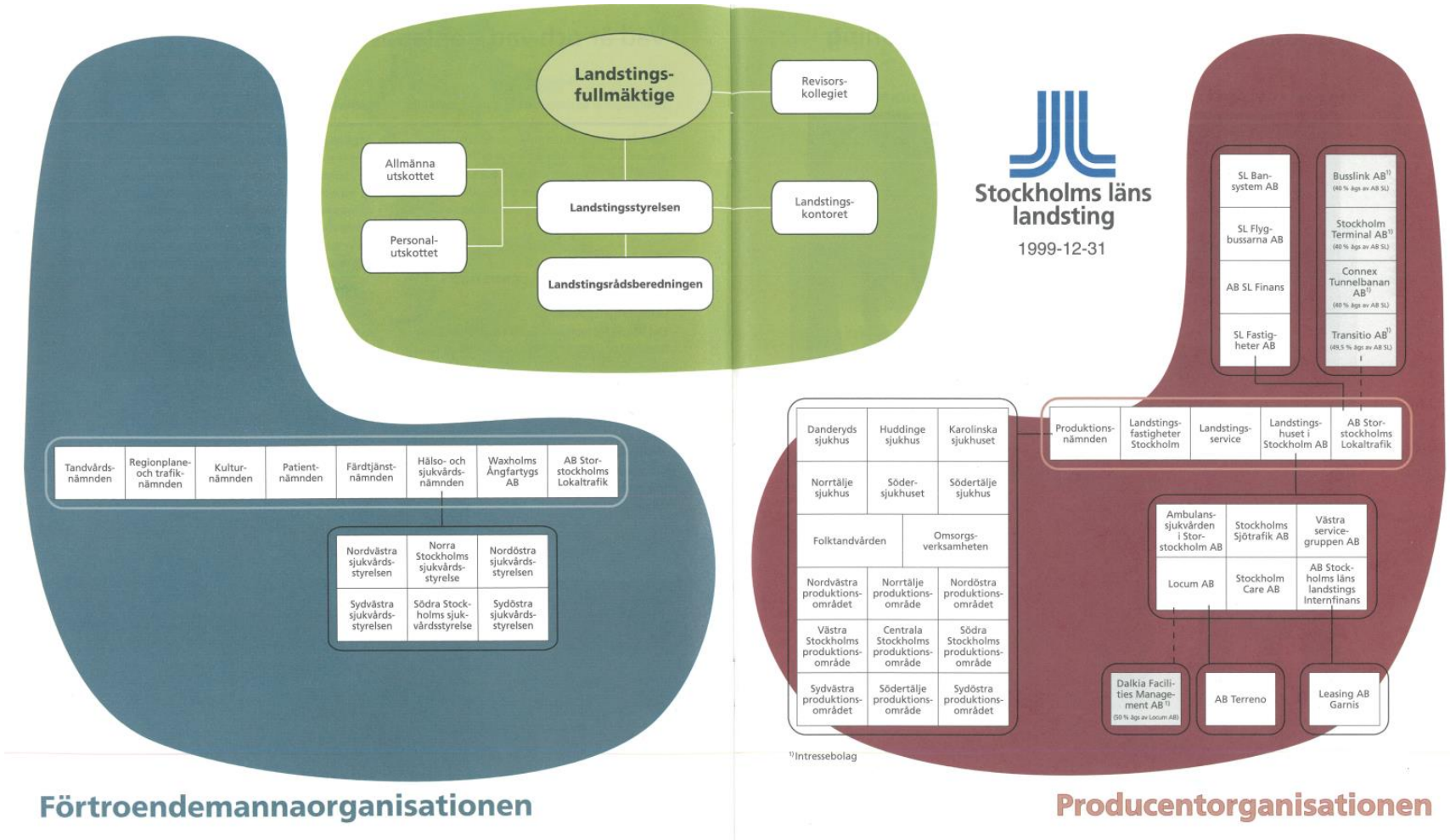
Organisation 1995



Organisation 1998



Organisation 1999



Organisation 2000

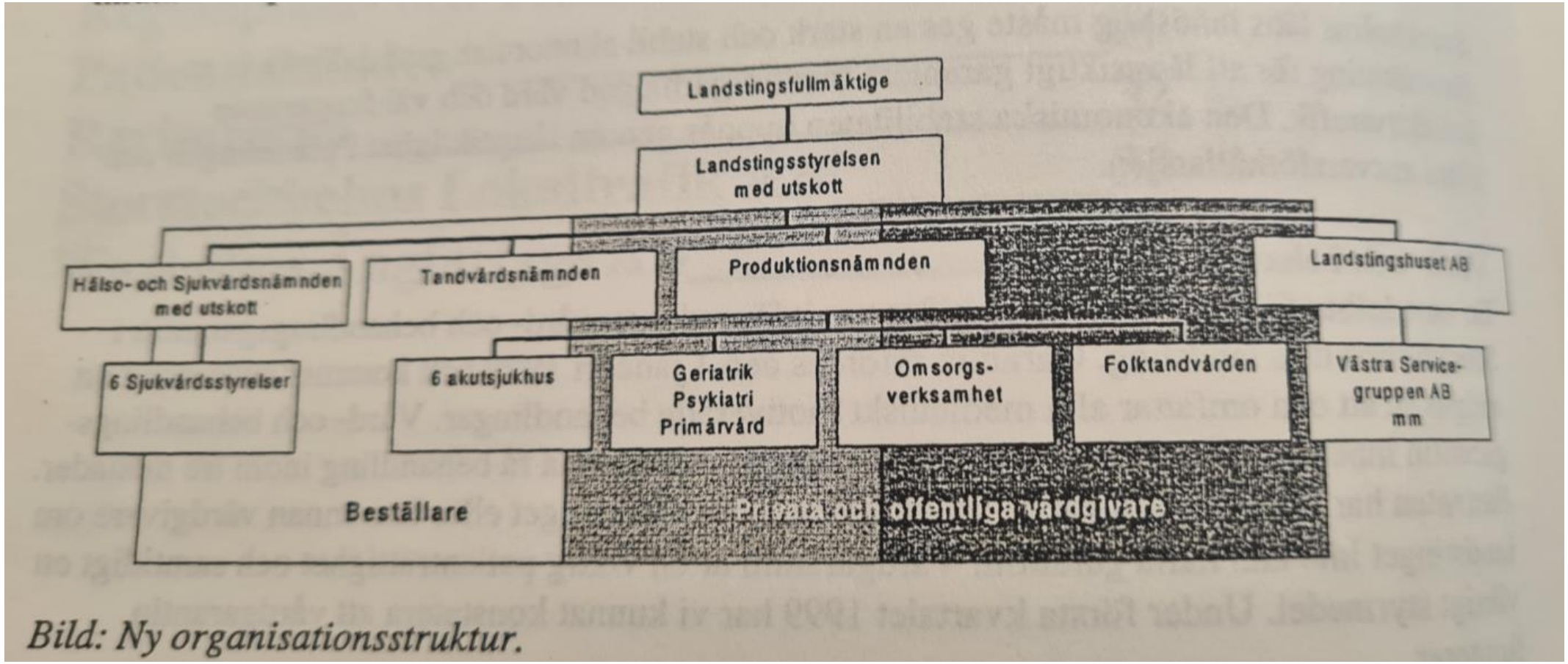
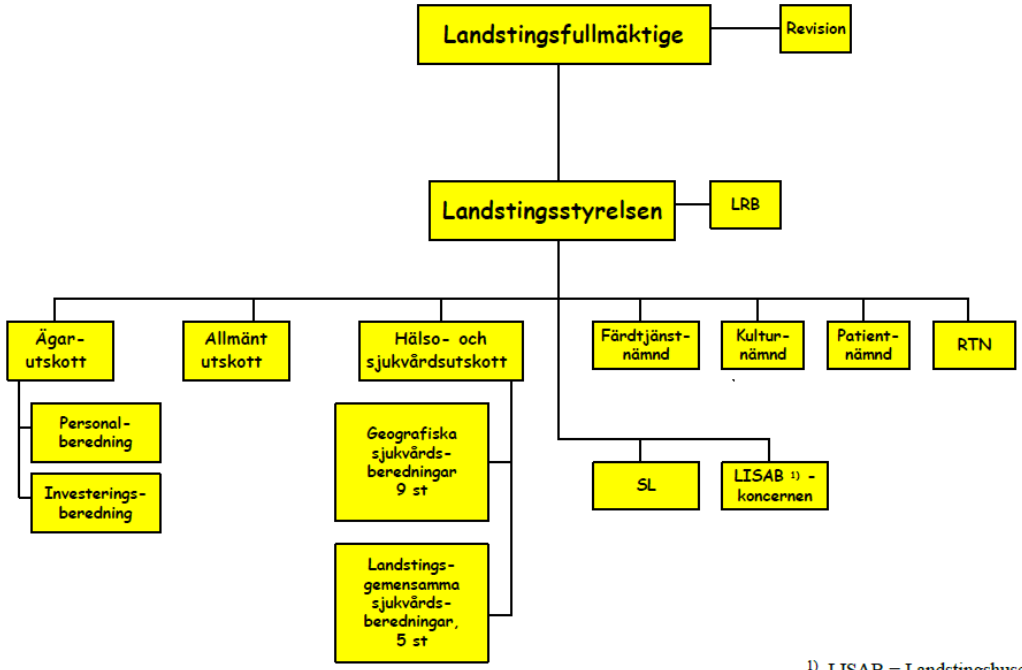


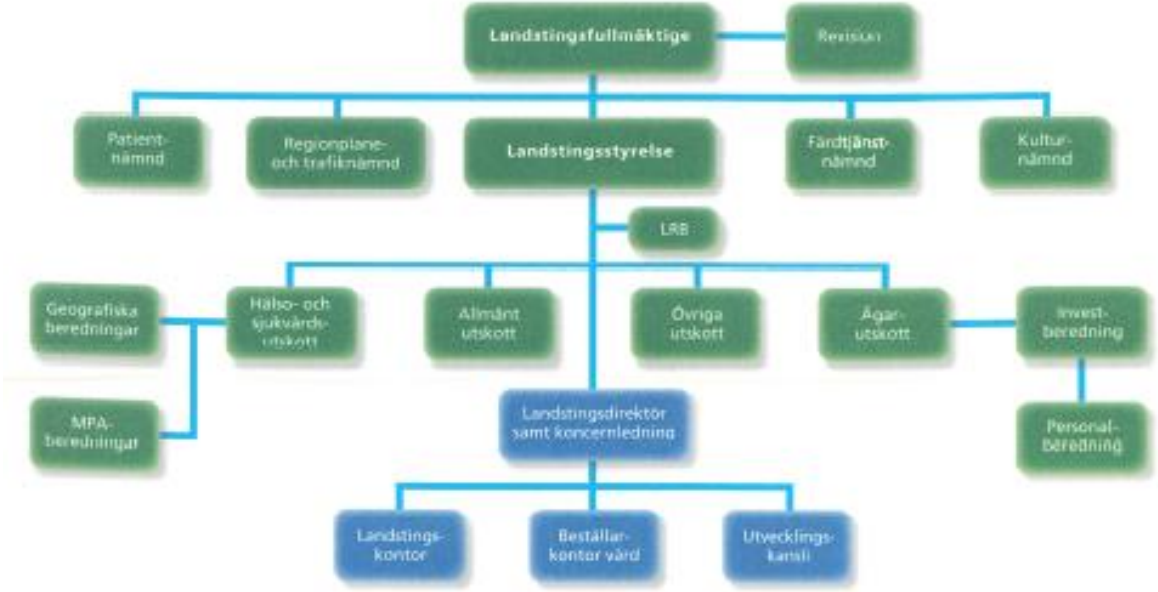
Bild: Ny organisationsstruktur.

Organisation 2002

SLLs NYA STRUKTURORGANISATION

Bilaga 1

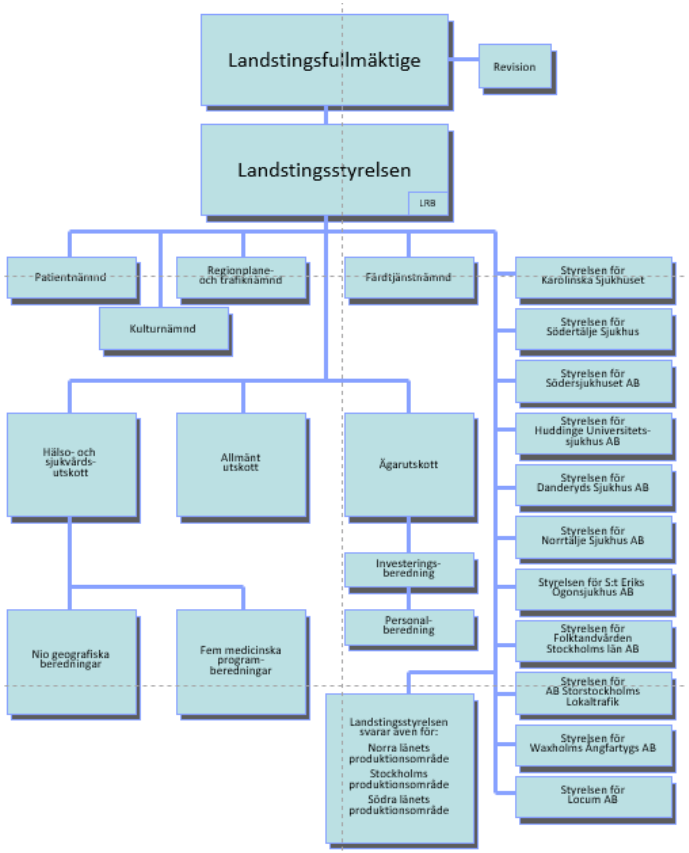




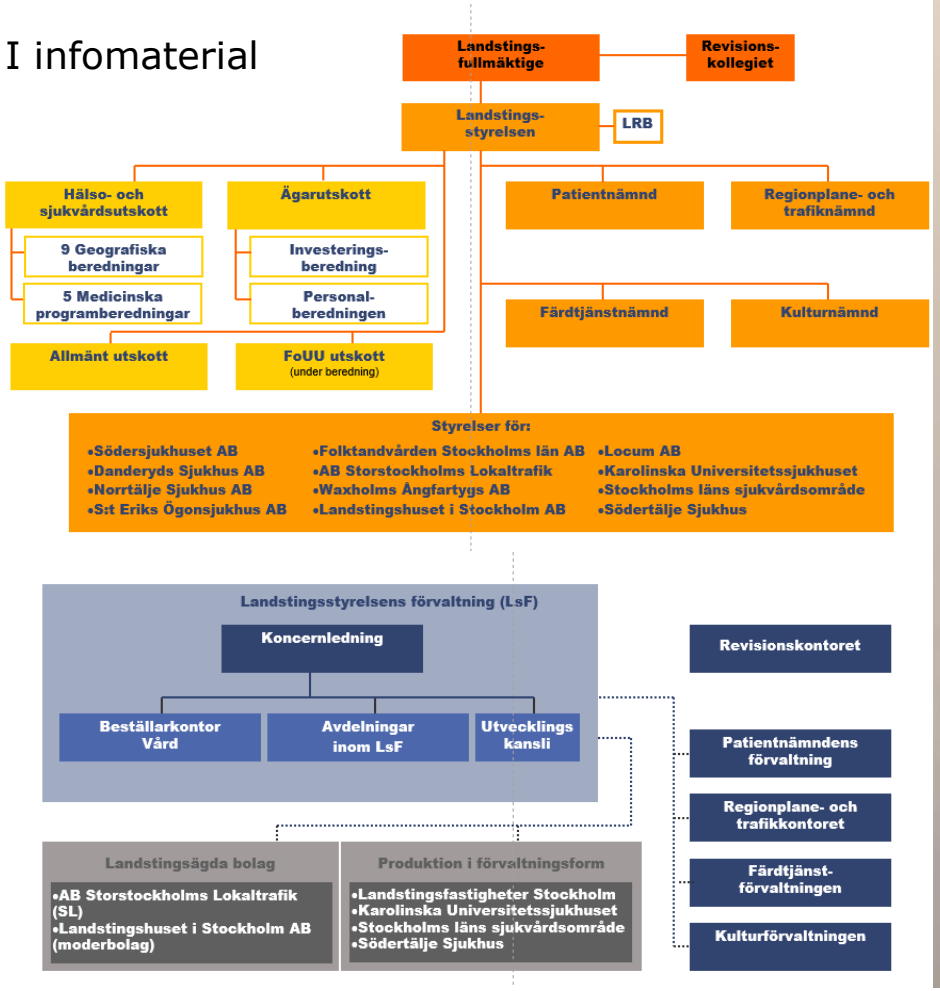
1) LISAB = Landstingshuset i Stockholm AB

Organisation 2004

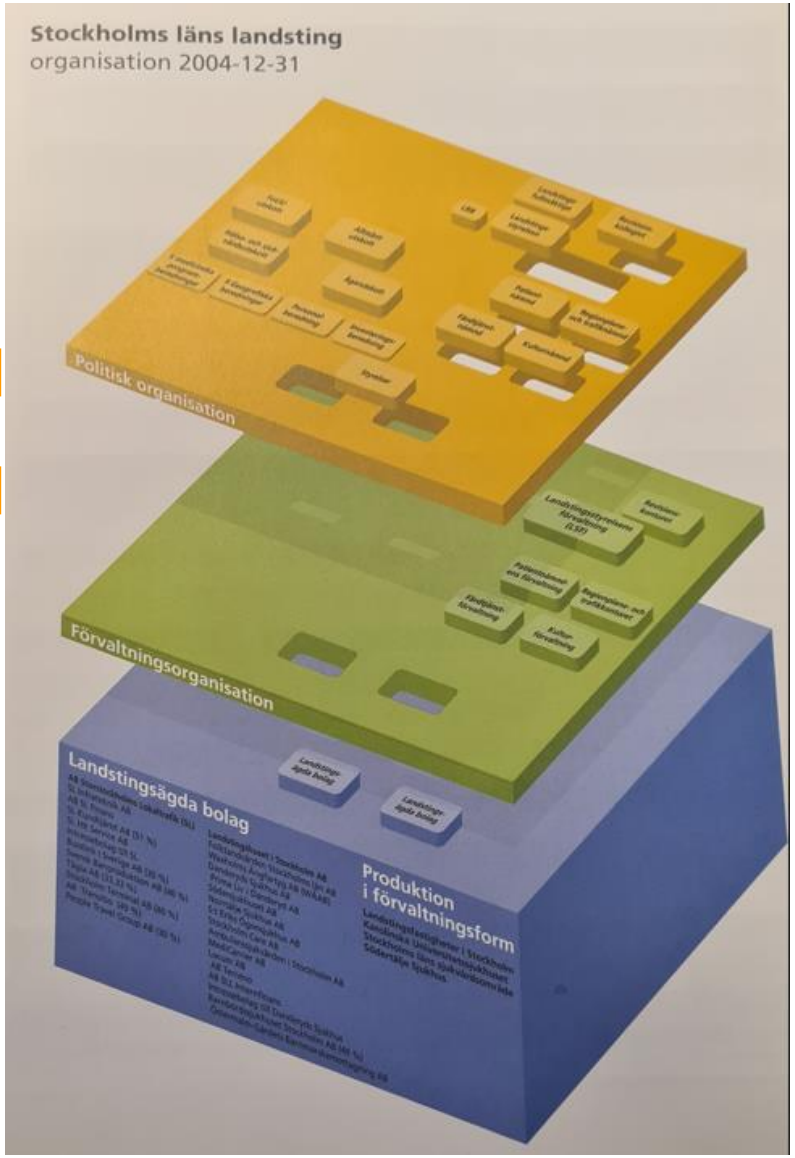
Politisk skiss



I infomaterial

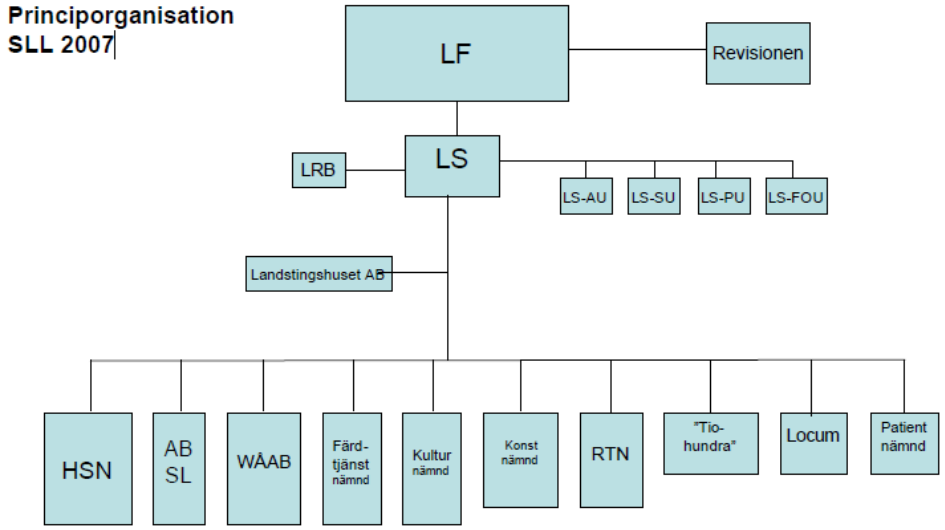


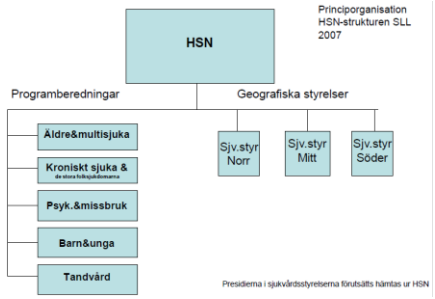
I årsredovisning



Organisation 2007

Politisk skiss





I årsredovisning



Organisation 2014

Stockholms läns landstings nämndsorganisation



1) Gemensam nämnd tillsammans med Norrtälje kommun.

Beskrivning över organisation för hälso- och sjukvården 1992-2023

Den formella organisationen (nämnder och bolag) har benämnts utifrån ett ansvarsperspektiv, exempelvis:
- Mandatperiod 1998-2001: uppdelning i ”förtroendemannaorganisation” och ”producentorganisation”
- 2002-2018: utförarnämnder benämns ”produktion i förvaltningsform”, ”producent” eller ”styrelser för…”.

I bilden är de visualiserade enligt principen nämnder och bolag.

