Region Stockholm

5

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 14/2018 Framtidens hälso- och sjukvård – genomförande 2018

HSN 2019-0664

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Projekt- och utredningskontor
Marie Hellström

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-04-25

HSN 2019-0664

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 14/2018 Framtidens hälso- och sjukvård – genomförande 2018

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har översänt rapporten 14/2018 Framtidens hälso- och sjukvård – genomförande 2018 till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Landstingsrevisorernas rapport 14/2018

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till regionrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Revisionen har granskat arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) och i likhet med tidigare år har revisionen sammanställt en genomarbetad rapport. Förvaltningen har noterat att revisorerna önskar att hälso- och sjukvårdsnämnden i sitt yttrande särskilt berör hur hälso- och sjukvårdens politisk organ ska ta ett aktivt ansvar för genomförandet av FHS. Revisionen önskar också svar på hur nämnden avser att säkerställa nödvändiga förändringar genomförs för att uppnå målen i FHS, inte minst avseende utvecklingen av nätverkssjukvård och vilka initiativ nämnden tagit för att målen ska nås. Vidare önskar revisorerna svar på hur en samlad

analys kan göras av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna inneburit för vårdsystemet inför det fortsatta arbetet med utredningen Hälso- och sjukvården 2040.

Överväganden
Förvaltningen anser att den analys som revisionen gör är gedigen och väl genomarbetad samt att revisionen lyfter ett antal viktiga frågor. Nedan följer förvaltningens yttrande på de frågor som revisorerna vill ha särskilt belysta.

Aktivt ansvar
Revisionen lyfter fram att *”det inte finns något politiskt organ som har en samlad bild av utvecklingen av FHS. Detta är allvarligt eftersom FHS inneburit och fortsatt innebär stora omstruktureringar av vården*. Och i likhet med tidigare revisionsrapporter bedömer revisionen att *”det finns fortsatta oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen inom vissa områden, framför allt investeringar, kompetensförsörjning och produktionsstyrning”*.

De första åren efter beslutet om FHS 2011, i faser av planering och konkretisering, skedde en samlad återrapportering till fullmäktige i samband med budgetbehandlingen. När ansvaret för genomförandet av FHS överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören sommaren 2017 blev den politiska hemvisten oklar och andra former av rapportering behövdes. Bland annat har en månatlig rapportering skett till FHS-utskottet under hälso- och sjukvårdsnämnden och till dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning. Genomförandet av FHS är det mest betydande uppdraget nämnden arbetar med och utgör plattformen för den utveckling som sker. Detta avspeglar sig i att genomförandet av FHS utgör en väsentlig del i uppföljningen i hälso- och sjukvårdsnämndens delårs- och årsbokslut. I och med det nya reglementet för nämnden från och med 2019 tydliggörs att ansvaret för merparten av FHS ligger inom dess ansvar.

Avseende investeringar har hälso- och sjukvårdsnämnden från och med 2019 enligt reglementet i uppdrag att ansvara för att hälso- och sjukvården utformas och anpassas till befolkningens behov på kort och lång sikt. I det tidigare reglementet ålades nämnden att ”delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården samt att samråda med berörda enheter inom hälso- och sjukvården om förslag till specificerade investeringsobjekt, utarbeta yttrande över och

prioritera investeringsförslag.” Förvaltningen bedömer att tidigare reglemente var tydligt med uppdraget för nämndens deltagande i frågor gällande investeringar medan det nya reglementet lämnar detta öppet för viss tolkning. Förvaltningen delar revisionens bild av oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen. Däremot klargör det nya reglementet att nämnden fortfarande har ett samlat ansvar för vården. Det betyder att nämnden, liksom tidigare, behöver ta fram vårdbehovsanalyser för förslag till större nyinvesteringar i fastighets- och servicenämnden samt regionstyrelsen. Initiativ har tagits från Locum AB för en gemensam investeringsberedning, till budget 2020, där förvaltningen deltar.

Gällande kompetensförsörjning har ansvaret tydliggjorts i och med det nya reglementet för nämnden från och med 2019. Nämnden ska ansvara för att säkerställa den långsiktiga kompensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. En kompetensförsörjningsplan ska tas fram och det ska utredas på vilket sätt en kontinuerlig kompetensutveckling kan regleras i avtal med vårdgivarna. Under nämnden har ett kompetensförsörjningsråd inrättats för att bevaka frågor om långsiktiga analyser av kompetensbehov inom hela hälso- och sjukvårdssystemet. Under regionstyrelsen ligger de övergripande arbetsgivarfrågorna och ett arbets- och personalutskott är etablerat med ansvar för till exempel strategisk kompetensförsörjning inom egna verksamheter. Utifrån denna ansvarsfördelning behöver förvaltningen och regionledningskontoret (RLK) fortsatt samordna sig kring hur arbetet ska fortskrida inom ramen för FHS genomförande. Utöver detta är det varje vårdgivares ansvar att kunna attrahera, behålla och utveckla medarbetare.

Angående produktionsstyrning kan konstateras att det råder olika bilder om vilket ansvar som åligger förvaltningen respektive RLK. De olika bilderna beror sannolikt på att olika nivåer av styrning åsyftas. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett ansvar för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt. Förvaltningen ansvarar på strategisk nivå för planering och samordning för att åstadkomma en effektiv styrning av integration av olika delar i hälso- och sjukvårdssystemet samt hur dessa är beroende av varandra. Produktionsstyrning på taktisk operativ nivå ankommer på varje vårdgivare, privat som egen regi, samt för den senare har också RLK ett ansvar genom ägarstyrning.

Nödvändiga förändringar

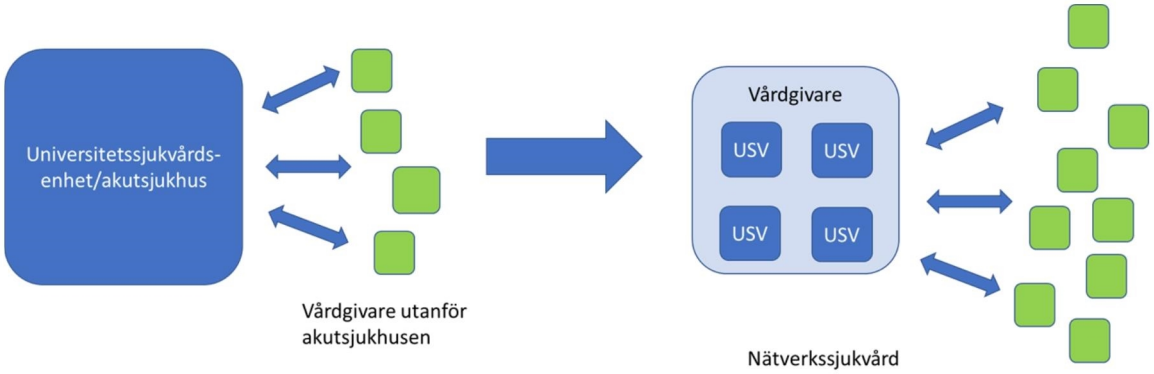
Revisionen understryker vikten av att säkerställa de nödvändiga förändringar som krävs för att uppnå målen i FHS och att *”relativt stora utvecklingsbehov fortfarande finns för att nätverkssjukvård ska kunna realiseras*”. Revisionen bedömer att *”det finns risker som kan leda till att Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) inte kommer att genomföras på ett sådant sätt som nätverkssjukvården förutsätter”* och att *”det finns fortsatt oklarheter avseende hur klinisk forskning ska bedrivas inom ramen för nätverkssjukvården”*. Vidare anser revisonen att *”vårdnivåerna inom det akut omhändertagande inte är helt enhetliga och att de ekonomiska incitamenten inte är tillräckligt tydliga för att patientstyrningen ska fungera fullt ut.”*

Visionen med nätverkssjukvård är mångfacetterad. Den utveckling som vi idag ser med en mångfald av vårdgivare skulle kunna påstås vara just ett nätverk av sjukvård att tillgå för patienten. Den bärande idén om nätverkssjukvård är att olika vårdgivare samverkar i en sammanhållen vårdprocess tillsammans med patienten och där dennes delaktighet samt vårdbehov står i fokus. Detta accentuerar behov av övergång till digital utveckling i hälso- och sjukvården för att kunna realiseras ett nätverk mellan patient samt vård- och omsorgsgivare. Förvaltningen har i verksamhetsplanen 2019 ett uppdrag att ta fram en övergripande primärvårdsstrategi med syftet att bland annat konkretisera, utveckla och stärka husläkarverksamheten för att uppnå en sammanhållen vård som på ett bättre sätt tillgodoser patienters behov. Förvaltningen bedömer att arbetet med att integrera husläkarverksamheten med övriga delar av primärvården är en viktig komponent i kommande steg mot FHS målbild och visionen om nätverkssjukvård. Nätverkssjukvårdens principer ska stödjas av vårdavtalen för att kunna realiseras i praktiken. En av förutsättningarna för detta är att löpande utveckla beskrivnings-, ersättnings- och uppföljningsmodeller som ska möjliggöra och inte hindra en personcentrerad samt sammanhållen vård.

Arbetet med och tidplanen för FVM ägs inte av förvaltningen men likväl är förvaltningen beroende av att arbetet leder till ett gott resultat. Att FVM upphandlar ett väl fungerande vårdstöd som inkluderar vårdkontinuitetsstöd är centralt för en väl fungerande nätverkssjukvård. En förutsättning, som är viktigt för att kunna dra nytta av det system som FVM upphandlar och för att i praktiken få informationsförsörjningen i nätverkssjukvården att fungera, är att inom Region Stockholm få till stånd en gemensam informationsarkitektur avseende exempelvis termer,

begrepp, underliggande informationsmodeller som masterdata och annan information. Även här är den övergripande styrningen viktig och en regional strategi behövs. Ett arbete som pågår är att synkronisera förvaltningens projekt för masterdata med FVM:s behov och tidplan för att identifiera gap och behov av åtgärder hos olika parter. Det kommer att ta flera år innan det system som upphandlas är fullt ut implementerat eftersom inte alla tänkta vårdgivare kan byta till det nya systemet samtidigt. Under den övergångsperioden finns risk för att information om patienter inte kan följa med genom vården på det sätt som FHS föreskrivit. Ett gemensamt arbete mellan förvaltningen, FVM och RLK pågår för att analysera nettokostnadsökningar och möjliga effektiviseringar kommande år. Inom förvaltningen finns interna processer för att arbeta med centrala områden så som påverkan på avtal med vårdgivare, masterdata, informatik, principer för finansiering, vårdkontinuitet, konsekvensanalys sammanhållen journalföring och kunskapsstyrning. Förvaltningen har en kontinuerlig dialog med FVM och ingår sedan en tid även i FVM:s programledning.

Nätverkssjukvården innebär att hälso- och sjukvård flyttar närmare patienten och skapar samtidigt ett behov av att på ett nytt sätt i forskningssyfte säkerställa hälsodata, patientmedverkan och patientprover. Klinisk forskning har hittills i huvudsak bedrivits vid universitetssjukhus. I budget för Region Stockholm 2019 anges att forskning ska kunna ske genom samverkan i hela vårdkedjan, inte minst inom öppenvården. En möjlighet att få detta på plats inom nätverkssjukvården skapas just nu då Region Stockholm och Karolinska Institutet från och med i år har utsett nya universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter). Vårdenheter som inte tidigare varit USV-enheter har möjlighet att ansöka om det under 2019 för beslut inför 1 januari 2020. En förutsättning för att komma ifråga är en aktiv klinisk forskning och grundutbildning som utförs av personer, anställda på enheten, med adekvat akademisk kompetens i enlighet med högskoleförordningens krav samt Socialstyrelsens förslag till miniminivåer för USV-enheter. I syfte att möjliggöra detta pågår ett samarbete mellan förvaltningen och RLK för att tillse de krav och den inriktning som bör stipuleras i vårdavtal.



Figur: Utveckling av Region Stockholms intentioner med universitetssjukvård i hela nätverkssjukvården.

I den nya strukturen för akut omhändertagande anser förvaltningen att uppdragen i de respektive vårdformerna är tydliga. För att hänvisning av patienten inom vårdstrukturen ska vara säker och enhetlig infördes rutinen ”Hänvisningsstödet” under 2018 och gäller för alla vårdgivare som verkar inom Region Stockholm. Implementeringen av stödet och dess efterlevnad inom alla vårdformer fortgår och insatser av information samt kommunikation utgör en grundförutsättning. Effekter av förändrade flöden i hälso- och sjukvårdsstrukturen följs kontinuerligt. Navet i det akuta omhändertagande ska utgöras av husläkarverksamheten med fullgod tillgänglighet för alla patienter som bedöms lämpligast för denna vårdform. Den delvis bristande tillgängligheten inom husläkarverksamheten, säkert också den ekonomiska incitamentsstrukturen, och patienters sökmönster behöver följas och värderas så att besök inte ogrundat till större andel sker vid till exempel närakuter. Inom förvaltningen pågår en utvärdering av vårdformen närakut och samtidigt utreds möjligheten att inom husläkarverksamheten skapa någon form av kostnadsansvar när patienten söker vård i annan vårdform för sådant som uppenbarligen skulle ha erbjudits.

Samlad analys

Stora omstruktureringar av vården har genomförts de senaste åren och revisionen menar att ”en *samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna fått för hälso- och sjukvårdsystemet behöver göras”* och bedömer vidare att *”det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbild 2025 inför inriktningen i utredningen Hälso- och sjukvård 2040”.*

FHS med dess målbild som antogs av dåvarande landstingsfullmäktige 2011 sträcker sig till 2025. Genomförandet av FHS går under 2019 och 2020 in i en avslutande genomförandefas. Flera förutsättningar har förändrats sedan den första planen för FHS togs fram 2011. Exempel på det är befolkningens förändrade behov av vård, en ökad digitalisering och ändrade arbetssätt inom vården samt strukturen med nya vårdformer inom det akuta omhändertagandet. Förvaltningen har därav startat ett arbete med att på en övergripande nivå ta fram ett nuläge för FHS. Syftet är att beskriva hur genomförandet förhåller sig 2018 gentemot den målbild som sattes 2011. Under 2019 ska nuläget analyseras och bedömas om genomförandet går i riktning mot målbilden 2025. Underlaget ska vara ett stöd till förvaltningens ledningsgrupp i ställningstagande av de effekter och konsekvenser som hittills åstadkommits. I samband härmed kan förslag till åtgärder på kort och lång sikt kopplat till FHS komma att identifieras. Erfarenheterna från detta arbete bedöms kunna utgöra stöd i den strategiska inriktningen framåt och till långtidsutredningen Hälso- och sjukvård 2040.

Ekonomiska konsekvenser
Förslagen i yttrandet bedöms leda till oförändrade ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslagen i yttrandet bedöms leda till oförändrade eller något positiva konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslagen i yttrandet bedöms leda till oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslagen i yttrandet bedöms leda till oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslagen i yttrandet bedöms leda till oförändrade administrativa konsekvenser för vårdgivarna. För förvaltningen ingår de flesta förslagen redan i verksamhetsplanen för 2019.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Revisorerna, Revisorsgrupp II

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-04-25

PROJEKTRAPPORT 14/2018

Framtidens hälso- och sjukvård

Genomförande 2018

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

För att genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska leda till att målen som helhet säkerställs behöver det politiska ansvaret för styrningen stärkas. Regionstyrelsen bör säkerställa en helhetsbild av vidtagna och planerade åtgärder där systemeffekter för sjukvårdens olika delar, som är sammankopplade med varandra, framgår. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat ett arbete med att sammanfatta nuläget i syfte att bedöma effekter och konsekvenser av genomförandet, men hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar. Vidare behöver arbetet inom flera områden stärkas. Det gäller exempelvis en av de bärande idéerna i Framtidsplanen, nämligen utvecklandet av en nätverkssjukvård. Även det akuta omhändertagandet behöver utvecklas i syfte att ytterligare stärka omhändertagandet utanför akutsjukhusens akutmottagningar.

Regionrevisorerna

2019-02-20

Diarienummer
RK 2019-0002

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 14/2018
Framtidens hälso- och sjukvård – genomförande 2018

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-02-20 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2019-05-28.

Revisorernas samlade bedömning är att arbetet inom flera områden behöver stärkas för att genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) ska leda till att målen som helhet säkerställs. Revisionen konstaterar att det inte finns något politiskt organ som har en samlad bild av utvecklingen av FHS. Detta är allvarligt eftersom det politiska ansvaret för styrningen av uppdraget förutsätter kontinuerlig uppföljning och återrapporteringar av hur arbetet fortskrider. Risk finns att fokus kommer att läggas på nya mål i utredning Hälso- och sjukvården 2040 utan att en ordentlig analys av nuläget föreligger. Revisionen menar att även hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar för genomförandet av FHS. I likhet med föregående år bedömer revisionen också att det finns fortsatta oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen inom vissa områden, framför allt investeringar, kompetensförsörjning och produktionsstyrning som behöver tydliggöras.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på

- hur hälso- och sjukvårdens politiska organ ska ta ett aktivt ansvar för genomförandet av FHS,
- hur nämnden avser säkerställa att nödvändiga förändringar genomförs för att uppnå målen i FHS, inte minst avseende utvecklingen av nätverkssjukvården och vilka initiativ nämnden tagit för att målen ska nås,
- hur en samlad analys kan göras av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna inneburit för vårdsystemet inför det fortsatta arbetet med utredningen Hälso- och sjukvården 2040.

Revisorerna hänvisar till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230x
104 22 Stockholm

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

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25 B. Kommunikationer: se www.sl.se

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

2 Utgångspunkter för granskningen 3
2.1 Revisionsfråga 3
2.2 Avgränsning 4
2.3 Bedömningsgrunder 4
2.4 Metod 4

3 Organisation och styrning av FHS-arbetet 5
3.1 Övergripande styrning av FHS 5
3.2 Hälso- och sjukvårdsnämndens FHS-arbete 6
3.3 Revisonens bedömning 10

4 En effektivare vård 11
4.1 Investeringar och ökade kostnader i vården 12
4.2 Vårdens effektivitet och produktivitet 13
4.3 Revisionens bedömning 15

5 Omstrukturering av vården 15
5.1 Nätverkssjukvård 15
5.2 Utflyttning av vård, vårdbehovsprognoser och vårdplatser 17
5.3 Ett förändrat akut omhändertagande 18
5.4 It och e-hälsa 21
5.5 Revisionens bedömning 21

6 Kompetensförsörjning och forskning 23
6.1 Kompetensförsörjning 23
6.2 Förutsättningar för klinisk forskning 25
6.3 Revisionens bedömning 26

1 Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har sedan 2013 årligen granskat arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) i form av ett metaprojekt som bygger vidare på tidigare års iakttagelser, men också på iakttagelser i andra genomförda revisionsprojekt under året. Revisionens samlade bedömning, utifrån detta och kompletterande granskning, är att arbetet inom flera områden behöver stärkas för att genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården ska leda till att målen som helhet säkerställs.

Revisionen konstaterar att det inte finns något politiskt organ som har en samlad bild av utvecklingen av FHS. Detta är allvarligt eftersom FHS har inneburit och fortsatt innebär stora omstruktureringar av vården och det politiska ansvaret för styrningen av uppdraget förutsätter kontinuerlig uppföljning och återrapporteringar av hur arbetet fortskrider. Även om det operativa arbetet för FHS har flyttats fram och tillbaka mellan berörda förvaltningar åligger det landstings-/regionstyrelsen att följa utvecklingen av FHS i syfte att säkerställa att fullmäktiges beslut verkställs. Revisionen bedömer att landstingsstyrelsen inte har säkerställt en helhetsbild av vidtagna och planerade åtgärder där systemeffekter framgår vilket är väsentligt eftersom sjukvårdens olika delar är sammankopplade med varandra.

Revisionen menar att även hälso- och sjukvårdens politiska organ behöver ta ett aktivt ansvar för genomförandet av FHS. FHS-utskottet under hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS. Utskottet har under 2018 i likhet med föregående år i huvudsak fungerat som ett informationsforum. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 påbörjat ett arbete med att sammanfatta nuläget i syfte att bedöma effekter och konsekvenser av genomförandet av FHS. Revisionen ser positivt på detta, men menar att det kommer sent i processen. Revisionen vill understryka vikten av att analysen leder fram till beslut som säkerställer en fortsatt implementering i enlighet med intentionerna i FHS och att ansvariga i hälso- och sjukvårdsnämnden tar aktiv del i detta.

I likhet med föregående år bedömer revisionen också att det finns fortsatta oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen inom vissa områden, framför allt investeringar, kompetensförsörjning och produktionsstyrning som behöver tydliggöras.

Ett av målen i FHS är effektivare vård. Mot bakgrund av de omfattande investeringarna i FHS, understryks vikten av att vården utvecklas på ett sådant sätt att produktiviteten ökar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning av akutsjukhusen tyder exempelvis på att akutsjukhusens produktivitet har minskat. Det finns dock inget beslutat sätt att mäta och följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet i sjukvården. Vidare kan konstateras att olika utvecklingsinsatser har pågått parallellt inom både landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen sedan flera år. Revisionen menar att det är viktigt att landstings-/regionstyrelsen i enlighet med uppdrag från fullmäktige, beslutar om hur detta ska mätas, målsättas och följas upp. Utvecklingsarbetet behöver dock ske samordnat mellan förvaltningarna för att säkerställa att parallella och/eller motstridiga utvecklingsinsatser inte sker.

En av de bärande idéerna i FHS är utvecklandet av en nätverkssjukvård. Revisionen uppfattar att relativt stora utvecklingsbehov fortfarande finns för att nätverkssjukvården ska kunna realiseras och att det därför är av stor vikt att nödvändiga förändringar genomförs. Vidare menar revisionen att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin styrning av hur nätverkssjukvården ska utvecklas och implementeras i enlighet med intentionerna i FHS.

Stora omstruktureringar av vården har genomförts under de senaste åren. Dock har den förändring av vårdsystemet som hittills genomförts inte fullt ut följt planeringen i FHS. Detta gäller exempelvis utbyggnaden av slutenvårdskapacitet utanför akutsjukhusen. Därför menar revisionen att en samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna fått för vårdsystemet behöver göras. Hälso- och sjukvårdsnämnden har även beslutat om inriktning för utredningen Hälso- och sjukvården 2040. Revisionen bedömer att det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbilden 2025 i Framtidsplanen, framför allt som en grund för den nya utredningen med fokus ännu längre fram i tiden. Risk finns annars att den nya utredningen inte tar hänsyn till erfarenheter från hittills genomfört arbete och att nya beslut tas utan att ansvariga politiker vet i vilken utsträckning målbilden i Framtidsplanen har varit möjlig att nå.

En av idéerna i FHS är att det akuta omhändertagandet behöver utvecklas, bland annat genom att stärka det akuta omhändertagandet utanför akutsjukhusens akutmottagningar. Under 2017–2018 har en ny struktur för akut omhändertagande införts, där bland annat närakuter startats. Revisionens bedömning är att patientstyrningen inom det akuta omhändertagandet till stor del har fungerat, men i vissa delar behöver stärkas. Vårdnivåerna i det akuta omhändertagande är inte helt enhetliga och de ekonomiska incitamenten inte tillräckligt tydliga för att patientstyrningen ska fungera fullt ut. Revisionen menar vidare att det är av vikt att hälso- och sjukvårdsnämnden efterfrågar konsekvensanalyser inför beslut om införande av nya vårduppdrag, eftersom olika vårduppdrag är beroende av varandra för att sjukvårdssystemet som helhet ska fungera. Systemeffekter behöver framgå när det gäller avtalsmässiga förhållanden och hur ersättningsmodeller för olika vårdnivåer påverkar varandra, i syfte att förstärka incitamenten för vårdgivarna att ta emot patienter på rätt vårdnivå.

Arbetet med programmet Framtidens vårdinformationsmiljö har påbörjats under 2018. Revisionen konstaterar att utvecklingen av it-system för att stödja förändringarna enligt FHS är kraftigt försenat. I det arbete som nu påbörjats bedömer revisionen att det finns risker som kan leda till att FVM inte kommer att genomföras på ett sådant sätt som nätverkssjukvården förutsätter.

Revisionen uppfattar att frågorna om hur personalresurserna kan används i hög utsträckning är decentraliserade till vårdverksamheterna. Landstings-/regionstyrelsens förefaller dock inte ha en samlad bild av hur arbetet fortskrider i vårdverksamheterna. Revisionen menar även att det finns kvarstående oklarheter avseende hur klinisk forskning ska bedrivas inom ramen för nätverkssjukvården. Det finns därmed ett fortsatt behov av att säkerställa att adekvata krav på, och förutsättningar för, vårdgivarnas medverkan i klinisk forskning formuleras i vårdavtalen.

2 Utgångspunkter för granskningen

Landstingsfullmäktige i Stockholms län fastställde i juni 2011 Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS) för i princip all vård inom landstinget. En bärande tanke enligt planen är att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Den omfattade även en målbild för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Stockholms län fram till år 2025 utifrån tre områden: Hög tillgänglighet, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet.

Revisionen har sedan 2013 årligen granskat arbetet med FHS och har utgått från en övergripande nivå. Granskningen har koncentrerats till några centrala områden utifrån de risker som revisionen bedömt som väsentliga. Granskningen har i huvudsak inriktats på hur arbetet inledningsvis planerades och därefter hur genomförandet har styrts i ett systemperspektiv.

Tidigare års granskningar av planering och genomförandet utifrån framtidsplanen, senast 2017[1], har pekat på följande risker i det fortsatta arbetet med genomförandet av FHS:

A. gråzoner i styrningen
B. investeringsvolymer på historiskt höga nivåer med påverkan på lång sikt
C. hantering av kostnadsnivåer i verksamheten relativt produktion och vårdvolymer
D. tillgång på disponibla vårdplatser har inte motsvarat efterfrågan
E. kompetensförsörjningen svarar inte mot efterfrågan
F. svag styrning av de akuta patientströmmarna mot bästa möjliga vårdnivå
G. svårigheter att utforma/utveckla ersättningssystem som ger incitament för önskat beteende
H. utformningen/utvecklingen av nödvändiga IT- och e-hälsosystem försenade

Revisionen har även under 2018 granskat planeringen och genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård utifrån dessa risker.

2.1 Revisionsfråga

Granskningens övergripande revisionsfråga har varit:

Bedrivs planeringen och genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården så att målsättningen som helhet säkerställs?

Den övergripande revisionsfrågan har brutits ner i följande delfrågor:

- Hur organiseras och styrs FHS-arbetet för att målen ska kunna nås?
- Hur har arbetet med effektivisering och ökad produktivitet som en förutsättning för Framtidsplanen hanterats?
- Planeras och genomförs omstruktureringen av vården på ett sådant sätt att förutsättningar för nätverkssjukvården säkerställs?

[1] Projektrapport 12/2017, RK 2017–0068

– Planeras och genomförs insatser för kompetensförsörjning och forskning så att förutsättningar för att nå målbilden säkerställs?

2.2 Avgränsning

Denna granskning av arbetet med genomförandet av FHS under 2018 är den sjätte granskning som revisonen har genomfört och liksom tidigare har den utgått från en övergripande nivå. De risker som har legat till grund för granskningen denna gång har framförallt varit hur arbetet organiserats och styrts samt hur omstruktureringen av vården och kompetensförsörjningen har hanterats. Fokus har varit landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för FHS genomförande.

2.3 Bedömningsgrunder

Fullmäktiges mål för arbetet i FHS, beslut i budgetarna för åren 2011 - 2018.

Reglemente för landstingsstyrelse och nämnder 2 § Styrelsen ska leda, styra och samordna förvaltningen av landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet.

50 § Hälso- och sjukvårdsnämnden ska förutom i de avseenden där ansvaret enligt 5 § eller 10 § åvilar landstingsstyrelsen utöva ledning av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvård i enlighet med 10 § hälso- och sjukvårdslagen.

51 § Utskottet för framtidens hälso- och sjukvård ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande Framtidens hälso- och sjukvård inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde.

Kommunallagen 6 kap. 1 § Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens eller landstingets angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

6 kap. 6 § Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

6 kap. 11 § Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på kommunens eller landstingets utveckling och ekonomiska ställning.

6 kap. 13 § p.3 Styrelsen ska särskilt verkställa fullmäktiges beslut.

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

2.4 Metod

Revisionens granskning av FHS har delvis genomförts som ett metaprojekt, på så sätt att rapporten till stor del bygger vidare på tidigare års iakttagelser i granskningen av FHS, men också på iakttagelser i andra genomförda revisionsprojekt under 2018 som berör FHS. Syftet har varit att ge en samlad bild utifrån de riskområden som granskats. Iakttagelserna har kompletterats utifrån intervjuer med personer som har inblick i FHS-arbetet.

Följande projektrapporter ingår i granskningen av FHS:

- 1/2018 Förutsättningar för klinisk forskning
- 5/2018 Ägarstyrning – bolag och bolagsliknande former
- 7/2018 Strategisk kompetensförsörjning
- 9/2018 IT-styrning FVM
- 10/2018 Patientstyrning
- 13/2018 God ekonomisk hushållning

Granskningen har genomförts av Anna Ullsten i samarbete med ett flertal projektmedarbetare på revisionskontoret.

3 Organisation och styrning av FHS-arbetet

3.1 Övergripande styrning av FHS

Landstingsstyrelsen fick 2011 i uppdrag av fullmäktige att ansvara för genomförandet och organiseringen av FHS. Uppdraget att koordinera de olika delarna av FHS, hantera problem och avvikelser och följa upp FHS har flyttats mellan landstingsstyrelsens förvaltning och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. I juni 2017 förtydligade landstingsdirektören i ett verkställighetsbeslut[2] att hälso- och sjukvårdsdirektören skulle ansvara för genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård i landstingets tjänstemannaorganisation. Enligt beslutet innefattade ansvaret att säkerställa genomförande och uppföljning av samt kommunikation om Framtidsplanen.

Landstings-/regionstyrelsen[3] har enligt reglementet ansvar för att ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Uppsiktsarbetet uppges vara en integrerad del av den löpande ledningsprocessen. 2017 lämnade landstingsstyrelsen i sin uppsiktsrapport[4] en s.k. anmodan till hälso- och sjukvårdsnämnden att stärka sin helhetssyn och samordning över hälso- och sjukvårdssystemet i enlighet med reglementet. I granskningen framkommer att ingen dokumenterad uppföljning av anmodan har genomförts, men dialog har enligt uppgift förts med hälso- och sjukvårdsförvaltningen inför nästkommande års uppsiktsrapport. 2018 anmodade[5] landstingsstyrelsen hälso- och sjukvårdsnämnden att öka takten i arbetet med att stärka sin helhetssyn och samordning över hälso- och sjukvårdssystemet. Denna anmodan har följts upp i samband med delårsrapporteringen, genom att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har rapporterat vidtagna och planerade åtgärder. Utöver detta har dialog förts mellan förvaltningarna om anmodan.

I den årliga uppsiktsrapporten har landstingsstyrelsen sammanställt status för uppdrag lämnade både i budget och löpande under året. I granskningen framkommer att det finns beslutade uppdrag inom ramen för FHS, som i uppsiktsrapporten är

[2] LDR7120
[3] Regionstyrelsen från och med den 1 januari 2019
[4] Uppsiktsrapport för år 2016 LS 2016–0900
[5] Uppsiktsrapport för år 2017 LS 2018–0486

rapporterade som åtgärdade, som i praktiken inte är genomförda. Revisionens genomgång visar att det funnits minst tre sådana uppdrag. Det gäller exempelvis uppdraget till landstingsstyrelsen att besluta om mått och mål för produktivitet och effektivitet i sjukvården (se kap. 4). Även uppdraget till hälso- och sjukvårdsnämnden att besluta om utveckling av närsjukhus är markerat som åtgärdat men är i praktiken inte genomfört. I uppsiktsrapporten för år 2014 var uppdraget till hälso- och sjukvårdsnämnden att besluta om utveckling av det akuta omhändertagandet markerat som åtgärdat. Beslut om struktur för det akuta omhändertagandet togs av hälso- och sjukvårdsnämnden först under 2015–2017.

Enligt uppsiktsrapporten för år 2017 fanns det nio beslut med bäring på FHS som inte var åtgärdade från åren 2011–2015. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under hösten 2018 gjort en genomgång av i vilken utsträckning beslut inom ramen för FHS är genomförda (se kap. 3.2.1). Denna visar att det finns 28 beslut från åren 2011–2015 som fortfarande pågår eller inte kommer att genomföras, dvs. 19 fler än i uppsiktsrapporten. Vidare framgår att det finns 47 beslut tagna mellan 2011–2015 som har ”trumfats” av senare beslut, d.v.s. där det senare beslutet går emot det första beslutet.

I budget 2012 gav landstingsfullmäktige landstingsstyrelsen i uppdrag att årligen, i samband med behandling av budget i landstingsfullmäktige, redovisa vilka åtgärder som vidtagits, planeras vidtas och tidplan för implementering av Framtidsplanen[6]. De första åren skedde en samlad återrapportering till fullmäktige i samband med budget. Någon samlad uppföljning till fullmäktige av FHS-arbetet har inte skett sedan 2014 i en separat bilaga till budget 2015. Därefter har rapportering framgått på olika ställen i budget- och årsredovisningsdokumenten, men inte på ett samlat sätt.

Rapportering till landstingsstyrelsen skedde tidigare genom att ekonomidirektören tillsammans med chefen för NKS programkontor lämnade information om FHS-arbetet vid varje ordinarie möte i landstingsstyrelsens arbetsutskott. Detta upphörde i januari 2017. Därefter övergick ansvaret till hälso- och sjukvårdsförvaltningen och det har inte funnits någon särskild återrapporteringspunkt för FHS i landstingsstyrelsen eller dess utskott.

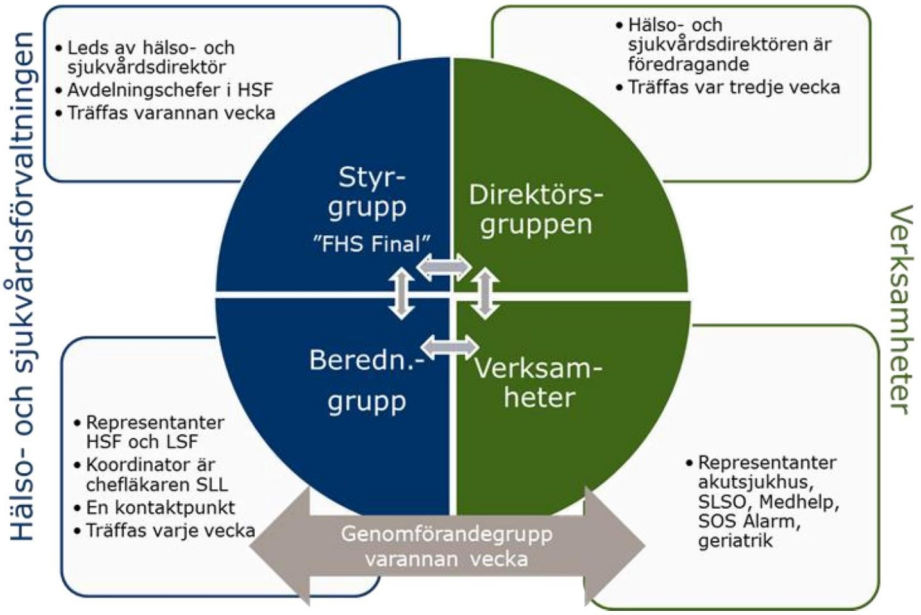
3.2 Hälso- och sjukvårdsnämndens FHS-arbete

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglemente för att planera hälso- och sjukvården samt tandvården ur ett övergripande befolkningsperspektiv. Inför 2015 inrättades ett FHS-utskott under nämnden. Utskottet ansvarar enligt reglementet för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS. I första hand är utskottet ett beredningsorgan åt hälso- och sjukvårdsnämnden men kan även ges beslutsrätt i vissa frågor genom delegation från nämnden. Utskottet har under 2018 i likhet med föregående år i huvudsak fungerat som ett informationsforum. Under 2018 har utskottet behandlat 18 informationsärenden och sju beslutsärenden. Under 2018 har information om de s.k. systempåverkande fokusområdena lämnats vid varje möte i

[6] Uppdraget har inte upphävts av landstingsdirektörens verkställighetsbeslut 2017 och det åligger således fortfarande landstings-/regionstyrelsen att göra detta.

FHS-utskottet.[7] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har sedan tidigare delat in uppdrag som rör genomförandet av FHS i systempåverkande fokusområden[8]. I granskningen framkommer att de systempåverkande fokusområdena använts för återrapportering, snarare än planering och vidareutveckling av arbetet med FHS.

Planeringen av genomförandet av FHS görs inom ramen för hälso- och sjukvårdsförvaltningens ordinarie verksamhetsplanering och ambitionen är att FHS-arbetet så långt som möjligt ska bedrivas i linjen. I likhet med föregående år har genomförandet av FHS under 2018 bedrivits i enlighet med bilden nedan.



Figur 1: Hälso- och sjukvårdsförvaltningens övergripande organisation för FHS

Styrgruppen för FHS utgörs av hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp[9] där arbetet med FHS avrapporteras varannan vecka. Avrapporteringen sker dels genom uppföljning av hälso- och sjukvårdsförvaltningens verksamhetsplan, dels genom en samlad redovisning på övergripande nivå i en särskild sammanställning[10]. Syftet är att ge en samlad överblick över kritiska förändringar för FHS genomförande. Sammanställningen innehåller information om utflyttning av vård från akutsjukhusen, utveckling inom närsjukvården inklusive närakuter, investeringar, framtidens vårdinformationsmiljö (FVM), kompetensförsörjning, digitala tjänster och patientvägledning, kommunikationsinsatser, uppföljning av patientflöden och patientsäkerhet under omstyrningen av de akuta flödena, vårdbehovsprognos och upphandlingsplan.

[7] Utskottet har i den nya politiska organisationen upphört från och med 2019.
[8] Strukturförändringar enligt Framtidsplanen, säkerställande av närsjukhusstrukturen, förändringar inom barnsjukvården, nätverkssjukvården – långsiktigt och strategisk utveckling, akut omhändertagande och patientvägledning.
[9] Består av cheferna för förvaltningens avdelningar och avdelningschef SLL Kommunikation.
[10] Sammanställningen kallas ofta ”Excellen”.

Sammanställningen har uppdaterats löpande och även skickats till landstingsstyrelsens förvaltning för information.

Direktörsgruppen leds av landstingsdirektören/regiondirektören. Övriga ledamöter är bland annat hälso- och sjukvårdsdirektören och sjukhusdirektörerna för landstingets akutsjukhus samt Stockholms läns sjukvårdsområde. Hälso- och sjukvårdsdirektören har under 2018 redogjort för läget inom FHS vid ca vartannat möte. Ibland för information och ibland för avstämning av underlag inför beslut, antingen inför verkställighetsbeslut som ska fattas av hälso- och sjukvårdsdirektören eller beslut som fattas inom respektive organisation.

Genomförandegruppen leds av hälso- och sjukvårdsdirektören och chefläkare inom SLL/Region Stockholm. Under merparten av 2018 har fokus för genomförandegruppens möten legat på omstyrningen av patienter inom det akuta omhändertagandet. I genomförandegruppen ingår därför representanter för verksamheter och vårdgivare som påverkas av omstyrningen så som MedHelp, SOS Alarm, SLSO och akutsjukhusen. Efter samråd och ställningstaganden i genomförandegruppen hanteras frågorna i linjen inom respektive organisation. I vissa fall tas verkställighetsbeslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. Under hösten 2018 har två ytterligare genomförandegrupper startats. En med fokus på hänvisning inom det akuta omhändertagandet av barn, vilket inte har ingått i det tidigare arbetet med omstyrning av patientflöden. Den andra genomförandegruppen arbetar med att samordna frågor som rör driftsättning av nya operationssalar för att säkerställa tillräcklig operationskapacitet under driftsättningen 2019. I detta arbete ingår förutom berörda vårdgivare även företrädare för Locum och SLL IT. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att ambitionen är att nya genomförandegrupper ska tillsättas där behov av samordning och styrning uppstår. I granskningen framkommer att formerna för hur behoven ska fångas upp är oklara.

I granskningen framkommer att det finns frågor som är centrala för FHS där ansvaret och gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning inte är helt tydliga. Det rör bland annat produktionsstyrning. Flera intervjuade har lyft frågan om produktionsstyrning och pekat på att ansvaret för produktionsstyrningen inom landstinget är otydligt. I revisionens granskning 2018 av ägarstyrningen[11] framkommer att flera av de landstingsägda bolagens vd:ar upplever att det saknas en aktiv produktionsstyrning i landstinget. Ansvaret för produktionsstyrningen har tidigare funnits hos olika funktioner på landstingsstyrelsens förvaltning. Från och med 2019 har regionstyrelsen ett produktionsutskott istället för ett ägarutskott. Samtidigt framgår av det nya reglementet att hälso- och sjukvårdsnämnden ska ansvara för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt. Hur ansvaret för produktionsstyrningen ska fördelas mellan de olika politiska organen är ännu inte klart.

Ett annat område där ansvaret upplevs som otydligt är kompetensförsörjning. Intervjuade efterlyser bättre samverkan mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen (se kap. 6). Ytterligare ett område är investeringar. Enligt reglementet

[11] Revisionsrapport 5/2018 Ägarstyrning, bolag och bolagsliknande former.

har landstingsstyrelsen ansvar för fastighetsstrategiska frågor och investeringar. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar för att delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården samt att samråda med berörda enheter inom hälso- och sjukvården om förslag till specificerade investeringsobjekt, utarbeta yttrande över och prioritera investeringsförslag.

I 2017 års investeringsgranskning fick hälso- och sjukvårdsnämnden kritik från revisionen för att den inte aktivt tagit sitt ansvar i enlighet med reglementet. I 2018 års granskning[12] framkommer att hälso- och sjukvårdsnämnden genom sin förvaltning under året tagit en aktiv del i den övergripande planeringen av vårdens investeringar. Landstingsstyrelsen har enligt företrädare för förvaltningen endast uppsiktsansvar för vårdens investeringar.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under hösten beslutat om utredningsrapporten *vårdbehov och lokalmässiga förutsättningar inför budget 2019* där nämnden har prioriterat mellan de olika investeringsförslagen avseende vårdens fastigheter. Intervjuade har framfört att hälso- och sjukvårdsförvaltningen tagit en mer aktiv del i den övergripande lokal- och investeringsplaneringen än tidigare. I granskningen inför denna rapport framkommer dock att det finns en oro bland flera intervjuade för att ansvaret för investeringarna återigen blir otydligare under 2019 på grund av att ansvaret, enligt skrivningar i budget 2019, delvis förändras. I budget 2019 framgår att det yttersta ansvaret för investeringar (utöver fullmäktige) åvilar den nämnd eller det bolag som har driftkostnadsansvaret när investeringen står klar. Det innebär att investeringarna och deras driftkostnadskonsekvenser måste rymmas inom budgeten för den nämnd eller det bolag som har det yttersta ansvaret. Exakt vad detta innebär för styrningen av regionens omfattande investeringar och hur det ska hanteras är ännu inte klart.

3.2.1 Hur långt har FHS kommit?

För att ta ett helhetsgrepp om FHS har hälso- och sjukvårdsförvaltningen under hösten 2018 påbörjat en kartläggning av nuläget för FHS, bestående av fem olika delar. Syftet är att, på ett övergripande plan, se hur genomförandet av FHS har fortskridit fram till och med 2018, jämfört med vad som skrevs i Framtidsplanen 2011. Den första delen är en beslutskartläggning, där hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör en genomgång av vilka beslut (att-satser) mellan åren 2011 – 2018 som är genomförda. En preliminär bedömning är att ca hälften av de ca 250 besluten är genomförda vid utgången av 2018. Beslut som inte är genomförda är i vissa fall pågående och i vissa fall går de inte att genomföra, exempelvis för att det finns motstridiga beslut. Den andra delen är en uppföljning av de s.k. baselinerapporter som gjordes under inledningen av arbetet med FHS. Med utgångspunkt i rapporterna har utvecklingsavdelningen påbörjat ett arbete med att se över vilka indikatorer som används, och kan användas för att följa upp utvecklingen i förhållande till målen för FHS. Syftet är att ta fram en uppsättning indikatorer som belyser de olika aspekterna av FHS. I det fortsatta arbetet kommer även vårdgivarna och sakkunnigstrukturen inom den nya kunskapsstyrningsmodellen att involveras. Den tredje delen rör en uppföljning av

[12] Revisionsrapport 13/2018 God ekonomisk hushållning.

nätverkssjukvårdens utveckling från 2011 till 2018 (se 5.1). Den fjärde delen är en uppföljning av vårdutbudskartan och utflytt av vård. Den femte och sista delen utgör en uppföljning av revisionsrekommendationer.

Kartläggningen av nuläget beräknas bli klar under första kvartalet 2019 och kommer då att presenteras för hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp. Avsikten är att kartläggningen ska utgöra ett stöd till ledningsgruppen för bedömning av effekter och konsekvenser som genomförandet av FHS hittills åstadkommit och utgöra ett stöd för strategiska beslut om den framtida utvecklingen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att kartläggningen av nuläget i FHS även kan komma att utgöra ett underlag för bland annat långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade[13] i april 2018 att godkänna förvaltningens förslag till projektdirektiv för denna utredning. I Region Stockholms budget 2019 framgår att arbetet ska genomföras som en bred parlamentarisk utredning. Enligt direktivet ska utredningen genomföras i syfte att, utifrån hälso- och sjukvårdslagens inriktning om god vård på lika villkor och utifrån landstingets målbild år 2025, beskriva och analysera förutsättningarna för Stockholms läns hälso- och sjukvård år 2030 och 2040. Utredningen ska belysa faktorer som påverkar vårdbehoven och analysera hur olika systemlösningar och styrinstrument kan användas för att nå hälso- och sjukvårdens mål. I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport[14] 2018 understryker nämnden att flera grundläggande förutsättningar har förändrats sedan Framtidsplanen antogs 2011 och att en uppdatering av Framtidsplanens nuläge och strategier behöver ske synkroniserat med utredningsdirektivet Hälso- och sjukvården 2040.

3.3 Revisonens bedömning

Revisionen bedömer att det, liksom tidigare framförts, inte finns något politiskt organ som har en samlad bild av utvecklingen av FHS. Detta är allvarligt eftersom FHS har inneburit och fortsatt innebär stora omstruktureringar av vården. Det politiska ansvaret för styrningen av uppdraget förutsätter kontinuerlig uppföljning och återrapporteringar av hur arbetet fortskrider. Vidare bedömer revisonen att landstingsstyrelsens/regionstyrelsens genom att hänvisa till rapportering på olika ställen i budget- och årsredovisningsdokumenten inte har säkerställt en helhetsbild av vidtagna och planerade åtgärder. Revisionen menar att det är väsentligt för styrningen att de ansvariga kan se vilka systemeffekter och påverkan olika åtgärder/förändringar får på såväl helheten som andra delar i sjukvårdssystemet eftersom sjukvårdens olika delar är sammankopplade med varandra.

Revisionen rekommenderade år 2016 landstingsstyrelsen att sammanfatta nuläget i FHS-arbetet samt att utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar. Revisionen konstaterar att detta aldrig gjordes, vilket kan vara en effekt av att ansvaret för planeringen och genomförandet av FHS har flyttats fram och tillbaka mellan förvaltningarna under 2011–2018. Uppdraget att genomföra och

[13] HSN 2018–0387
[14] LS 2017–1383

följa upp FHS har under 2018 legat på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Revisionen ser positivt på att hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2018 påbörjat ett arbete med att sammanfatta nuläget i syfte att bedöma effekter och konsekvenser av genomförandet av FHS, men menar att det kommer sent i processen. Revisionen vill understryka vikten av att analysen leder fram till beslut som säkerställer en fortsatt implementering i enlighet med intentionerna i FHS och att ansvariga politiska organ tar aktiv del i detta.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om inriktning för utredningen Hälso- och sjukvården 2040. Revisionen bedömer att det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbilden 2025 i Framtidsplanen, framför allt som en grund för den nya utredningen med fokus ännu längre fram i tiden. Risk finns annars att den nya utredningen inte tar hänsyn till erfarenheter från hittills genomfört arbete och att nya beslut tas utan att ansvariga politiker vet i vilken utsträckning målbilden i Framtidsplanen har varit möjlig att nå.

Landstings-/regionstyrelsen har enligt kommunallagen, oavsett var det operativa ansvaret för genomförandet av FHS har legat, ansvar för att säkerställa att fullmäktiges beslut verkställs och följa de frågor som kan inverka på landstingets utveckling samt ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Revisionen uppfattar att det finns otydligheter i hur landstingsstyrelsens har utövat sin uppsikt. Den uppföljning som skett genom uppsiktsrapporten har uppenbara brister där uppdrag från fullmäktige med bäring på FHS genomförande har rapporterats som åtgärdade trots att de inte är åtgärdade/genomförda, vilket både revisionens granskning och hälso- och sjukvårdsförvaltningens genomgång under 2018 har visat. Sedan 2017 har det inte heller funnits någon särskild återrapporteringspunkt för FHS i landstingsstyrelsen eller dess utskott.

Revisionen bedömer att det finns fortsatta oklarheter i ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen inom vissa områden. Beträffande vårdens investeringar uppfattar revisionen att ansvaret tydliggjorts under 2018 och att oklarheter som uppstod till följd av flytten av ansvaret 2017, till stor del klarats upp under 2018. Dock ser revisionen en risk för att oklarheter åter uppstår under 2019 till följd av de ändrade ansvarsförhållanden som framgår i budget 2019. Även när det gäller kompetensförsörjningen kvarstår otydligheter om roller och samarbetsformer. Revisionen uppfattar därutöver att ansvaret för produktionsstyrningen inom landstinget/regionen är fortsatt oklart.

4 En effektivare vård

I Framtidsplanen anges att en ekonomi i balans är en förutsättning för genomförandet av intentionerna i framtidens hälso- och sjukvård. Detta ska enligt Framtidsplanen säkerställas genom nya arbetssätt och investeringar som sammantaget förväntas leda till en effektivare vård.

4.1 Investeringar och ökade kostnader i vården

Inom ramen för FHS har en stor mängd investeringar beslutats, vilket fått till följd att investeringsnivåerna ligger på historiskt höga nivåer. Revisionen har under flera år framfört att landstingsstyrelsen behöver stärka styrningen av investeringar för att säkerställa en god ekonomisk hushållning på sik. Trots detta har revisionen i granskningen av god ekonomisk hushållning[15] kunnat konstatera att det, till följd av befarade överskridanden, har tagits beslut om tillkommande investeringar på 2,1 mdkr under 2017 och 2018 för pågående investeringsprojekt vid Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Sollentuna sjukhus och S:t Görans sjukhus.

I budget 2018, likväl som i de senaste årens budgetar, slås det fast att landstinget behöver begränsa den underliggande årliga kostnadsökningstakten till 3,3 procent för att klara av de framtida investeringsrelaterade kostnaderna. Annars riskerar landstingets resultat att utvecklas kraftigt negativt. Revisionen har under de senaste åren konstaterat att landstinget hittills inte lyckats hålla den beslutade kostnadsökningstakten[16]. Kostnadsökningstakten under 2017 blev 4,0 procent och i genomsnitt för perioden 2014 – 2018 uppgår verksamheternas kostnadsökningstakt till 5 procent jämfört med den uppställda nivån på 3,3 procent över tid[17].

De beslutade investeringarna för med sig framtida kostnader, bland annat i form av ökade hyreskostnader. I budget 2015 konstaterades att de omfattande investeringarna i vården, med den dåvarande hyressättningsmodellen, skulle leda till hyror som omöjligt kunde bäras av vårdproducenterna. För att förhindra detta angavs i budget 2015 en ny inriktning för hyressättning för de strategiska investeringarna. En s.k. hyrestrappa där akutsjukhusens hyror skulle bygga på direkta kostnader för drift, underhåll och kapitalkostnader och rabatteras med från 15 ned till 5 procent under en femårsperiod. I samband med beslut om budget 2018 avskaffades modellen och Locum fick i uppdrag att arbeta fram en ny hyresmodell.

En ytterligare aspekt av frågan om ökade hyror är att regionen i vissa fall riskerar att få svårt att hyra ut de renoverade lokalerna. Sollentuna sjukhus har genomgått stora renoveringar under de senaste åren och beräknas bli färdigställt under 2019. I granskningen framkommer att det fortfarande är oklart vilka vårdgivare som ska bedriva sin verksamhet i Sollentuna sjukhus. Anledningen till att det är svårt att få vårdgivare att bedriva sin verksamhet i sjukhuset uppges vara den höga hyran som uppkommit till följd av renoveringarna.

Under de närmaste åren kommer även programmet för framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) att genomföras (se 5.4). Landstingsfullmäktige beslutade under 2017 om en investeringsbudget för programmet omfattande högst 2,2 mdkr. Driftskostnaderna beräknades öka till drygt 500 miljoner kronor per år från år 2022 och framåt. Enligt fullmäktiges beslut ska de ökade kostnaderna kunna mötas genom effektiviseringar i verksamheten. I budget 2019 ändrades investeringsutgiften för programmet till 1,6 mdkr medan driftkostnaderna utökats med 600 mnkr, för att

[15] Revisionsrapport 13/2018 God ekonomisk hushållning.
[16] Revisionsrapport 9/2016 - Landstingsstyrelsens övergripande ekonomistyrning
[17] SLL – Årsredovisning 2017, LS 2017–0126

överensstämma med principer för redovisning i enlighet med rådet för kommunal redovisnings rekommendationer.

I en granskning av FVM under 2018 har revisionen konstaterat att det initialt troligen uppstår kostnader även för dubbel drift etc. som kan vara svårt att möta med effektiviseringar. Från år 2024 bygger beräkningarna på att FVM ska bidra positivt till landstingets resultat. För att kalkylerna ska kunna förverkligas måste förväntade effektiviseringseffekter hämtas hem i form av kostnadsreduceringar i verksamheten och nödvändiga förändringar i verksamheten ske för att realisera effektiviseringen. Om detta inte sker finns det en risk att programmet leder till att budgeten överskrids. I genomförandebeslutet bedöms risken om effektiviseringen inte genomförs motsvara ökade kostnader på 500 mnkr per år.

4.2 Vårdens effektivitet och produktivitet

Av Framtidsplanen framgår att effektiviteten i vården behöver förbättras genom att använda de befintliga resurserna i vården på ett mer effektivt sätt. Vidare står att ”[…] det är centralt att mäta hur effektiviteten och produktiviteten utvecklas och [att] det råder en samsyn i verksamheterna om sättet att mäta effektiviteten och produktiviteten. För detta krävs att nya väl förankrade mål och mått utvecklas som speglar utvecklingen av effektiviteten och produktiviteten. Målen och måtten ska bli styrande och för detta krävs att de följs upp […].”[18]

I budget 2012 fick landstingsstyrelsen i uppdrag att fatta beslut om mått för att mäta effektiviteten och produktiviteten i hälso- och sjukvården och utifrån dessa ange mål för utvecklingen av effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården.[19] Landstingsstyrelsens förvaltning påbörjade samma år ett att arbete med produktivitetsberäkningar. I detta ingick även företrädare för hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Arbetet resulterade dock inte i att beslut fattades avseende vilka mått som ska användas för att följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet. Att inget beslut fattades uppges bero på att det är komplicerat att ta fram rättvisande mått för effektivitet och produktivitet. Arbete med att utveckla mått har återupptagits och pågått internt inom landstingsstyrelsens förvaltning under 2018. Arbetet planeras att färdigställas under 2019. Inriktningen har i första hand legat på att ta fram mått för effektivitet.

I fullmäktiges budget 2018 betonas att det är nödvändigt att hälso- och sjukvårdsnämndens beställningar av vård stimulerar såväl kostnadseffektivitet som produktivitet och måluppfyllelse i enlighet med landstingets mål. I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2018 har påbörjat ett arbete med att se över vilka data förvaltningen har tillgång till som skulle kunna utgöra grunden för att mäta effektivitet och produktivitet i sjukvården. Arbetet har bedrivits internt inom förvaltningen och är enligt uppgift inte sammankopplat med arbetet på landstingsstyrelsens förvaltning. I arbetet har hälso- och sjukvårdsförvaltningen bland annat utgått från det arbete som tidigare gjorts inom förvaltningen inom samma område. Under 2015 tog förvaltningen, inom ramen för projektet ”utvärderingsplan för

[18] Framtidsplanen första steget s.57
[19] LS 1208–1026, att-sats nr 61

FHS", fram en delrapport avseende effektiv vård[20]. I rapporten görs en genomgång av olika sätt att definiera och mäta vårdens effektivitet. I rapporten tas inte ställning till vilket/vilka av dessa sätt som bör användas.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde en benchmarkingstudie om akutsjukhusens effektivitet, vilken presenterades för hälso- och sjukvårdsnämnden 2015[21] som ett anmälningsärende. I rapporten finns ett antal rekommendationer riktade till hälso- och sjukvårdsförvaltningen, bland annat att göra fördjupade analyser av systemeffektivitet. I granskningen framkommer att förvaltningen inte har gjort en samlad uppföljning av vilket arbete som utförts med anledningen av rekommendationerna. Runt vissa av rekommendationerna, som exempelvis utveckling och registrering av DRG och KPP[22], pågår utvecklingen kontinuerligt.

Under 2018 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomfört en fördjupad uppföljning av akutsjukhusens omställningsavtal som en del i arbetet med att ta fram nya avtal för akutsjukhusen 2020. Uppföljningen visar att antalet helårsarbetare på akutsjukhusen har ökat under avtalsperioden samtidigt som vårdproduktionen gått ned, vilket innebär minskad produktion per helårsarbetare. Vidare framkommer att kostnaden per slutenvårdstillfälle har ökat något, med undantag för Danderyds sjukhus, medan produktionen av slutenvård ligger under avtalade nivåer. Slutsatsen är att det finns ett gap mellan beställd vård och producerad vård, vilket innebär att vården på akutsjukhusen blir dyrare "per styck" och att produktiviteten mätt som producerad vård jämfört med resursåtgång minskat. Vad orsaken till att vårdproduktionen är lägre än de avtalade nivåerna analyseras inte i uppföljningen, men tänkbara faktorer anges vara högre grad av polikliniserings än planerat, förändrade arbetssätt, registreringsförändringar eller vårdplats- och personalbrist. Hur avtalsutformningen (utformning av ersättnings- beskrivnings- och uppföljningsmodeller) påverkat utvecklingen av effektivitet och produktivitet analyseras inte heller i uppföljningen.

Omställningsavtalen är trepartsavtal mellan akutsjukhusen som drivs i egen regi, hälso- och sjukvårdsnämnden (beställaren) och landstingsstyrelsen (ägaren). Utöver hälso- och sjukvårdsförvaltningens beställarstyrning, styrs akutsjukhusens som drivs i egen regi också av ägaren, LISAB. LISAB har ett ansvar för att utveckla akutsjukhusens effektivitet och produktivitet. Av fullmäktiges budget för 2018 framgår bland annat att ägarutskottet/LISAB[23] ska bidra till effektivitet och ge möjlighet till jämförelser som bidrar till ett ständigt förbättringsarbete när det gäller kvalitet, ekonomi och produktivitet. Revisionens granskning av ägarstyrning[24] visar att den ägardialog som har förts mellan de landstingsägda bolagen och ägarutskottet/LISAB mer har fungerat som informationsmöten än som en aktiv dialog för styrning och uppföljning.

[20] Effektiv vård – delprojektrapport utvärderingsplan för FHS, HSN 1511–1272
[21] Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet, HSN 1408–1118
[22] Diagnosrelaterade grupper (DRG) innebär att patienter grupperas efter diagnos och resursförbrukning. Kostnad per patient (KPP) är en metod för att beräkna sjukvårdens kostnader per vårdkontakt och patient.
[23] Ägarutskottet/LISAB utövar landstingsstyrelsens/regionstyrelsens uppsiktsplikt över landstings-/regionsägda bolag och de förvaltningar som drivs under bolagsliknande former.
[24] Rapport 5/2018 Ägarstyrning – bolag och bolagsliknande former

4.3 Revisionens bedömning

Revisionen bedömer att kostnadskontrollen i landstinget hittills inte lett till att kostnadsutvecklingstakten har kunnat begränsas som planerat. De ökande investeringsvolymernas framtida kostnadspåverkan innebär att det ekonomiska utrymmet för vården minskar. Att vårdens kostnader ökar samtidigt som kapital- och driftkostnader ökar riskerar att bli ett dilemma som påverkar förutsättningarna att nå en ekonomi i balans på sikt.

Revisionen konstaterar att det ännu inte finns något beslutat sätt att mäta och följa utvecklingen av effektivitet och produktivitet i sjukvården, ett problem som revisionen påtalade redan 2011. Vidare kan konstateras att fortsatta utvecklingsinsatser har pågått parallellt under året inom både landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Eftersom effektivisering och ökad produktivitet är en central del för att genomförandet av Framtidsplanen ska lyckas, menar revisionen att det är viktigt att landstings-/regionstyrelsen i enlighet med uppdrag i budget, beslutar om hur detta ska mätas, målsättas och följas upp. Mot bakgrund av att regionstyrelsens samt hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för utvecklingsarbete inom området hänger ihop, menar revisionen att arbetet behöver samordnas mellan förvaltningarna för att säkerställa att parallella och/eller motstridiga utvecklingsinsatser inte sker.

Den fördjupade uppföljning av omställningsavtalen som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har gjort under 2018 tyder på att akutsjukhusens produktivitet har minskat. Revisionen bedömer att detta mot bakgrund av senare års kostnadsutveckling i hälso- och sjukvården är bekymmersamt. Hur avtalsutformningen påverkat utvecklingen av effektivitet och produktivitet analyseras inte i uppföljningen av omställningsavtalen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har enligt budget ett ansvar för att utveckla sina beställningar så att dessa främjar effektivitet och produktivitet. Hälso- och sjukvårdsnämndens främsta styrmedel är vårdavtalen. Därför menar revisionen att detta är ett viktigt utvecklingsområde i syfte att utveckla avtalen så att dessa stödjer vårdgivarnas produktivitets- och effektivitetsutveckling. Revisionen uppfattar att hälso- och sjukvårdsförvaltningen under tiden för FHS genomförande har arbetat med olika insatser inom området, men att arbetet när det gäller beställarstyrningen behöver stärkas.

Revisionen konstaterar samtidigt att ägarutskottet/LISAB inte, i enlighet med budget 2018, har bidragit till ett ständigt förbättringsarbete när det gäller kvalitet, ekonomi och produktivitet.

5 Omstrukturering av vården

5.1 Nätverkssjukvård

Utvecklingen av en nätverkssjukvård är en av huvudpunkterna i Framtidsplanens målbild 2025. Utvecklingen är enligt Framtidsplanen nödvändig – dels för att ge en god vård, dels som en förutsättning för att klara de stora omställningar som sker. Begreppet nätverkssjukvård utvecklades i Framtidsplanen och hälso- och

sjukvårdsnämnden fick i samband med fullmäktiges beslut om planen i uppdrag att anpassa och utveckla vårdavtal, beskrivnings- ersättnings- och uppföljningsmodeller för att stödja inriktningen på utvecklingen av nätverkssjukvården.[25]

Ett av de systempåverkande fokusområden som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har arbetat med är nätverkssjukvården och dess långsiktiga och strategiska utveckling. I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2018 ingår aktiviteten *utveckla en strategisk plan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen för ett långsiktigt arbete att främja nätverkssjukvården*. Av verksamhetsplanen framgår att förändringar behövs i vårdavtal, uppdrag, ersättnings- och uppföljningsmodeller så att dessa i ökad grad stödjer ökat patientfokus, helhetssyn och samverkan mellan vårdgivare och andra aktörer. Avtalen behöver också i högre grad stimulera till nya arbetssätt. Nätverkssjukvården förutsätter även utvecklade vårdprogram och fungerande digitala stödsystem. Vidare behöver beskrivningssystem och indikatorer för uppföljning av nätverkssjukvården utvecklas.

Under 2018 har utvecklingsavdelningen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomfört en kartläggning av vilka pågående aktiviteter inom förvaltningen som anknyter till utvecklingen av nätverkssjukvården enligt beskrivningen i Framtidsplanen. Kartläggningen visar att det pågår ca 120 aktiviteter som på något sätt bidrar till utvecklingen av nätverkssjukvården. Av kartläggningen framgår att det finns områden där ytterligare aktiviteter och/eller ökad samordning behövs. Kartläggningen visar vidare att medvetenheten om vad nätverkssjukvården innebär varierar mellan förvaltningens enheter och att en tydligare definition av begreppet nätverkssjukvård behövs. Resultatet har presenterats för hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp i december 2018, tillsammans med ett förslag till tydligare definition av nätverkssjukvård och förslag till utvecklingsområden. Dessa innefattar bland annat fortsatt utveckling av vårdavtalsprocessen i syfte att underlätta samordning av olika vårduppdrag för att uppnå nätverkssjukvård och fortsatt utveckling av arbetssätt och rutiner för att kunna göra mer precisa beställningar av nätverkssjukvård. Kartläggningen av nätverkssjukvården ingår i den kartläggning av nuläget i FHS som hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp kommer att ta ställning till under första kvartalet 2019 (se 3.2.1).

I granskningen framkommer vidare att hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med uppföljning behöver utvecklas för att kunna följa upp nätverkssjukvården på ett bättre sätt. Exempelvis behöver indikatorer för sammanhållen vård utvecklas i syfte att både följa upp och skapa tydligare styrmedel för utvecklingen av nätverkssjukvården. Vidare menar förvaltningen att metoder för kvalitativ uppföljning behöver utvecklas och kombineras med övriga uppföljningsformer. Förvaltningen har även identifierat uppföljning tillsammans med andra aktörer, exempelvis kommuner, som ett utvecklingsområde.

I granskningen har även framkommit att det finns olika uppfattningar inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen om nätverkssjukvårdens framtida utveckling. Medan vissa enheter inom förvaltningen menar att det är viktigt att fortsätta utvecklingen,

[25] LS 1301–0040

menar andra att innebörden av nätverkssjukvård är för diffus för att utgöra grunden för fortsatt utveckling.

5.2 Utflyttning av vård, vårdbehovsprognoser och vårdplatser

Nya Karolinska Solna (NKS) har som ett högspecialiserat akutsjukhus ett mer avgränsat vårduppdrag än Karolinska Solna har haft, vilket innebär att delar av den vård som tidigare bedrevs vid Karolinska Solna har flyttats till andra vårdgivare. När planeringen av NKS gjordes och Framtidsplanen togs fram, förväntades vårdbehovet öka p.g.a. den stora befolkningsökningen. För att hantera den framtida utvecklingen beslutades i Framtidsplanen bland annat att renodla samtliga akutsjukhus uppdrag och flytta ut vård som inte behöver akutsjukhusens resurser till andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens sammanställning över läget i FHS (se 3.2) omfattar bland annat uppföljning av utflyttning av vård. Enligt uppföljningen från hösten 2018 ligger utflyttningen av vård från Karolinska Universitetssjukhuset i stort sett i fas med planeringen med undantag för vårdområdet hörsel och balans. Planerna på att flytta ut hörsel och balans har skrinlagts på grund av lokalproblem hos mottagaren (SLSO/Rosenlunds sjukhus). För utflyttning av vård från de övriga akutsjukhusen har ingen bedömning (ifylld trafikljusstatus) gjorts i hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning. Av materialet kan utläsas att förseningen av en del av närakuternas öppnande har försvårat utflyttningen av akuta vårdtillfällen från en del av akutsjukhusen.

Inriktning för utflyttningen av vården inom ramen för FHS lades fast i den så kallade vårdutbudskartan. Vårdutbudskartan har uppdaterats årligen baserat på vårdbehovsprognosen och uppgifter om vårdgivarnas kapacitet från avtalshandläggarna. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 gjort en nulägesanalys av vårdutbudskartan i förhållande till utfallet för åren 2011 till 2017. Analysen visar att vårdkonsumtionen är lägre än vad som planerades i vårdutbudskartan. Störst skillnad mellan prognos och utfall återfinns i akutsomatisk vård utanför akutsjukhusen. Vårdtillfällena 2017 är 35 procent färre än planerat i vårdutbudskartan. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att en möjlig förklaring till detta kan vara att de närsjukhus som planerades i FHS inte har kommit till stånd. Analysen visar även att överbeläggningar och utlokaliseringar på akutsjukhusen ökat under perioden 2011–2017, vilket enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan tyda på att vårdproduktionen är för låg på akutsjukhusen.

Nulägesanalysen av vårdutbudskartan visar även att slutenvårdstillfällena på akutsjukhusen har minskat under senare år. I granskningen har framkommit att flera företrädare för akutsjukhusen menar att minskningen inte i första hand speglar att vården flyttats ut från akutsjukhusen till andra vårdgivare, utan att akutsjukhusen förändrat sina arbetssätt, exempelvis genom poliklinisering[26]. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte genomfört någon analys av förändringen i syfte att utvärdera i

[26] Poliklinisering innebär att vården utförs som dagvård istället för slutenvård.

vilken utsträckning vården har flyttats ut, polikliniserats eller har förändrats på annat sätt.

Under 2018 har hälso- och sjukvårdsförvaltningen påbörjat ett utvecklingsarbete avseende vårdbehovsprognoser. De prognoser som låg till grund för FHS var baserade på rak framskrivning, dvs. prognosen beräknades utifrån att vårdbehovet skulle öka i samma takt som befolkningsökningen. Anledningen till att rak framskrivning användes var att den medicinska utvecklingen både pekade mot minskad vårdkonsumtion pga. förbättrad vård och ökad vårdkonsumtion pga. nya behandlingsmöjligheter. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har påbörjat ett arbete med att utveckla prognosmodellen utifrån olika scenarier, där hänsyn tas till olika faktorer som påverkar vårdkonsumtionen. Arbetet kommer att fortsätta under 2019.

I granskningen framkommer att tillgång till tillförlitlig statistik över vårdplatser är ett fortsatt utvecklingsområde. Det pågår försök att få fram automatiserad statistik över antalet vårdplatser, men statistiken tas än så länge fram manuellt. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har under 2018 även påbörjat ett arbete med att se över terminologin för vårdplatser, i syfte att fastställa en enhetlig begreppsanvändning inom landstingets vårdverksamheter. I syfte att förankra en mer enhetlig begreppsstruktur hos vårdgivarna har chefläkarnätverket involverats i arbetet.

Enligt prognoserna som låg till grund för FHS skulle behovet av vårdplatser öka. Samtidigt skulle akutsjukhusens verksamhet renodlas och antalet vårdplatser utanför akutsjukhusen behövde därför byggas ut. En del i denna utbyggnad skulle utgöras av ombyggnationerna av närsjukhusen – Handens, Dalens, Nackas, Rosenlunds, Sabbatsbergs, Bromma, Jakobsbergs, Sollentuna samt Löwenströmska sjukhusen. Revisionen har i tidigare granskningar pekat på att denna utveckling inte har kommit till stånd. I dagsläget pågår omfattande renoveringar på Nacka sjukhus och Sollentuna sjukhus. Ombyggnationerna är mycket försenade med stora fördyringar jämfört med de ursprungliga planerna. Huvudinriktningen har varit att vården i Sollentuna sjukhus skulle utgöras av geriatrik samt annan vård som kan stödja det geriatriska vårduppdraget och att vården i Nacka sjukhus skulle fokuseras på psykiatri. Det är fortfarande inte helt klart vilken vård som kommer att bedrivas i Nacka sjukhus och Sollentuna sjukhus. Under slutet av 2018 påbörjade hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsammans med landstingsstyrelsens förvaltning, Locum och strategiska fastighetsinvesteringar (SFI) ett arbete med att ta fram en samlad strategi och handlingsplan för närsjukhusen. Arbetet kommer att fortsätta under 2019.

5.3 Ett förändrat akut omhändertagande

Enligt Framtidsplanen ska akutsjukhusens akutmottagningar endast ta hand om patienter som kräver akutsjukhusets resurser. För att detta ska vara möjligt är det avgörande att övriga vårdgivares uppdrag avseende akut omhändertagande är tydliga och att invånarna erbjuds enhetliga och tydliga alternativ till akutsjukhusens akutmottagningar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömde[27] 2015 att utvecklandet av en enhetlig struktur för närakuter var det strategiskt viktigaste området i arbetet med att

[27] HSN 1506–0854

utveckla en struktur för det akuta omhändertagandet utanför akutsjukhusen. I den nya strukturen[28] för akut omhändertagande har närakuterna startats, vilka ska omhänderta akut sjuka patienter där husläkarmottagningarnas resurser inte räcker men behovet inte kräver akutsjukhusens resurser. Husläkarmottagningarna ska fortsatt vara det första alternativet för akut sjuka patienter som inte har behov av akutsjukhusens eller närakuternas resurser men där egenvård inte räcker.

Enligt hälso- och sjukvårdsnämnden beslut 2015[29] ska den nya närakutstrukturen innehålla 12 närakuter. Dessa skulle lokaliseras så att alla invånare i länet fick ett rimligt avstånd till närmaste närakut. Hittills har nio närakuter startas, vilka är spridda över länet. Det finns fortfarande ingen närakut i innerstaden, i närhet av S:t Görans sjukhus, vilket det enligt beslut från nämnden ska finnas. Detta beror på att avtalet med S:t Görans sjukhus inte möjliggör att sjukhuset kan leverera röntgen till den planerade närakuten. En upphandling av en närakut ”i rimlig närhet av S:t Görans sjukhus” är under planering. Lokalisering av de sista två närakuterna är ännu inte beslutad.

I revisionens granskning[30] under 2018 har framkommit att de nya närakuterna som har startats under 2017–2018 inte fullt ut har samma förutsättningar att utföra sitt uppdrag. En bidragande orsak till detta är att närakuterna i vissa fall har öppnats i lokaler som inte uppfyller de avtalsmässiga kraven, bland annat har inte samtliga närakuter tillgång till observationsplatser i den utsträckning som avtalen kräver. En följdeffekt är att dessa närakuter har svårt att omhänderta geriatriska patienter i behov av observation, vilket riskerar att leda till att dessa patienter hänvisas till akutsjukhus även i de fall de inte är i behov av akutsjukhusets resurser. En annan bidragande orsak är att närakuternas tillgång till medicinsk service (laboratorium och röntgen) skiljer sig åt. Närakuterna ska enligt avtal använda sig av leverantörer av medicinsk service som hälso- och sjukvårdsförvaltningen har avtal med och som finns i närakuternas närhet. Närakuter som ligger i anslutning till ett akutsjukhus har i regel bättre tillgång till medicinsk service eftersom dessa kan samarbeta med akutsjukhusen.

I revisionens granskning av patientstyrningen framkommer vidare att närakuterna har haft problem med att få tillräcklig tillgång till konsultationer från specialister, eftersom det i avtalen saknas krav på hur snabbt konsultationerna ska ges. Konsultationer med specialistläkare möjliggör för närakuterna att behandla fler patienter och utgör därmed ett sätt att motverka att patienten hänvisas vidare till andra vårdgivare, exempelvis akutsjukhusen. I december 2018 togs rutiner för konsultationer fram av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, där det framgår att konsultationer ska ges skyndsamt.

Husläkarverksamhetens akuta uppdrag anges i avtalen vara att under hela öppethållandetiden kunna ta emot akuta och oplanerade besök. Av tjänsteutlåtandet[31] som låg till grund för hälso- och sjukvårdsnämndens beslut 2015 om en ny struktur för det

[28] HSN 2016–4792
[29] HSN 1506–0854
[30] Rapport 10/2018 Patientstyrning. För en tillgänglig vård på rätt vårdnivå.
[31] HSN 1506–0854

akuta omhändertagandet framgår att husläkarmottagningarnas fullföljande av kraven på akut omhändertagande varierade stort. I december 2017 beslutade[32] hälso- och sjukvårdsnämnden om åtgärder för ökad tillgänglighet till husläkarmottagningarna, bland annat målrelaterad ersättning för tillgänglighet,[33] för ökat antal besök[34] och för utökade öppettider. Enligt beslutet förväntas åtgärderna bland annat bidra till färre besök på närakuter och sjukhusens akutmottagningar. Utöver dessa åtgärder beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att en systemuppföljning av om husläkarmottagningarna klarar av att genomföra sitt uppdrag, ska genomföras. Det framgår inte av tjänsteutlåtandet när denna planeras att genomföras eller återrapporteras till nämnden.

I husläkaruppdraget ingår, med vissa undantag, husläkarjour. I uppdraget ingår att ta emot oplanerade läkarbesök av akut karaktär. Husläkarjourerna ska vara öppna på kvällar och helger[35] när husläkarmottagningarna har stängt. Krav på husläkarjour finns inte för alla husläkarmottagningar. I vissa delar av länet[36] fanns tidigare närakuter med ett mer begränsat uppdrag jämfört med de närakuter som nu startats inom ramen för den nya strukturen för akut omhändertagande. Husläkarmottagningar i dessa områden kunde därför hänvisa patienter till de tidigare närakuterna efter husläkarmottagningens stängningstid i stället för att anordna husläkarjour. Det finns fortsatt inget krav på att anordna husläkarjour i dessa områden, utan husläkarmottagningarna ska enligt avtalen hänvisa patienter till de nya närakuterna under kvällar och helger. Detta innebär att de nya närakuterna i dessa områden även fungerar som husläkarjour under helger och kvällstid.

I närakuternas ersättningsmodell ingår produktionsrelaterad ersättning, vilken har differentierats beroende på resursåtgång – mer resurskrävande patienter ger högre ersättning. I husläkarmottagningarnas ersättningsmodell finns ingen särskild ersättning för akuta besök eller ersättning kopplad till tillgänglighet i det akuta omhändertagandet. Analyser av hur närakuternas ersättningsmodell påverkar patientstyrningen i det akuta omhändertagandet ska ha gjorts i samband med framtagandet av närakuternas ersättningsmodell. Konsekvenserna av denna analys har dock inte framgått i underlagen inför nämndens beslut och finns enligt uppgift inte heller dokumenterade vilket omöjliggör framtida uppföljning och lärande. I granskningen har inte framkommit att det pågår någon utredning avseende hur de olika ersättningsmodellerna påverkar varandra inför framtagandet av nya avtal för husläkarverksamheten till år 2020. En utvärdering av den nuvarande ersättningsmodellen för husläkarverksamheten gjordes 2017. I denna finns ingen analys av hur husläkarverksamhetens ersättningar påverkar andra vårdgivare.

[32] HSN 2017–1908
[33] Kravet är att husläkarmottagningen når vårdgarantins tillgänglighetskrav.
[34] Ersättningen utgår till de mottagningar som ökar sina besök hos läkare och sjuksköterskor jämfört med samma månad föregående år som en kvot, jämfört mot antalet listade.
[35] Husläkarjour ska anordnas mellan kl. 17-22 vardagar och kl. 8-22 helger.
[36] Kommunerna: Nynäshamn, Haninge, Tyresö, Nacka, Värmdö, Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. Stadsdelarna: Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista

5.4 It och e-hälsa

Utvecklingen av it-stöd och e-hälsa har sedan starten av FHS framhållits som grundläggande förutsättningar för genomförandet av FHS. E-hälsa och it-stöd behövs för att vårdgivarna bättre ska kunna samverka i vården av den enskilde patienten med förbättrad tillgång till information. Landstingsfullmäktige beslutade i februari 2017 att inleda Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM)[37]. Uppdraget är att skapa en vårdinformationsmiljö som kan ligga till grund för den nätverkssjukvård som ska skapas inom FHS. Det innebär bland annat att information om patienter ska kunna följa med patienten genom vården, istället som för idag vara bunden till respektive vårdgivare. FVM ska bygga vidare på erfarenheterna från 3R, dvs. det gemensamma projekt som avbröts efter att Region Skåne och Västra Götalandsregionen valde att inte delta.

I revisionens granskning[38] framkommer att det finns otydligheter avseende beslutsstrukturen i arbetet med FVM. FVM bedrivs i form av ett program med fem projekt. Till projektorganisationen finns en styrgrupp som ska ledas av landstings-/regiondirektören, en rådgivande grupp med representanter för vårdgivarna och förvaltningarna och en programledare som bereder ärenden till styrgruppen. Granskningen visar att det är otydligt vilka beslut som kan tas på tjänstemannanivå och vilka beslut som bör lyftas till politisk nivå. Programmet har, på allt för låg organisatorisk nivå, tvingats fatta beslut och göra avgränsningar, som borde ha tagits på åtminstone styrgruppsnivå.

I granskningen framkommer vidare att det finns ett antal risker avseende FVM:s gränssnitt mot andra pågående digitala satsningar. Det är bland annat fortfarande oklart vilka andra digitala satsningar som FVM behöver samverka med. Vidare är samverkan med andra systemägare inte systematiserad, vilket medför risk för att krav och lösningsförslag inte är tillräckligt tydliga när anbud under 2019 ska lämnas i upphandlingen av FVM. Det finns även en risk att nödvändiga beslut om hur data ska hanteras inte tas i tid, med risk för att kompabiliteten mellan olika system försvåras.

5.5 Revisionens bedömning

Revisionen ser positivt på att hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2018 har gjort en inventering av vilka aktiviteter som pågår för att utveckla nätverkssjukvården och identifierat fortsatta utvecklingsområden. Revisionen uppfattar dock att relativt stora utvecklingsbehov fortfarande finns för att nätverkssjukvården ska kunna realiseras. Det är därför av stor vikt att inte bara identifiera nödvändiga utvecklingsområden, enligt det uppdrag nämnden fick redan 2014, utan säkerställa att förändringar genomförs. Vidare uppfattar revisionen att samordningen och styrningen av det arbete som hittills pågått inom förvaltningen varit svag. Förvaltningens egen analys pekar på att kännedomen varierar och att det finns områden där fler aktiviteter behövs. Revisionen noterar att utveckling av nätverkssjukvården även har varit ett av förvaltningens systempåverkande fokusområden under senare år. Nämnden behöver stärka

[37] Programdirektiv – Framtidens vårdinformationsmiljö SLL (FVM SLL)
[38] Rapport 9/2018 Framtidens vårdinformationsmiljö. Förutsättningar för it- och verksamhetsutveckling

styrningen av hur nätverkssjukvården ska utvecklas och implementeras i enlighet med intentionerna i FHS.

Stora omflyttningar och omstruktureringar av vården har genomförts i omställningen enligt FHS under de senaste åren. Dock har den förändring av hälso- och sjukvårdssystemet som hittills genomförts inte fullt ut följt planeringen i FHS. Detta gäller exempelvis utbyggnaden av slutenvårdskapacitet utanför akutsjukhusen som inte har genomförts enligt plan. Revisionen uppfattar att det råder viss osäkerhet om i vilken utsträckning de hittills genomförda strukturförändringarna svarar upp mot behovet av vård. Utvecklingen av vårdtillfällen avviker (i vissa fall kraftigt) från planerade nivåer, vilket delvis kan bero på att vårdbehovsprognoserna som låg till grund för FHS byggde på andra förutsättningar. Problemen med överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat på akutsjukhusen vilket tyder på att slutenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att klara dagens behov. Revisionen ser positivt på att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inlett arbetet med att utveckla vårdbehovsprognoserna. Revisionen uppfattar även att det råder viss osäkerhet om i vilken utsträckning vården har flyttats ut från akutsjukhusen respektive i vilken utsträckningen vården har polikliniserats. Därför menar revisionen att det finns behov av att göra en samlad analys av vilka konsekvenser de hittills gjorda strukturförändringarna, inklusive förändrade arbetssätt i vården, fått för hälso- och sjukvårdsystemet.

En förutsättning för att patienter ska hitta rätt och vårdgivare hänvisa rätt i den nya strukturen för akut omhändertagande är att det finns tydliga och enhetliga vårdnivåer. Revisionen bedömer att närakuterna i praktiken inte har förutsättningar att utgöra en fullt ut enhetlig vårdnivå, bland annat eftersom tillgången till medicinsk service och observationsplatser varierar. Revisionen bedömer även att avtalen för husläkarmottagningarna inte ger tillräckliga förutsättningar för att husläkarverksamheten ska utgöra en enhetlig och tydlig vårdnivå inom det akuta omhändertagandet. Kraven i husläkaruppdraget avseende det akuta omhändertagandet behöver förtydligas och uppföljningen stärkas. Revisionen uppfattar att det finns otydligheter mellan husläkarjourer och närakuter. Närakuterna ska utgöra en vårdnivå över husläkarverksamheten, men fungerar även som husläkarjourer i de områden där krav på husläkarjour inte finns i husläkaruppdraget. Detta borde innebära att patienter rutinmässigt hänvisas till en för hög vårdnivå.

Revisionen menar att det är av vikt att hälso- och sjukvårdsnämnden efterfrågar konsekvensanalyser inför beslut om införande av nya vårduppdrag, eftersom olika vårduppdrag är beroende av varandra för att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet ska fungera. Detta för att förebygga att t.ex. avtalsmässiga förhållanden, som varit fallet vid införandet av närakutstrukturen, förhindrar (tillgång till röntgen på S:t Göran) eller försvårar (tillräcklig tillgång till medicinsk service och konsultationer) genomförandet av nya vårduppdrag. Ett annat exempel på behov av konsekvensanalyser inför beslut om nya vårduppdrag är ersättningsmodellernas systemeffekter. I exemplet med ny närakutstruktur menar revisionen att husläkaravtalen behöver utvecklas i syfte att stärka husläkarnas incitament för tillgänglighet i det akuta omhändertagandet. Systemeffekter behöver framgå i en dokumenterad analys av hur

ersättningsmodellerna för närakuterna och husläkarverksamheten påverkar varandra, i syfte att förstärka incitamenten för vårdgivarna att ta emot patienter på rätt vårdnivå.

Revisionen konstaterar att utvecklingen av it-system för att stödja förändringarna enligt Framtidsplanen är försenad jämfört med de ursprungliga planerna. Detta är bekymmersamt mot bakgrund av att väl fungerande vårdinformationssystem är centralt bl.a. för etablerandet av nätverkssjukvården. Arbetet med programmet FVM har påbörjats under 2018. Revisionen ser dock att det finns risker i planeringen och det fortsatta genomförandet av FVM där otydligheter i styrningen av projektet i slutänden kan påverka kraven på det it-stöd vårdgivarna behöver för att kunna samverka. Det finns även risk för att kompabiliteten mot andra it-satsningar inte är tillräckligt säkerställd, vilket kan innebära att information om patienter inte kommer att kunna följa med patienten genom vården. Sammantaget finns därmed risk för att FVM inte kommer att genomföras på ett sådant sätt som nätverkssjukvården förutsätter.

6 Kompetensförsörjning och forskning

6.1 Kompetensförsörjning

Det övergripande ansvaret för kompetensförsörjningsfrågorna ligger enligt reglemente på landstingsstyrelsen som ansvarar för att samordna landstingets personalpolitik och ansvara för den långsiktiga kompetensförsörjningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har enligt reglemente[39] inget särskilt utpekat ansvar för kompetensförsörjning.

Inriktningen på landstingets arbete med kompetensförsörjning finns fastlagd i landstingets kompetensförsörjningsstrategi[40] som konkretiserats i en handlingsplan[41]. Aktiviteterna i handlingsplanen ska genomföras av respektive nämnd och styrelse. Det åligger personalutskottet att följa upp att arbetet fortlöper enligt plan. Enligt kompetensförsörjningsstrategin ansvarar hälso- och sjukvårdsnämnden för att inkludera konsekvenser och effekter på kompetensförsörjningen vid planering och uppföljning av hälso- och sjukvården och nämnden ska implementera tillämpliga delar av kompetensförsörjningsstrategin i avtal med vårdgivare. I revisionen granskning under 2018 framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppfattar att det finns utvecklingsbehov avseende hur förvaltningen arbetar med konsekvensanalyser av effekter på kompetensförsörjning vid förändringar i vården. I revisionens granskning av kompetensförsörjning[42] framkommer att landstingsstyrelsen haft i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur konsekvensanalyser avseende kompetensförsörjningen ska

[39] I december 2018 beslutade landstingsfullmäktige om nya reglementen. Enligt detta ska hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställa långsiktig kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården i Stockholms län.
[40] LS 2015–0998 Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting 2016–2021
[41] LS 2016–1483 Handlingsplan utifrån kompetensförsörjningsstrategin, LS 2017-06-20, LS 2016–1483
[42] Rapport 7/2018 Strategisk kompetensförsörjning

kunna göras inför beslut inom hälso- och sjukvården. Några sådana riktlinjer har ännu inte tagits fram.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppfattar att det finns otydligheter i vilket ansvar hälso- och sjukvårdsnämnden har för frågor om kompetensförsörjning. Därför är det, enligt intervjuade, nödvändigt att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och regionledningskontoret (tidigare landstingsstyrelsens förvaltning) förbättrar sin samverkan inom området.

Enligt Framtidsplanen är det av vikt att vårdverksamheterna använder personalresurserna och sammansättningen av kompetenser på ett effektivt sätt. Vårdens personalsammansättning behöver ses över för att bättre utnyttja befintliga kompetenser och tillföra nya kompetenser. En analys av personalresurser och sammansättning av kompetenser i vården behöver ske och utifrån denna behöver nyckeltal tas fram för att stödja vårdgivarna i bemanningsplanering och i förändring av arbetssätt. I Framtidsplanen betonas att landstingsstyrelsen har ett övergripande ansvar för personalplanering. I granskningen framkommer att SLL Personal inte gjort någon samlad uppföljning av om eller hur vårdverksamheterna arbetar med detta.

I kompetensförsörjningsstrategin finns skrivningar som anknyter till Framtidsplanens idéer om behovet av att utveckla nya sammansättningar av kompetenser. Bland annat framgår att arbetsorganisationen ska utvecklas kontinuerligt genom exempelvis uppgiftsväxling, teamarbete och interprofessionellt arbetssätt. I handlingsplanen utifrån kompetensförsörjningsstrategin finns angivet att vårdverksamheterna systematiskt ska genomlysa och strukturera sin verksamhet i syfte att skapa en kompetensmix där rätt kompetens används till rätt uppgift. Uppföljning av hur arbetet fortskrider avrapporteras i samband med årsbokslutet för 2018. I revisionens granskning av kompetensförsörjning framkommer att det pågår diskussioner inom SLL Personal och utbildning om hur aktiviteterna i handlingsplanen ska följas upp. Effekter av vidtagna åtgärder ska följas upp inom ramen för ordinarie uppföljning, men det finns inte explicit uttryckt hur uppföljningen ska ske eller redovisas. SLL Personal uppger att bland annat medel från personalmiljarden och tillgänglighetssatsningen har använts för att stödja genomförandet av uppgiftsväxling. Detta kommer att följas upp i början av 2019.

En del i planeringen av kompetensmixen utgörs av implementeringen av landstingets gemensamma modell för kompetensplanering – KOLL. Landstingsdirektören[43] beslutade under 2017 om landstingsgemensamma kompetensstegar[44] för sjuk- respektive undersköterskor. Under 2018 beslutades om kompetensstegar för ytterligare arbetsgrupper, bland annat arbetsterapeuter, röntgensjuksköterskor och medicinska sekreterare och kompetensstegar för bland annat psykologer, biomedicinska analytiker, dietister och audionomer pågår. Dessa ska vara kopplade till de roller som finns i KOLL. I budget 2018 finns angivet att landstingets verksamheter ska införa KOLL senast 2020. Enligt budgeten behöver arbetet med uppgiftsväxling intensifieras. För

[43] LDR 7177, LDR 7309
[44] Kompetensstegar är strukturer för att utveckla och upprätthålla kompetens samt tydliggöra karriärvägar

hela landstinget uppgår andelen medarbetare som registrerat sin kompetens i KOLL till 35 procent, vilket är en ökning jämfört med föregående år (26 procent) men når inte upp till målet på 65 procent. Revisionen har inte kunnat erhålla uppgifter för vårdverksamheterna. Enligt uppgift från SLL Personal har alla vårdsverksamheter ett pågående arbete med KOLL.

6.2 Förutsättningar för klinisk forskning

I Framtidsplanen tredje steget konstateras att en stor del av forskningen sker vid akutsjukhusen, särskilt Karolinska Universitetssjukhuset. När allt mer vård bedrivs utanför akutsjukhusen påverkar detta förutsättningarna för forskning. Intentionen i Framtidsplanen är att forskning på patienter ska bedrivas i hela sjukvårdssystemet. Karolinska Universitetssjukhuset ska vara ett nav i forskningen, där alla aktörer i vårdkedjan ska medverka i informationsförsörjning och provhantering. Vidare är en av punkterna för en utvecklad nätverkssjukvård att ”skapa förutsättningar för och ställa krav på alla vårdgivare om forskning och utveckling så att det är en integrerad del av organisationen”.

Revisionens granskning[45] av förutsättningarna för klinisk forskning visar att brister i förutsättningarna att bedriva klinisk forskning förekommer inom forskningsprocessen, att vårdens ersättningssystem skapar målkonflikter och att det är oklart hur forskningen ska integreras i nätverkssjukvården. Bland annat framkommer att det finns svårigheter när det gäller tillgång till patientmaterial i hela vårdkedjan. Det är inte ovanligt att forskare har problem med att förmå framförallt privata vårdgivare att bidra med patientdata. Vårdgivare uppfattar ofta att de inte har utrymme för detta arbete med dagens produktionsstyrda ersättningssystem.

En grundförutsättning för alla vårdgivares deltagande är att adekvata krav på och förutsättningar för medverkan i klinisk forskning formuleras i vårdavtalen. Trots att behovet utretts inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen kvarstår bristerna när det gäller kraven, som ser olika ut i olika avtal och i vissa fall saknas helt. I granskningen har inte heller framkommit att något arbete med att förändra styrningen av forskningen via vårdavtalen pågår. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen påpekar i sitt yttrande på revisionens projektrapport att vårdens ersättningssystem och fördelningssystemet för FoU-medel i ökad utsträckning bör vara integrerade och samordnas. Vidare framhåller förvaltningen att forskningsfrågor kommer att uppmärksammas i arbetet med att ta fram nya avtal för akutsjukhusen till 2020. Hur den kliniska forskningen i nätverkssjukvården ska införlivas i övriga vårdavtal kan beslutas först när beslut om struktur och styrning för de s.k. USV-enheterna tagits[46]. Dessa skulle ha beslutats under hösten 2018. Beslut kommer enligt nuvarande planering att tas under våren 2019.

[45] Rapport 1/2018 Förutsättningar för klinisk forskning
[46] USV-enheter (universitetssjukvårdsenheter) är de enheter där enheter där forskning och utbildning ska utföras.

6.3 Revisionens bedömning

Den långsiktiga kompetensförsörjningen är enligt reglementet landstingsstyrelsens ansvar. En nyckelfråga i kompetensförsörjningen för att lyckas med genomförandet av Framtidsplanen är effektiv användning av personalresurser. Revisionen uppfattar att det pågår arbete med kompetensförsörjningsfrågor som har bäring på genomförandet av Framtidsplanen men att arbetet i hög utsträckning är decentraliserat till vårdverksamheterna. Vidare uppfattar revisionen att landstingsstyrelsens/regionstyrelsens styrning av frågan i stort begränsas till uppföljning av fullmäktiges mål inom ramen för den ordinarie uppföljningen. I övrigt är det inte explicit uttryckt hur effekterna av de åtgärder som vidtas av verksamheterna ska följas upp eller redovisas. Revisionen uppfattar att landstings-/regionstyrelsen inte förefaller ha en samlad bild av hur arbetet med att skapa en effektiv kompetensmix fortskrider i vårdverksamheterna.

Revisionen uppfattar att det finns kvarstående utvecklingsbehov avseende hur konsekvensanalyser avseende kompetensförsörjningen ska kunna göras inför beslut inom hälso- och sjukvården. Det gäller både hälso- och sjukvårdsnämndens arbete med att analysera kompetensförsörjningen ur ett systemperspektiv inför beslut och landstingsstyrelsens/regionstyrelsens uppdrag att ta fram riktlinjer.

Revisionen bedömer att det finns kvarstående oklarheter avseende hur klinisk forskning ska bedrivas inom ramen för nätverkssjukvården. Bland annat framkommer att det finns svårigheter för forskare att få tillgång till patientmaterial i hela vårdkedjan. Det finns ett fortsatt behov av att säkerställa att adekvata krav på, och förutsättningar för, vårdgivarnas medverkan i klinisk forskning formuleras i vårdavtalen.

Mot bakgrund av ovanstående ser revisionen en risk för att landstingets/regionens organisering och ansvarsfördelning beträffande kompetensförsörjning och forskning inte ger tillräckliga förutsättningar för att genomföra intentionerna i Framtidsplanen.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

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

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

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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016