Region Stockholm

9

Yttrande över regionrevisorernas rapport 3/2019 Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

HSN 2019-1989

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Avtalsenhet vårdval
Anne Lund Jensen
Alexander Stavreski

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-01-31

HSN 2019-1989

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över regionrevisorernas rapport 3/2019 Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

Ärendebeskrivning
Regionrevisorerna har överlämnat rapport 3/2019 Patientflöden i en förändrad vårdstruktur till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande. Revisorerna har i rapporten granskat hälso- och sjukvårdsnämndens planering, styrning och samordning som ska säkerställa effektiva patientflöden.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Regionrevisorernas rapport 3/2019

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i valfrihets- och tillgänglighetsberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande antas som nämndens yttrande och överlämnas till regionrevisorerna.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Regionrevisorernas granskning visar att vården har utsatts för stora förändringar de senaste åren men att styrningen och samordningen av vården inte sker på ett sådant sätt som ska säkerställa effektiva patientflöden. Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver utvärdera vilka effekter förändringarna har fått för flödet av patienter mellan olika vårdområden och på systemnivå.

Revisorerna riktar två frågeställningar till hälso- och sjukvårdsnämnden:

1. Hur nämnden avser säkerställa att en samlad utvärdering görs av de genomförda förändringarna av vårduppdragen - palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik - har fått avsedd effekt på patientflödena.

2. Hur nämnden avser säkerställa att analyser görs av i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare.

Överväganden

Framtidsplanen har medfört förändringar i vårdstrukturen genom tydligare uppdrag till akutsjukhusen och tydligare patientflöden i vårdkedjan. För detta har flera vårdområden (palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik) pekats ut i behov av förbättrade patientflöden till och från akutsjukhusen.

Regionrevisorernas bedömning är att hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppföljning av förändringarnas effekter per vårdnivå och systemnivå inte varit tillräckliga för att säkerställa framtida planering. Vidare bedömer de att avtalsstyrningen för respektive vårduppdrag inte är i linje med det övergripande uppdraget att styra och samordna hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen anser att regionrevisorerna i sin bedömning saknar tydliga motiveringar. Frågeställningarna är angelägna men den övergripande analysen är begränsad. Den berör en liten del av patientflödet men slutsatserna framstår som generella.

Regionrevisorerna begär svar på två frågeställningar.

Säkerställa att en samlad utvärdering görs av de genomförda förändringarna inom vårduppdragen palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik

Förvaltningens övergripande kommentar är att utvärderingar har initierats och att det pågår ett arbete med att utvärdera de genomförda förändringarna inom ovanstående vårduppdrag, vilket regionrevisorerna inte tagit hänsyn till i arbetet med rapporten.

Genom införandet av avtalsformen vårdval inom de ovan angivna områden har antalet vårdgivare ökat vilket har skapat ett större vårdutbud och bättre tillgänglighet. Införande av vårdval har ökat patienternas valmöjligheter men också ökat mängden nya kontaktpunkter för vårdgivarna.

Vid framtagning av nya vårdavtal eller vid revidering av befintliga avtal görs bedömningar över gränssnittet mellan vårduppdragen. Denna bedömning ska säkra att avtalsskrivningar och avgränsningar synkroniseras med den strategiska inriktningen för hälso- och sjukvården avtalsstyrning. På liknande sätt görs en bedömning av vilka relevanta ekonomiska incitament som ska inkluderas i vårdavtalen. Det görs bland annat noggranna avvägningar gällande valet av ersättningsprincip.

I syfte att jobba strategiskt och systematiskt med dessa frågor har förvaltningen etablerat en förvaltningsövergripande avtalsprocess och beslutsstruktur. En central del i beslutsstrukturen är hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupps (HSLG) beredningsgrupp för vårdavtal och beredningsgruppen för ersättning och uppföljning (BEU). BEU har en viktig roll i att bedöma huruvida föreslagen ersättningsprincip stödjer önskade incitamentsstrukturer.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har genom avtalsstyrningen med löpande och omfattande uppföljningar säkerställt att vårdkedjan fungerar. Exempel på sådana uppföljningar är uppföljningen för en sammanhållen vård, den fördjupade uppföljningen av akutsjukhusens omställningsavtal (HSN 2017-0570) och en pågående utredning gällande gränssnittet mellan sjukvård och avancerad sjukvård i hemmet. Dessa har möjliggjort genomförandet av Framtidsplanen och gett långsiktiga och flexibla planeringsförutsättningar.

Ett starkt incitament för vårdgivarna inom de angivna vårdområdena är hälso- och sjukvårdsförvaltningens tillämpning av rörliga ersättningar vid mottagande av patienter.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har väletablerade arbetsprocesser för utveckling, uppföljning och revidering av avtal i syfte att bland annat förbättra patientflödet mellan vårdgivare. Arbetsprocesserna ska säkra effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet och skapa goda förutsättningar för analyser som underlag till förbättring av patientflödena.

Säkerställa att analyser görs av avtalens effekt på patientflödena mellan vårdgivare

I samband med utveckling och revidering av hälso- och sjukvårdsförvaltningens avtal med vårdgivarna pågår ett omfattande arbete i syfte att belysa effekterna av justeringar i de befintliga incitamentsstrukturerna. Ett exempel är analys av hur ändring i kostnadsansvar för medicinsk service kan skapa undanträngningseffekter. Centralt i avtalsuppföljningen är att granska effekterna av ett givet vårdavtal, till exempel mätning av vårdgivarnas tillgänglighet inom ett vårdvalsområde.

Flöden och kontaktvägar kan se olika ut för olika patientgrupper beroende på deras medicinska behov. Varje avtalsområde berör olika patientbehov vilket också påverkar hur patientflödena kommer att forma sig vid kontakt med vården.

Regionrevisorerna skriver att granskningen i första hand har fokuserat på de akuta patientflödena från akutsjukhusens akutmottagning till vårdavdelning. Dessa patientflöden berör endast en vårdgivare och hur vårdgivaren väljer att organisera sitt arbete. Förvaltningen ställer sig frågande till vilken grund regionsrevisorerna baserar sina rekommendationer kopplade till patientflöden mellan vårdgivare.

Avtalen i en beställar-utförarmodell styr inte hur arbetet hos vårdgivaren ska organiseras. Det är i uppföljningen och i analysen på systemnivå som beställaren får underlag för styrning av patientflöden mellan vårdgivare. Som regel görs sådan styrning i samverkan mellan berörda vårdgivare och vid behov sker en justering av avtalen.

Förvaltningen instämmer i att det finns behov av att fortsätta stärka arbetet med analys av effekter på patientflöden mellan vårdgivare som verkar inom olika avtal och avtalsområden. Vårdkontinuitet och välfungerande vårdövergångar är viktigt för att kunna erbjuda en patientsäker vård av hög kvalitet och till rätt kostnad. I samband med Budget 2020 har förvaltningen fått i uppdrag att se över hur vårdstrukturen kan effektiviseras i enlighet med LEON-principen samt genomföra en vårdvalsutredning om bland annat sammanhållen vårdkedja. Dessa utredningar kommer att ligga till grund för förvaltningens fortsatta analysarbete gällande patientflöden mellan vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens förslag på ny organisering av förvaltningen med fokus på analys och uppföljning på övergripande plan stödjer detta

arbete. Arbetet med förvaltningens nya uppdrag och effektiviseringar i vårdsturkturen kommer att fortskrida.

Förvaltningens bedömning är att rapporten saknar en tydlig avgränsning mellan interna flöden och flöden mellan olika vårdgivare. Önskvärt hade varit om detta hade beaktats i granskningen. I beskrivningen av hälso- och sjukvårdsnämndens systemansvar saknas en definition av gränslandet mellan regionens vårdansvar och kommunernas omsorgsansvar. Analysen har inte tagit hänsyn till lagen om utskrivningsklara (LUS), dock är frågan om gränssnittet och koordineringen av regionens vård och kommunens omsorg central för att säkra patientflöden i en förändrad vårdstruktur på systemnivå och i enlighet med Framtidsplanen.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för ekonomin.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut har oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut medför oförändrade administrativa konsekvenser.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionrevisorerna

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-01-31

REGIONREVISORERNA

RAPPORT NR 3/2019

Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

Region Stockholm

Kort om rapporten

Stora förändringar har genomförts i vården de senaste åren. Generellt finns behov av att stärka styrningen och uppföljningen av patientflödena så att gränssnitten mellan de olika uppdragen fungerar. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver bl.a. utvärdera vilka effekter förändringarna har fått för flödet av patienter mellan olika vårdområden och hur incitamenten i avtalen påverkar patientflödena i sjukvårdssystemet.

Även arbetet på akutsjukhusen med patientflöden behöver stärkas. Södersjukhuset arbetar systematiskt med att vidta åtgärder, men styrelsen behöver säkerställa att erfarenheterna tas till vara. Karolinska har inte säkerställt en tydlig styrning och uppföljning av det akuta patientflödet eller av vidtagna åtgärder och behöver utforma en tydligare styrnings- och uppföljningsstruktur.

Regionrevisorerna

2019-10-24

Diarienummer
RK 2019-0041

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 3/2019
Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-10-24 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2020-01-15.

Revisorernas samlade bedömning är att det finns behov av att stärka styrningen och uppföljningen av patientflödena. Avseende hälso- och sjukvårdsnämnden bedömer revisionen att nämndens styrning och samordning av vården inte sker på ett sådant sätt att effektiva patientflöden säkerställs. Vidare bedömer revisorerna att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin uppföljning av genomförda förändringar, i syfte att tillvarata kunskaper inför framtida planering. Nämnden bör även analysera i vilken utsträckning de incitament som används i de olika vårdavtalen får avsedd effekt.

Revisorerna vill särskilt ha hälso- och sjukvårdsnämndens svar på

- hur nämnden avser säkerställa att en samlad utvärdering görs av om de genomförda förändringarna av vårduppdragen - palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik - har fått avsedd effekt på patientflödena,
- hur nämnden avser säkerställa att analyser görs av i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
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 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna

2019-10-24

Diarienummer
RK 2019-0041

Karolinska universitetssjukhuset

Projektrapport 3/2019
Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-10-24 att överlämna rapporten till nämnden för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2020-01-15.

Revisorernas samlade bedömning är att det finns behov av att stärka styrningen och uppföljningen av patientflödena. Avseende Karolinska universitetssjukhuset bedömer revisionen att sjukhuset inte har säkerställt att flödet mellan akuten och vårdavdelningarna, fungerar som en sammanhållen vårdprocess och att en tydlig styrning och uppföljning av det akuta patientflödet behöver säkerställas.

Vidare bedömer revisorerna att nämnden för Karolinska universitetssjukhuset behöver skapa en helhetsbild över vilka åtgärder som vidtas och vilka effekter dessa får genom att bl.a. efterfråga vilka åtgärder som vidtas och regelbundet följa upp dess effekter.

Revisorerna vill särskilt ha nämndens svar på

- hur nämnden avser säkerställa att en tydlig styrnings- och uppföljningsstruktur av sjukhusets patientflöden införs,
- hur nämnden avser efterfråga vilka åtgärder som vidtas för att förbättra sjukhusets patientflöden och regelbundet följa upp åtgärderna och dess effekter.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
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 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Regionrevisorerna

2019-10-24

Diarienummer
RK 2019-0041

Styrelsen
Södersjukhuset AB

Projektrapport 3/2019
Patientflöden i en förändrad vårdstruktur

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2019-10-24 att överlämna rapporten till styrelsen för Södersjukhuset AB för yttrande senast 2020-01-15.

Revisorernas samlade bedömning är att det finns behov av att stärka styrningen och uppföljningen av patientflödena genom att säkerställa att erfarenheterna från åtgärdsprogrammen tas till vara så att effektiva åtgärder kan vidtas.

Revisorerna vill särskilt ha Södersjukhusets styrelses svar på

- hur styrelsen avser säkerställa att erfarenheter från åtgärds-programmen tas till vara så att effektiva åtgärder kan vidtas för att förbättra I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
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 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

2 Utgångspunkter för granskningen 4
2.1 Revisionsfråga 5
2.2 Avgränsning 5
2.3 Bedömningsgrunder 6
2.4 Metod 6

3 Hälso- och sjukvårdsnämndens systemansvar 7
3.1 Utveckling av vårduppdrag enligt Framtidsplanen 7
3.2 Övergripande styrning och uppföljning av patientflöden 10
3.3 Bedömning 15

4 Södersjukhuset och Karolinska 16
4.1 Sjukhusens styrning och uppföljning av patientflöden 16
4.2 Åtgärder för effektivare patientflöden 22
4.3 Bedömning 26

1 Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har granskat om planering, styrning och samordning sker så att effektiva patientflöden säkerställs. Hälso- och sjukvårdsnämndens övergripande styrning och uppföljning har granskats. I granskningen har även Södersjukhusets och Karolinska universitetssjukhusets styrning och uppföljning samt vidtagande av åtgärder granskats. Revisionens samlade bedömning är att det finns behov av att stärka styrningen och uppföljningen av patientflödena.

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Förändringen av vårdstrukturen enligt Framtidsplanen har inneburit att akutsjukhusens uppdrag har blivit smalare och intentionerna är att patienterna ska flyttas vidare i vårdkedjan snabbare. Det ställer i sin tur krav på att hälso- och sjukvårdsnämnden genom sin avtalsstyrning säkerställer en fungerande vårdkedja – både genom att vårduppdragen matchar och att gränssnitten mellan de olika uppdragen fungerar.

I Framtidsplanen pekas ett antal vårdområden ut – palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik – som centrala för att få patientflödena till och från akutsjukhusen att fungera bra. För dessa vårdområden har vårdval införts, vilka har reviderats eller justerats i omgångar, bl.a. i syfte att förbättra flödet från akutsjukhusen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har dock inte genomfört någon utvärdering av vilka effekter förändringarna har fått, vare sig per vårdområde eller på systemnivå. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin uppföljning av genomförda förändringar, i syfte att tillvarata kunskaper inför framtida planering. Nämnden bör dels utvärdera vilka effekter förändringarna av vårduppdragen för palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik har fått, dels göra en samlad utvärdering av om de genomförda förändringarna av vårduppdragen har fått avsedd effekt på patientflödena.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglemente för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt. När det gäller akutsjukhusens patientflöden är dessa i hög utsträckning systemberoende, dvs. de påverkas av i vilken utsträckning övriga vårdgivare i hälso- och sjukvårdssystemet kan ta emot patienter. Det finns ekonomiska incitament för att få fungerande patientflöden i omställningsavtalen med akutsjukhusen, men flera indikatorer har inte kunnat följas upp. Det finns även incitament i geriatrikavtalen som syftar till att förbättra flödena från akutsjukhusens akutmottagningar till geriatriken, men vårdgivarna upplever att dessa inte fullt ut ger avsedd effekt. Revisionen bedömer därför att nämndens avtalsstyrning för respektive vårduppdrag inte är i helt i linje med nämndens övergripande uppdrag att styra och samordna hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt. Revisionen noterar att det finns en ambition att vidareutveckla incitamenten i ersättningsmodellen i nämndens förslag till nya avtal för akutsjukhusen. Som ett led i att ta fram nya avtal har förvaltningen gjort en fördjupad uppföljning av de nuvarande avtalen. I denna finns ingen utvecklad analys av om nuvarande incitament har fått avsedd effekt eller hur incitamenten i olika avtal påverkar varandra. Nämnden bör analysera i

vilken utsträckning de incitament som används i de olika vårdavtalen får avsedd effekt.

Framtidsplanen har lett till ökad komplexitet i patientflödena, bl.a. genom att antalet vårdgivare med delvis olika uppdrag har ökat genom införandet av vårdval. Detta försvårar för vårdgivarna att remittera patienten vidare till rätt mottagare. Svårigheter att hitta rätt mottagare för patienten i kombination med vårdplatsbrist hos mottagaren leder till att patienter blir inlagda vid akutsjukhus, trots att de inte kräver akutsjukhusets resurser. Problematiken leder också till att utskrivningsklara patienter blir kvar på sjukhus. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och samordning av vården inte sker på ett sådant sätt att effektiva patientflöden säkerställs.

Södersjukhuset

Södersjukhuset är enligt omställningsavtalet ansvarigt för att utforma samverkan mellan olika enheter inom akutsjukhuset så att det för patient och närstående framstår som en sammanhållen vårdprocess. Revisionen bedömer att problemen med patientflödena, i synnerhet flödet mellan akuten och vårdavdelningarna, till stor del kvarstår trots åtgärder. Revisionen uppfattar att det bl.a. finns möjlighet att utveckla arbetssätten avseende hur omfattande akutmottagningens utredning och diagnostik ska vara innan patienten skrivs in vid vårdavdelning.

Revisionen bedömer att styrelsen och ledningen för Södersjukhuset har skapt en tydlig struktur för uppföljning av patientflöden med relevanta mål och mätetal. Vidare bedömer revisionen att ledningen för sjukhuset har skapat en tydlig organisatorisk struktur för hantering av frågor som rör det akuta patientflödet och att sjukhuset arbetar systematiskt med att vidta åtgärder, bl.a. genom åtgärdsprogram för att förbättra patientflödena. Styrelsen behöver dock säkerställa att erfarenheterna från åtgärdsprogrammen tas till vara så att effektiva åtgärder kan vidtas för att förbättra patientflödena.

Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska universitetssjukhuset är enligt omställningsavtalen ansvarigt för att utforma samverkan mellan olika enheter inom akutsjukhuset så att det för patient och närstående framstår som en sammanhållen vårdprocess. Revisionen bedömer att sjukhuset inte har säkerställt att patientflödena, i synnerhet flödet mellan akuten och vårdavdelningarna, fungerar som en sammanhållen vårdprocess.

Revisionen bedömer att nämnden för Karolinska inte har säkerställt en tydlig styrning och uppföljning av det akuta patientflödet, bl.a. utifrån fullmäktiges mål om vård i rätt tid respektive effektiv vård. Vidare behöver ledningen utforma en tydligare styrnings- och uppföljningsstruktur för uppföljning av patientflödena, där sjukhuset bl.a. behöver klargöra hur det akuta patientflödet ska följas upp för samtliga teman som bedriver slutenvård. Karolinska genomför för närvarande en större förändring av sin verksamhetsuppföljning. Revisionen vill framhålla att det krävs en tydlig struktur för vilka mål och mätetal som ska följas upp och vid vilken organisatorisk nivå målen och mätetalen ska följas upp, hur resultatet ska återkopplas och hur

åtgärder för att uppnå målen ska beslutas, vidtas och utvärderas. Revisionen bedömer att detta saknas. Nämnden bör därför säkerställa att en tydlig styrnings- och uppföljningsstruktur av sjukhusets patientflöden införs.

Revisionen bedömer att nämnden för Karolinska universitetssjukhuset saknar en helhetsbild över vilka åtgärder som vidtas och vilka effekter dessa får. Karolinska universitetssjukhuset har på olika håll i verksamheten genomfört åtgärder för att förbättra patientflödena. Revisionen uppfattar att ansvaret för att identifiera och vidta åtgärder i hög utsträckning är decentraliserat och att den centrala uppföljningen är svag. Nämnden bör efterfråga vilka åtgärder som vidtas och regelbundet följa upp åtgärderna och dess effekter. Inte minst för att kunna säkerställa att erfarenheter av genomförda projekt tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder. Vidare uppfattar revisionen att det finns möjlighet att utveckla arbetssätten avseende hur omfattande akutmottagningens utredning och diagnostik ska vara innan patienten skrivs in vid vårdavdelning.

Rekommendationer

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör göra en samlad utvärdering av om de genomförda förändringarna av vårduppdragen - palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad rehabilitering och geriatrik - har fått avsedd effekt på patientflödena.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt på patientflödena mellan vårdgivare.
- Södersjukhusets styrelse bör säkerställa att erfarenheter från åtgärdsprogrammen tas till vara så att effektiva åtgärder kan vidtas för att förbättra patientflödena.
- Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att en tydlig styrnings- och uppföljningsstruktur av sjukhusets patientflöden införs.
- Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör efterfråga vilka åtgärder som vidtas för att förbättra sjukhusets patientflöden och regelbundet följa upp åtgärderna och dess effekter.

2 Utgångspunkter för granskningen

Stora omflyttningar och omstruktureringar av vården har enligt Framtidsplanen genomförts de senaste åren. Revisionen har i tidigare granskning konstaterat att slutenvården utanför akutsjukhusen inte har byggts ut enligt planen. Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat på akutsjukhusen under senare år. För att nå effektivitet i vården är fungerande patientflöden med korta ledtider såväl inom den egna organisationen som mellan vårdgivare avgörande.

Andelen inläggningar från akuterna på akutsjukhusen och vistelsetiden på länets akutmottagningar har ökat. År 2010 fick totalt 73 procent av patienterna vård inom fyra timmar, medan motsvarande andel år 2017 var 57 procent. År 2018 varierade akutsjukhusens utfall mellan 39 och 68 procent, att jämföra med målet på 77 procent. Statistik från Socialstyrelsen visar att den genomsnittliga vistelsetiden på akutsjukhusens akutmottagningar i Stockholms län[1] har ökat under perioden 2016–2018. Störst ökning har skett på Södersjukhuset och på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. På dessa sjukhus har även tiden fram till första läkarbedömning ökat.

I förstudien framkom att en starkt bidragande orsak till svårigheten att uppnå målet om fyra timmars väntetid på akuten är att patientflödet från akuten till vårdavdelningarna inte fungerar optimalt, till stor del beroende på brist på personal och bemannade vårdplatser. Det råder stor brist på sjuksköterskor i regionen och det är framför allt den tunga slutenvården som är svår att bemanna. Senare års omstrukturering av vården har bl.a. inneburit att den lättare vården har flyttats ut från akutsjukhusen genom vårdval och närakuter. Andelen tung vård har därmed ökat på akutsjukhusen, i enlighet med intentionerna i Framtidsplanen.

En nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen visar att det är viktigt med ett systemperspektiv för att åstadkomma minskade väntetider och ökad tillgänglighet. Socialstyrelsens rapport pekar på att om ledningen förmår skapa ett gemensamt förhållningssätt till väntetider i hela organisationen är det en framgångsfaktor.[2] De senaste årens utveckling i Region Stockholm innebär att behovet av att använda resurserna effektivt och styra mot effektiva patientflöden har ökat. Det ställer krav på uppföljningssystem som möjliggör att väntetider, ledtider och andra relevanta mått på patientflödenas funktionalitet kan följas kontinuerligt. Information behövs för att kunna identifiera flödesproblem och vidta åtgärder. Risk finns att akutsjukhusen inte vidtar tillräckliga åtgärder för att förbättra sina patientflöden och därmed inte producerar vård i enlighet med sina uppdrag inom fastlagda väntetider.

Akutsjukhusens patientflöden är i hög utsträckning systemberoende, dvs. de påverkas av i vilken utsträckning övriga vårdgivare i hälso- och sjukvårdssystemet kan ta emot patienter. Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglemente för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt och för att planera och följa upp vården. Förändringen av vårdstrukturen enligt Framtidsplanen

[1] I Socialstyrelsens underlag saknas data för S.t Görans sjukhus.
[2] Socialstyrelsen *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019*

har inneburit att akutsjukhusens uppdrag har blivit smalare och intentionerna är att patienterna ska flyttas vidare i vårdkedjan snabbare. Det ställer i sin tur krav på att hälso- och sjukvårdsnämnden genom sin avtalsstyrning säkerställer en fungerande vårdkedja – både genom att vårduppdragen matchar och att gränssnitten mellan de olika uppdragen fungerar. I förstudien framkom att det finns problem med utflödet från akutsjukhusens slutenvård, i synnerhet för patienter som ska vidare till andra vård- eller omsorgsformer. Risk finns att produktionen av hälso- och sjukvård inte styrs och samordnas på ett effektivt sätt på systemnivå.

Syftet med granskningen är att granska om akutsjukhusen arbetar systematiskt med att styra sina patientflöden, dvs. har tydliga former för att följa upp, analysera och vidta åtgärder. Även hälso- och sjukvårdsnämnden ansvar för att akutsjukhusen har tillräckliga förutsättningar att hantera sina patientflöden kommer att granskas.

2.1 Revisionsfråga

Sker planering, styrning och samordning så att effektiva patientflöden säkerställs?

Den övergripande revisionsfrågan besvaras genom att följande delfrågor granskas:

- Hur säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden att hälso- och sjukvården styrs och samordnas mot effektiva patientflöden?
- Hur säkerställer akutsjukhusen att tillräckliga åtgärder vidtas för att effektivisera sina patientflöden?

2.2 Avgränsning

Granskningen har omfattat hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar ur ett övergripande perspektiv. Även akutsjukhusens ansvar för hantering av patientflöden inom den egna organisationen på kort och medellång sikt, givet få bemannade vårdplatser, har ingått. Granskningen har genomförts på Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset. med anledning av att båda sjukhusen har problem med långa väntetider på akutmottagningarna. Väntetiderna på Södersjukhuset och på Karolinska Huddinge har ökat mer än på övriga akutsjukhus under perioden 2016–2018. På Karolinska universitetssjukhuset har följande funktioner och teman ingått i granskningen: Funktion Akut och Funktionsområde Akut Huddinge, Tema Infektion och Inflammation och Tema Trauma och Reparativ medicin. På Södersjukhuset har Verksamhetsområdena Akut och Internmedicin ingått.

Granskningen har i första hand fokuserat på de akuta patientflödena från akuten till vårdavdelning. Utskrivning från vårdavdelning till annan vårdgivare har berörts. Under året kommer en förstudie om implementeringen av lagen om utskrivning (LUS) att påbörjas och detta har inte specifikt ingått denna granskning. Kompetensförsörjningen i vården granskas inom ramen för ett separat projekt och har inte heller ingått i denna granskning.

2.3 Bedömningsgrunder

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att […] tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, […] och vara lätt tillgänglig.

Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap 1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.

Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden (LS 2018–0731) 2 § Nämnden ska ansvara för att […] produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt, utveckla och främja valfrihet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården, planera och följa upp hälso- och sjukvården.

Reglemente för Karolinska Universitetssjukhuset (LS 2018–0731) 2 § p.5 Nämnden ska samverka med andra vårdgivare och huvudmän för att säkerställa att patientens väg genom vården blir säker och enkel samt att omhändertagandet sker på mest effektiva vårdnivå.

Specifika ägardirektiv (LS 2017–1455) Södersjukhuset AB ska samverka med andra vårdgivare och andra huvudmän för att säkerställa att patientens väg genom vården blir säker och enkel samt att omhändertagandet sker på mest effektiva vårdnivå.

Omställningsavtal 2016–2019 för Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset Vårdgivaren ska utforma samverkan mellan olika enheter inom akutsjukhuset så att det för patient och närstående framstår som en sammanhållen vårdprocess. Vårdgivaren ska utföra vårduppdraget på sådant sätt att kravet på var tid gällande tillgänglighet enligt vårdgarantin samt fastställda regionala eller nationella ledtider uppfylls.

2.4 Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Intervjuer har genomförts med tjänstemän vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset.

Granskningen har genomförts på Karolinska universitetssjukhuset och Södersjukhuset. med anledning av att båda sjukhusen har problem med långa väntetider på akutmottagningarna. Väntetiderna på Södersjukhuset och på Karolinska Huddinge har ökat mer än på övriga akutsjukhus under perioden 2016–2018. På Karolinska universitetssjukhuset har därför Funktion Akut med fokus på Funktionsområde Akut Huddinge ingått i granskningen. Tema Infektion och Inflammation har även ingått i granskningen, mot bakgrund av att temats patienter har relativt långa vistelsetider på akutmottagningarna. Även Tema Trauma och Reparativ medicin har ingått. På Södersjukhuset har Verksamhetsområde Akut ingått samt verksamhetsområde Internmedicinmot bakgrund av att verksamhetsområdets patienter har relativt långa vistelsetider på akutmottagningen.

Granskningen har genomförts av Anna Ullsten (projektledare) och Charlotta Edholm (projektmedarbetare) vid revisionskontoret.

3 Hälso- och sjukvårdsnämndens systemansvar

3.1 Utveckling av vårduppdrag enligt Framtidsplanen

I Region Stockholm har en genomgripande omställning av det akuta omhändertagandet genomförts under de senaste åren. Detta som en del i arbetet med Framtidsplanen som fullmäktige första gången tog ställning till 2012[3]. Omställningen innebär bl.a. förändringar av på vilken vårdnivå patienter ska tas emot. Ambitionen är enligt planen att minska flödena av patienter som inte är i behov av akutsjukhusens resurser till akutsjukhusens akutmottagningar och istället utveckla rådgivning och akutvård inom öppenvården. Därför har bl.a. vårdformen närakut införts. Ett hänvisningsstöd för vårdgivare har tagits fram där det framgår vilka vårdgivare som kan hantera olika akuta tillstånd. I revisionens tidigare granskning[4] av omstyrningen framkommer att denna i huvudsak har fungerat väl.

Den omställning som gjorts av det akuta omhändertagandet har i första hand syftat till att utveckla det akuta mottagandet för patienter som inte är i behov av akutsjukhusens resurser. Dessa patienter är i hög utsträckning inte i behov av slutenvård. Det innebär att flödet mellan akutmottagningarna och sjukhusens vårdavdelningar inte har påverkats i någon större utsträckning av omställningen av det akuta omhändertagandet.

I Framtidsplanen framgår att alternativa vårdformer för den specialiserade vården behöver utvecklas för att få till bra flöden till och från akutsjukhusen. Särskilt framhålls att uppdragen för specialiserad palliativ vård och avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) behöver breddas, att ett nytt vårduppdrag för stödjande vård behöver utvecklas samt att den specialiserade rehabiliteringen och geriatriken behöver byggas ut.

3.1.1 Utveckling av en ny vårdform – stödjande vård

Av Framtidsplanen framgår att syftet med stödjande vård, dvs. vård utanför akutsjukhusen, bl.a. är att underlätta utskrivning från akutsjukhusen. Målgruppen är patienter som har behov av fortsatt slutenvård men som inte behöver akutsjukhusets resurser men som på grund av kvarstående vårdbehov inte kan skrivas ut till hemmet. Målet är att förbättra patienternas medicinska tillstånd samtidigt som vårdtiderna på akutsjukhusen kan förkortas och återinläggningar minska.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fick i samband med budget 2012 i uppdrag att besluta om utveckling av vårdavtal för stödjande vård. Nämnden genomförde under 2014 en kartläggning för att identifiera patienter, placering av verksamheten och vårduppdragets innehåll. Kartläggningen visade att det fanns patienter som vårdades på

[3] Framtidsplanen – första steget i genomförandet: LS 1109-1229, andra steget i genomförandet: LS 1304-0527, tredje steget i genomförandet: LS 1409-1068
[4] Rapport 10/2018 Patientstyrning – för en tillgänglig vård på rätt vårdnivå

akutsjukhus trots att dessa inte behövde akutsjukhusens resurser, men att det saknades alternativ. Genom att skapa en ny vårdform skulle denna patientgrupp få ett bättre omhändertagande samtidigt som resurser på akutsjukhusen kunde frigöras för andra patienter.

I granskningen framkommer att vårdformen stödjande vård inte har utvecklats och att det i dagsläget inte pågår något arbete med att utveckla denna.

3.1.2 Bredare uppdrag för palliativ vård och ASiH

Enligt Framtidsplanen skulle uppdragen för den specialiserade palliativa slutenvården och ASiH göras mer omfattande i syfte att kunna omhänderta fler patienter efter vård på akutsjukhus. Införandet av vårdval för specialiserad palliativ vård förväntades enligt skrivningarna i Framtidsplanen leda till ökad tillgänglighet och utökat antal vårdplatser. Avseende ASiH framgår även av Framtidsplanen att särskilda vårdplatser utanför akutsjukhusen skulle användas i de fall patientens tillstånd krävde mer resurser än vad som kan ges i hemmet. Dessa vårdplatser skulle samordnas med platser för stödjande vård.

Beslut om vårdval för specialiserad palliativ slutenvård togs i hälso- och sjukvårdsnämnden 2012. Av tjänsteutlåtandet[5] framgår att målgruppen är densamma som i tidigare uppdrag för specialiserad palliativ slutenvård. I gengäld ställdes tydligare krav på samverkan i förfrågningsunderlaget, vilket förväntades leda till ett tidigare omhändertagande av palliativa patienter. Vårdvalet reviderades 2015 genom att vårddygnsersättningen höjdes. Av tjänsteutlåtandet framgår att de övergripande effektmålen för specialiserad palliativ slutenvård är att ”minska inflödet till akutsjukhusen genom ett optimerat omhändertagande av patienter med behov av specialiserad palliativ vård i sluten vårdform”, samt ”att öka utflödet från akutsjukhusen genom att ha strukturerat samarbete med sjukhusen för tidigare utskrivning från vårdavdelning för specialiserad palliativ vård”[6]. Vidare framgår att justeringen förväntades stimulera till utveckling av specialiserad palliativ slutenvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte genomfört någon utvärdering av om vårdvalet har fått avsedd effekt på patientflödena.

År 2012 fattade hälso- och sjukvårdsnämnden beslut om att införa vårdval för ASiH[7]. Införandet av vårdvalet innebar att målgruppen breddades för att stimulera omhändertagande av andra patientgrupper än patienter i behov av specialiserad palliativ vård som tidigare varit primärt fokus för ASiH. Av tjänsteutlåtandet framgår att införandet av vårdval förväntades öka utflödet från akutsjukhusen genom att krav ställdes på strukturerat samarbete med sjukhusen för tidigare utskrivning från vårdavdelning av patienter med komplexa symtom eller behov.

År 2015 gjorde hälso- och sjukvårdsförvaltningen en utvärdering av effekterna av vårdval ASiH. I utvärderingen framkommer att vårdvalet har bidragit till att minska inflödet till akutsjukhusen, däremot har inte vårdvalet bidragit till att öka utflödet.

[5] HSN 1109–1190
[6] HSN 1508–0997
[7] HSN 1109–1190

En bidragande orsak till att målet om snabbare utskrivning från slutenvården inte nåddes uppgavs vara att det var flera dagars kö till inskrivning i ASiH.[8] Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att revidera förfrågningsunderlaget för ASiH 2015[9] eftersom kostnaderna för ASiH ökat kraftigt sedan starten av vårdvalet och kostnadskontroll behövde uppnås. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att revidera förfrågningsunderlaget ytterligare 2016.[10] Syftet var bl.a. att förbättra tillgängligheten till ASiH och därmed förbättra utflödet från akutsjukhusen, genom att bl.a. införa en begränsning i medelinskrivningstid och ett verktyg för remittering till ASiH. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte genomfört någon utvärdering av om revideringarna av ASiH har fått avsedd effekt.

I granskningen framkommer att förvaltningen nyligen har påbörjat ett arbete med att se över gränssnittet mellan ASiH och akutsjukhusen. Bakgrunden är att förvaltningen uppfattar att det finns tecken på att samverkan mellan ASIH och akutsjukhusen inte fungerar optimalt. Det är oklart vad som orsakar svårigheterna.

3.1.3 Utbyggnad av rehab och geriatrik

I Framtidsplanen framgår att slutenvårdsrehabilitering efter vård på akutsjukhus ska utökas samt att den geriatriska vården successivt ska byggas ut och ta emot fler patienter som annars skulle ha vårdats på akutsjukhus.

Under våren 2015 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att införa två nya vårdval, vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering respektive vårdval specialiserad kirurgisk rehabilitering, båda efter vård på akutsjukhus. För båda vårdvalen gäller att verksamheten ska organiseras med tvärprofessionella team för att ta emot utskrivningsklara patienter, från akutsjukhus, med behov av specialiserad rehabilitering. Vårdvalen infördes utan s.k. takkonstruktioner, vilket antogs leda till en viss ökning av vårdtillfällen. En ökning har också skett. Mellan 2015 och 2018 ökade vårdtillfällena inom specialiserad neurologisk rehabilitering med drygt 20 procent och vårdtillfällena inom specialiserad kirurgisk rehabilitering med drygt 40 procent. Det har inte gjorts någon utvärdering av i vilken utsträckning detta har påverkar patientflödena till eller från akutsjukhusen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen undersökte under 2017 möjligheten att utvidga vårdvalet eftersom det finns fler patientgrupper än de som redan ingår i målgrupperna som skulle ha nytta av specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus. Någon utvidgning skedde dock inte p.g.a. att det inte fanns budgetmedel för detta. Arbetet har nu återupptagits och en revidering planeras att genomföras under hösten 2019.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fick i samband med beslut om budget 2012 i uppdrag att inleda utbyggnaden av den geriatriska vården. I revisionens tidigare granskning av den geriatriska vården[11] framkommer att utbyggnaden vid de mindre sjukhusen som planerades i Framtidsplanen inte blivit av, men att det pågår förändringar av den geriatriska vården. Under 2018 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att

[8] HSN 1109–1190
[9] HSN 1508–0996
[10] HSN 2016–4149
[11] Rapport 1/2019 Geriatrisk vård – samverkan och sammanhållna vårdkedjor

införa vårdval geriatrik. I tjänsteutlåtandet till beslutet framkommer att intentionen på lång sikt är att skapa sammanhållen vård för äldre, där geriatrisk vård ska integreras med andra vårdformer som primärvård, öppenvård och hemsjukvård. Införandet av vårdval geriatrik är ett steg i denna utveckling. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i augusti 2019[12] att den geriatrisk vården vid Danderydsgeriatriken ska övergå från Stockholms läns sjukvårdsområde till Danderyds sjukhus. Nämnden konstaterar att ”ett akutsjukhus med en egen geriatrisk klinik har ökade möjligheter att utveckla omhändertagandet av de geriatriska patienterna” och att övergången kan bidra till att skapa ett bättre flöde mellan akutsjukvård och geriatrik.

Styrningen av den geriatriska vården sker genom ett flertal olika avtalsformer – upphandling enligt LOU, drift i egen regi, vårdval enligt LOV samt genom avtalen för Karolinska sjukhuset och Södertälje sjukhus och från 2020 även Danderyds sjukhus. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i juni 2018 att godkänna Geriatrikplan för Stockholms län 2018 – 2026. Planen är ett samlat underlag kring vilka behov av geriatrisk vård som antas uppstå i framtiden. Det görs ingen samlad analys i planen av om befintliga avtalsformer sammantaget ger önskade effekter alternativt leder till sämre möjligheter att säkerställa en god och sammanhållen vård för geriatriska patienter.

3.2 Övergripande styrning och uppföljning av patientflöden

3.2.1 Avtalsstyrning av akutsjukhusen

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ett beställaransvar som innebär att nämnden genom avtal med vårdgivare styr och samordnar produktionen av vård, men nämnden har inget direkt operativt ansvar för vårdgivarnas verksamhet. I avtalen med vårdgivarna framgår uppdragsbeskrivningar, ersättning och produktionsnivåer. Regionens akutsjukhus[13] styrs under perioden 2016–2019 genom de s.k. omställningsavtalen, som ska ersättas av nya avtal från 2020. Enligt omställningsavtalen ska respektive akutsjukhus som vårdgivare utforma samverkan mellan olika enheter inom akutsjukhuset så att det för patient och närstående framstår som en sammanhållen vårdprocess, samt utföra vårduppdraget på sådant sätt att kravet på tillgänglighet enligt vårdgarantin och fastställda regionala eller nationella ledtider uppfylls. Enligt omställningsavtalen ansvarar sjukhusen även för att utveckla samverkan i nätverk med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för vårduppdragets utförande.

Ersättningen i omställningsavtalen har till största delen bestått av en fast ersättning. Syftet med detta har varit att ge akutsjukhusen möjlighet att exempelvis utveckla nya arbetssätt och samtidigt klara omställningen som genomförandet av Framtidsplanen innebär. I omställningsavtalen finns dock viss rörlig, målrelaterad ersättning, som bl.a. ska ge incitament för god tillgänglighet och fungerande patientflöden. Den

[12] HSN 2019-0535
[13] S.t Görans sjukhus styrs inte via omställningsavtal.

målrelaterade ersättningen utgör tre procent av den totala ersättningen och består bl.a. av kvalitetsersättning (1,5 procent) och ersättning för tillgänglighet (0,5 procent).[14]

Den målrelaterade ersättningen för kvalitet innehåller ett antal indikatorer med bäring på patientflöden. Här återfinns exempelvis vistelsetid på akuten under fyra timmar, medianväntetid för första läkarbedömning, väntetid över 8 timmar för personer över 80 år. Bland kvalitetsindikatorerna finns även mått för specifika patientflöden, exempelvis mediantid till trombolys[15]. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp kvalitetsindikatorerna en gång per år.

Den målrelaterade ersättningen för tillgänglighet beräknas utifrån indikatorerna uppfyllelse av vårdgarantin, överbeläggning och utlokalisering av slutenvårdspatienter samt ledtider för ett urval av cancerdiagnoser i enlighet med framtagna standardiserade vårdförlopp. Överbeläggning och utlokalisering är en s.k. indikator under utveckling. Det innebär att sjukhusen förbundit sig att införa indikatorn, men att indikatorn ännu inte är exakt definierad och jämförbarheten mellan sjukhusen är därför inte säkerställd. Eftersom resultaten inte är helt jämförbara har ingen minimi- eller målnivå införts. Ett utvecklingsarbete lett av Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland pågår avseende ledtider för standardiserade vårdförlopp. Enligt plan kommer sjukhusen att kunna redovisa dessa indikatorer från och med 2020. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp kvalitetsindikatorerna en gång per år.

Under 2018 gjorde hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett avsteg från ersättningsmodellen och betalade ut full ersättning till sjukhusen oavsett om dessa uppnått kraven på tillgänglighet eller inte. Detta p.g.a. att de stora omställningarna i sjukvården under 2018 inte bedömdes ge sjukhusen förutsättningar att uppnå målen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inte genomfört någon analys av i vilken utsträckning incitamenten i form av den målrelaterade ersättningen avseende kvalitet och tillgänglighet har gett önskad effekt.

Inom ramen för arbetet med att ta fram nya avtal för akutsjukhusen genomförde hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2018 en fördjupad uppföljning av akutsjukhusens omställningsavtal[16]. I denna beskrivs ersättningsmodellen men någon utvecklad analys av ersättningsmodellens effekter på patientflöden mellan vårdgivare eller inom akutsjukhusen finns inte. Vidare framkommer i den fördjupade uppföljningen att sjukhusen erhållit en hög andel av den målrelaterade ersättningen. En bidragande orsak till detta är att flera indikatorer inte har fastställda målnivåer. Sjukhusen har därmed fått ersättning för att de infört indikatorn, oavsett resultat.

3.2.2 Nya sjukhusavtal från 2020

Hälso- och sjukvårdsnämnden gav 2017 hälso- och sjukvårdsförvaltningen i uppdrag att återkomma med förslag på avtalsmodell för avtal med de regionägda akutsjukhusen från och med 2020.[17] Av ärendet framgår att inriktningen för sjukhusavtalen bl.a.

[14] Utöver detta finns produktionsersättning (0,5 procent) och miljöersättning (0,5 procent).
[15] Trombolys är en metod för att lösa upp en blodpropp, exempelvis vid stroke.
[16] HSN 2017-0570
[17] HSN 2017–0570

ska vara att stödja genomförandet av strukturförändringarna i hälso- och sjukvården enligt Framtidsplanen, att styra mot hög kvalitet, förbättrad tillgänglighet och kostnadseffektivitet samt att stödja samverkan med andra vårdgivare i en nätverkssjukvård.

I granskningen framkommer att förvaltningen har identifierat vissa strategiskt viktiga områden i arbetet med de nya avtalen, bl.a. att säkerställa att patientens vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja. Med anledning av detta har hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsatt en förvaltningsgemensam arbetsgrupp som har arbetat med att analysera sammanhållen vård. Syftet har bl.a. varit att utveckla bättre förutsättningar för sammanhållna vårdkedjor i de nya sjukhusavtalen. Arbetsgruppen har bl.a. gått igenom olika vårdavtal inom både somatisk specialistvård och närsjukvård i syfte att analysera skrivningar om samverkan och hur dessa kan utvecklas. Analysen visar bl.a. att ansvaret i vårdövergångar saknas i de flesta avtal och att det är svårt för vårdgivare att hitta varandra och remittera rätt. Arbetsgruppen har även arbetat med att kartlägga hur samverkan följs upp. Analysen visar att det finns behov av att utveckla uppföljningsmått för samverkan och förbättra uppföljning och registrering.

Nämnden beslutade i oktober 2019 att godkänna avtalsmodell för avtal med Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds Sjukhus och Södertälje Sjukhus samt S:t Eriks Ögonsjukhus för perioden 2020–2023.[18] Den föreslagna ersättningsmodellen ska ge ökade incitament för tillgänglighet och produktivitet. Ersättningsmodellen består av fyra delar:

- *utvecklingsrelaterad ersättning* som kan erhållas för genomfört utvecklingsarbete bl.a. avseende patientcentrering och sammanhållen vård. Ersättningen föreslås uppgå till 1 procent av den totala ersättningen.
- *målrelaterad ersättning* som kan erhållas för uppfyllelse av sjukhusgemensamma och sjukhusspecifika indikatorer samt viten kopplat till vårdgarantin. Ersättningen föreslås uppgå till 5 procent av den totala ersättningen.
- *produktionsrelaterad ersättning* som erhålls för utförd vårdproduktion. Ersättningen föreslås uppgå till 40 procent av den totala ersättningen.
- *uppdragsrelaterad ersättning* utgör fast ersättning i syfte att täcka fasta kostnader, exempelvis hyra. Ersättningen föreslås uppgå till 54 procent av den totala ersättningen.

Sjukhusavtalen kommer att beslutas av regionfullmäktige under 2019.

3.2.3 Särskild tillgänglighetssatsning 2018

Under 2018 beslutade landstingsfullmäktige och hälso- och sjukvårdsnämnden att genomföra en tillgänglighetssatsning på akutsjukhusen och specialistvården. För

[18] HSN 2017–0570

satsningen avsattes 340 mnkr för åtgärder för att förbättra tillgängligheten och korta vårdköerna[19].

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens analys inför beslutet visade att tillgängligheten i huvudsak var god med undantag för vissa vårdområden inom Karolinska, särskilt barn- och cancersjukvård. Karolinska fick därför i uppdrag att koordinera merparten av medlen, vilka bl.a. användes till att flytta patienter till andra vårdgivare men också till att utföra fler operationer på Karolinska. Av Karolinskas uppföljning av satsningen framkommer att en försvårande omständighet för att klara av att korta köerna har varit brist på personal, vilket lett till kapacitetsbrist.

I granskningen framkommer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen menar att satsningen var ett nödvändigt avsteg från ordinarie avtalsstyrning av sjukhusen, för att säkerställa vårdproduktion inom vissa vårdområden. Förvaltningen menar att det inte ingår i hälso- och sjukvårdsnämndens ordinarie styrning att flytta vårdproduktion mellan vårdgivare beroende på tillgänglighet eller kapacitet.

3.2.4 Systemövergripande uppföljning och analys

I granskningen framkommer att patientflödesanalyser på systemnivå ännu är i sin linda. Det pågår försök att ta fram flödesanalyser som ska åskådliggöra patienternas väg i vården, men det finns svårigheter att avgränsa vårdepisoder. Denna typ av uppföljning syftar i första hand till att följa upp hur patienterna rör sig i vårdsystemet och vid vilka vårdnivåer de vårdas. Det finns en ambition att göra flödesanalyser som kan identifiera flaskhalsar och ledtider i vårdsystemet, men sådana analyser görs inte i dagsläget. Region Stockholm har 2019 fått medel från Sveriges Kommuner och Landsting[20] för att arbeta med standardiserade vårdförlopp och i granskningen framkommer att det finns förhoppningar om att detta arbete ska kunna leda till att uppföljning av patientflöden får större fokus.

I granskningen framkommer vidare att hälso- och sjukvårdsförvaltningen planerar att påbörja en analys av utfallet av Framtidsplanen. Analysen kommer enligt plan att genomföras under slutet av 2019. Utvecklingsavdelningen på hälso- och sjukvårdsförvaltningen planerar att inkludera analyser av utfallet i förhållande till intentionerna i Framtidsplanen i 2020 års analysplan.

I den fördjupade uppföljningen av akutsjukhusens omställningsavtal framkommer att det finns ett antal centrala mått som inte varit möjligt för förvaltningen att följa upp. Ett av dessa mått är individens väg genom vården, eller remissmönster. Förvaltningen skriver även att detta är ett viktigt utvecklingsområde.

[19] LS 2017–0085, LS 2017–0677, HSN 2017–2117. 280 mnkr för samarbete mellan akutsjukhusen, 40 mnkr för specialistvård utanför akutsjukhusen och 20 mnkr för övriga åtgärder.
[20] SKL och staten har slutit en överenskommelse som syftar till att standardiserade vårdförlopp ska tas fram och kunna omfatta en hel vårdkedja, inklusive utredning, uppföljning och rehabilitering.

3.2.5 Samordningen av patientflödet i gränssnitten mellan vårdgivare

Genomförandet av Framtidsplanen har generellt lett till att komplexiteten i patientflödet har ökat. Exempelvis har ett patientflöde mellan akutsjukhusen uppstått som inte funnits på samma sätt tidigare när patienter som vårdas på Karolinska men som inte längre är i behov av högspecialiserade vård ska flyttas till något av de andra akutsjukhusen och vice versa. Förutom akutsjukhusen påverkas även den prehospitala vården[21] med ökade krav på förflyttningar.

I granskningen framkommer att de granskade akutsjukhusen upplever att det är svårt att flytta patienter mellan sjukhusen. Södersjukhuset menar å ena sidan att det förekommer att det är svårt att få patienter som felaktigt kommit till Södersjukhusets akutmottagning att istället bli inlagda vid Karolinska. Karolinska menar å sin sida att det är svårt att skriva ut patienterna till de övriga akutsjukhusen. Skälet uppges vara att det saknas en samsyn runt vilka patienter som är högspecialiserade, men också att det inte finns tillgängliga vårdplatser i tillräcklig utsträckning.

Granskningen har även visat att mångfalden av aktörer med delvis olika uppdrag gör det svårt remittera patienter rätt. Exempelvis har inte alla geriatriska kliniker samma resurser som exempelvis röntgen och det tar tid att ta redan på vilken klinik som har vilken utrustning eftersom det inte finns någon tydlig regionövergripande sammanställning över detta. Det försvårar exempelvis en snabb övergång från akuten till geriatrisk klinik. Delvis olika uppdrag och resurser inom avancerad sjukvård i hemmet upplevs ge liknande problem. Mångfalden av aktörer med delvis olika uppdrag gör det svårt att identifiera ”rätt” mottagare att remittera till, vilket komplicerar utskrivningsprocessen från vårdavdelning på sjukhusen. I en tidigare granskning[22] av remisser konstaterade revisionen att vårdgivare upplevde att det var både svårt och tidsödande att hitta relevanta vårdgivare att remittera till samt att stöd med relevant och uppdaterad information behövde säkerställas.

Problemen i gränssnitten mellan vårdgivarna försvåras dessutom av vissa avtalsmässiga konstruktioner. I geriatrikavtalen finns incitament som syftar till att få vårdgivarna att ta emot patienter från akutsjukhusens akutmottagningar. En särskild ersättning finns för detta. Ersättningen har en taknivå. I granskningen framkommer att vårdgivarna upplever att takkonstruktionen motverkar benägenheten att ta emot patienter när ”taket” är nått.

För akutsjukhusen försvåras gränssnitten till andra vårdgivare av att det råder platsbrist även hos andra vårdgivare. Detta gäller exempelvis geriatrik och specialiserad rehabilitering. För specialiserad rehabilitering uppger sjukhusen att det bl.a. är svårt att hitta vårdplatser för patienter som behöver hjälp med andningen. När det gäller geriatriken finns problem både då patienter ska vidare från akutmottagningen och från vårdavdelning p.g.a. platsbrist. Platsbristen hos geriatriken kan i sin tur bero på att geriatriken har problem med att skriva ut patienter till vård- och omsorg exempelvis i kommunala boenden. Svårigheterna att överföra patienter som kommit till

[21] Prehospital vård är ett samlingsnamn för den vård som patienten först möter vid sjukdom eller när olyckan
[22] Rapport 1/2017 Remisser - en länk mellan vårdnivåer

akutmottagningen till geriatrisk klinik leder till att geriatriska patienter läggs in vid sjukhusen, trots att deras vårdbehov inte kräver akutsjukhusets resurser.

I granskningen framhålls att gränssnittet till den kommunala omsorgen är problematiskt eftersom det inte finns någon tydlig mottagare inom kommunen för personer med sociala problem, exempelvis hemlösa. Därför förekommer det att dessa personer läggs in på sjukhusen, trots att deras vårdbehov inte egentligen kräver akutsjukhusens resurser. Avseende utflödet från vårdavdelningarna till kommun gäller problemen bl.a. tidpunkten för betalningsansvarets övergång för färdigbehandlade patienter. Kommunerna och Region Stockholm beslutade 2018 att fem fristdagar ska gälla, vilket innebär problem bl.a. i samband med helgdagar. Överenskommelsen från 2018 kommer att ersättas med en ny överenskommelser 2020. I denna anges att på sikt bör färre antal fristdagar gälla. Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS) gäller från 2018 och syftar bl.a. till hålla ledtiderna så korta som möjligt. LUS kommer att granskas i ett projekt under 2020 och berörs därför inte närmare här.

3.3 Bedömning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har enligt reglemente bl.a. ansvar för att planera och följa upp hälso- och sjukvården. Revisionen konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden initierat ett antal förändringar i delar av vården som påverkar förutsättningarna för patientflödena mellan olika vårdgivare bl.a. genom införande av vårdval i olika delar av vården. Några utvärderingar av vilka effekter förändringarna i olika delar av systemet inneburit, dvs.om exempelvis förändringarna av palliativ vård, specialiserad rehabilitering och geriatrik har påverkat patientflödena till eller från akutsjukhusen, har inte genomförts. ASiH utvärderades 2015 och avtalen reviderades efter detta, men ingen ny utvärdering har gjorts. När det gäller systemet som helhet har ingen sammanhållen utvärdering gjorts av om patientflödena till och från akutsjukhusen har förändrats enligt Framtidsplanens intentioner. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver stärka sin uppföljning av vården, i syfte att tillvarata kunskaper inför framtida planering. Nämnden bör dels utvärdera vilken effekt förändringarna av vårduppdragen för palliativ vård, ASiH, specialiserad rehabilitering och geriatrik har fått, dels göra en samlad utvärdering av om de genomförda förändringarna av vårduppdragen har fått avsedd effekt på patientflödena. För att göra detta behöver nämnden även utveckla metoder för att följa upp och analysera flaskhalsar och ledtider i sjukvårdssystemet. Revisionen har i tidigare granskningar[23] rekommenderat hälso- och sjukvårdsnämnden att stärka uppföljningen av hur vården fungerar i gränssnitten mellan vårdgivarna. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglemente för att produktionen av hälso- och sjukvård styrs och samordnas på ett effektivt sätt. Revisionen noterar att det finns försök att skapa ekonomiska incitament för fungerande patientflöden i

[23] Projektrapport 9/2014 *Förutsättningar för en sammanhållen nätverkssjukvård med många vårdaktörer* Projektrapport 4/2017 *Samverkan i vårdens gränssnitt* 9/2017 Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll.

omställningsavtalen men noterar samtidigt att samtliga indikatorer inte är färdigutvecklade och att målnivåer därför saknas. Flera indikatorer har inte kunnat följas upp. Vidare finns problem i gränssnitten mellan akutsjukhusen och geriatriken som delvis uppges bero på takkonstruktioner för viss ersättning i geriatrikavtalen. Revisionen bedömer att avtalsstyrningen för respektive vårduppdrag inte är i linje med nämndens övergripande uppdrag att styra och samordna hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt. Revisionen noterar att det finns en ambition att vidareutveckla incitamenten i nämndens förslag till nya avtal för akutsjukhusen, bl.a. genom utvecklad ersättningsmodell. I den fördjupade uppföljningen av omställningsavtalen har dock ingen utvecklad analys gjorts av om incitamenten har fått avsedd effekt, eller hur incitamenten i olika avtal påverkar varandra. Nämnden bör analysera i vilken utsträckning de incitament som används i avtalen får avsedd effekt.

Framtidsplanen har lett till ökad komplexitet i patientflödena, exempelvis mellan sjukhusen. Revisionen uppfattar att det finns problem i patientflödena mellan akutsjukhusen vilka bl.a. beror på att det saknas en samsyn runt vilka patienter som är högspecialiserade. Nämnden behöver därför förtydliga vad som avses med högspecialiserad vård. Vidare har komplexiteten även ökat genom att antalet vårdgivare, med delvis olika uppdrag, har ökat genom införandet av vårdval. Detta försvårar för vårdgivarna att remittera patienten vidare till rätt mottagare. Svårigheter att hitta rätt mottagare för patienten, i kombination med vårdplatsbrist hos mottagaren, leder till att patienter blir inlagda vid akutsjukhus, trots att de inte kräver akutsjukhusets resurser. Problematiken leder också till att utskrivningsklara patienter blir kvar på sjukhus. Revisionen bedömer att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och samordning av vården inte sker på ett sådant sätt att effektiva patientflöden säkerställs.

4 Södersjukhuset och Karolinska

I fullmäktiges budget för 2019 anges 21 indikatorer för att mäta utvecklingen i hälso- och sjukvården. Följande indikatorer har störst relevans för akutsjukhusens patientflöden:

- *Vård i rätt tid:* andel patienter som vistas längre än 4 timmar på akutmottagning, andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar och tid för behandling inom 90 dagar.
- *Effektiv vård:* antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus.

4.1 Sjukhusens styrning och uppföljning av patientflöden

4.1.1 Södersjukhuset – styrelsens mål och uppföljning

Under hösten 2018 beslutade sjukhusets ledning att starta ”program för effektivt akut omhändertagande” i syfte att förbättra det akuta flödet på sjukhuset. Styrelsen informerades i oktober 2018 om programmet och vilka åtgärder som planerades att vidtas. Vid granskningens genomförande pågick fortfarande programmet och ingen samlad återrapportering av programmet har därför ännu gjorts till styrelsen.

I Södersjukhusets verksamhetsplan (budget) för 2019 finns regionfullmäktiges indikatorer för vård i rätt tid och effektiv vård. Regionfullmäktiges indikatorer om vård i rätt tid är kompletterade med en lokal indikator om att 75 procent av alla patienter ska komma till vårdavdelning inom 60 minuter efter inläggningsbeslut. Den lokala indikatorn är kopplad till Södersjukhusets program effektivt akut omhändertagande. I Södersjukhusets verksamhetsplan finns för varje mål angivet hur sjukhuset arbetar för att nå målen.

Genomgången av Södersjukhusets styrelsehandlingar från 2018 och första halvåret 2019 visar att uppföljning av verksamhetsplanens samtliga mål och indikatorer har redovisats vid de flesta ordinarie styrelsemöten under 2018. I början av 2019 förändrades rapporteringen till styrelsen och en standardiserad återrapportering av mål och indikatorer för Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus utarbetades gemensamt[24]. Därefter har inte rapporteringen vid styrelsemötena innehållit samtliga mål och mätetal från Södersjukhusets verksamhetsplan. Utfallen för fullmäktiges mål och indikatorer, och Södersjukhusets egna mål, har under 2019 redovisats för Södersjukhusets styrelse i tertial- och delårsrapporteringen.

4.1.2 Karolinska – nämndens mål och uppföljning

I Karolinskas verksamhetsplan (budget) för 2019 finns indikatorer för vård i rätt tid. Målen har kompletterats med ett lokalt mål om andel patienter som opereras inom 90 dagar, i syfte att kunna följa utvecklingen av tid till canceroperation. Avseende målet om maximalt fyra timmars väntetid på akuten så har Karolinska formulerat målvärdet annorlunda än regionfullmäktige. Målet för Karolinska är att utfallet ska förbättras jämfört med 2018 (54 procent), medan regionfullmäktiges mål är minst 78 procent. I granskningen framkommer att regionfullmäktiges mål anses vara allt för orealistiskt och att sjukhuset därför har valt att sätta en egen, mer realistisk målnivå. Regionfullmäktiges indikator för effektiv vård saknas i Karolinskas verksamhetsplan. I Karolinskas verksamhetsplan finns en lista på prioriterade aktiviteter för att nå målen i sjukhusets verksamhetsplan. Aktiviteterna är inte uppställda på ett sådant sätt att det går att se vilka aktiviteter som förväntas påverka vilket mål.

Genomgången av Karolinskas nämndhandlingar från 2018 och första halvåret 2019 visar att nämnden under 2018 fick en muntlig rapportering om produktionskapacitet och tillgänglighet vid varje ordinarie nämndmöte. 2018 års rapportering av produktionskapacitet och tillgänglighet innehöll uppföljning på aggregerad nivå av tillgänglighet (vårdgarantin och operationskö), produktionsutfall, vårdplatskapacitet och vidtagna åtgärder. Målet om fyra timmars väntetid på akuten redovisades inte i uppföljningen till nämnden.

Åtgärderna för ökad produktionskapacitet och tillgänglighet som beskrivs i rapporteringen till styrelsen är inte tidsatta eller målsatta och det finns ingen uppskattning av vilka effekter dessa förväntats få och i vilken utsträckning åtgärderna förväntats avhjälpa Karolinskas problem med produktions- och vårdplatskapaciteten. Rapporteringen har inte fortsatt under 2019 och vid granskningens genomförande har ingen

[24] Det är personunion mellan styrelserna för Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus

samlad avrapportering om huruvida de åtgärder som vidtogs under 2018 har fått avsedd effekt gjorts.

I rapporteringen från 2018 framhåller ledningen vid ett flertal rapporteringstillfällen att situationen på Karolinskas akutmottagningar periodvis har varit mycket ansträngd med långa vistelsetider och många övernattande patienter, särskilt i Huddinge. Orsaker till den ansträngda situationen uppges primärt vara bristen på vårdplatskapacitet som medför att patienter ”fastnar” i flödet trots att de är färdigbehandlade på akutmottagningen. I rapporteringen framhålls även vid ett flertal tillfällen att vårdplatskapaciteten är en begränsande faktor, framförallt för den elektiva (planerade) vårdverksamheten i och med att akuta patienter behöver prioriteras framför vård som kan vänta.

I nämndhandlingarna från 2019 finns inte någon återrapportering av produktionsutfall, vårdgarantin eller målet om fyra timmars väntetid på akuten. Utfallet för målen och indikatorerna har under 2019 enbart redovisats till nämnden i tertial- och delårsrapporteringen. I delårsrapporten framkommer att Karolinska inte kan redovisa något utfall för indikatorn antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus.

4.1.3 Södersjukhuset – ledningen uppföljning

På Södersjukhuset finns tio verksamhetsområden. Ledningen för Södersjukhuset följer upp verksamhetsområdenas ekonomi och verksamhet månadsvis. För de granskade verksamhetsområdena – akut och internmedicin – ingår indikatorer för väntetider på akuten. För internmedicin följs även även indikatorer för inskrivning på avdelning under dagtid och väntetid för operation >90 dagar.

På Södersjukhuset finns en sjukhusövergripande struktur som hanterar frågor om vårdproduktion och patientflöden. Denna är placerad under sjukhusets ledningsgrupp och utgörs av Strategisk Ledningsgrupp Vårdproduktion (SLVP) med utskotten Taktiskt Forum Operation och Taktiskt Forum Akut och Slutenvård (TFAS). TFAS:s uppdrag är att på sjukhusövergripande nivå utarbeta målen för akut- och slutenvårdsproduktion, att samordna, utveckla och effektivisera verksamheterna samt ansvara för uppföljning och analys av mål och mätetal. TFAS kan även vid behov vidta åtgärder eller eskalera frågor till sjukhusets ledningsgrupp när behov finns. I TFAS ingår representanter för samtliga verksamhetsområden som bedriver akut- och/eller slutenvård.

TFAS sammanträder var fjärde vecka. På mötena följs statistik över olika väntetidsmått upp, bl.a. vistelsetid på akuten, tid till bedömning och väntetid för vårdplats. Under TFAS finns en operativ grupp – Operativ Förbättringsgrupp Akut (OFA). OFA behandlar operativa frågor som rör den akuta processen, från det att patienten skrivs in på akuten för vuxna till att patienten skrivs in på vårdavdelning. OFA har mandat att fatta operativa beslut men ska lyfta taktiska frågor till TFAS. Gruppens uppdrag är att säkerställa att målen för den akuta processen uppnås samt att samordna, utveckla och effektivisera den akuta processen. OFA sammanträder varannan vecka. På mötena följs indikatorerna tid till läkare, andel av patienterna med en vistelsetid över

fyra timmar på akuten och andel patienter inlagda inom 60 minuter från inläggningsbeslut upp.

4.1.4 Karolinska – ledningens uppföljning

Karolinska påbörjade under 2016 införandet av en ny verksamhetsmodell. Verksamhetsmodellen innebär att sjukhuset är organiserat utifrån patientgrupper istället för som tidigare utifrån medicinsk specialitet. Organisationen består av sju teman och fem funktioner. Grunden för respektive tema utgörs av patientgrupper, vilka består av patienter med liknande tillstånd och behov. Dessa samlas i patientflöden som i sin tur aggregeras i patientområden. Varje tema innehåller flera patientområden. En funktion är ett sjukhusövergripande kompetensområde som bistår med kompetenser och resurser som används av många olika patientgrupper och därmed av flera teman. Akutverksamheten utgör en funktion.

Karolinskas ledning följer upp verksamheten på tema- och funktionsnivå månads- och kvartalsvis. I kvartalsuppföljningen kan en fördjupad uppföljning av något speciellt utvalt fokusområde genomföras. Uppföljning görs av produktion, forskning och utbildning, ekonomi och medarbetare.

Sjukhusledningen har inte beslutat att fullmäktiges indikatorer ska brytas ned till tema- eller funktionsnivå 2019. Karolinskas kvalitets- och patientsäkerhetsmål finns däremot nedbrutna på tema- och funktionsnivå. Vissa av dessa ska rapporteras vid kvartalsuppföljningen, bl.a. vistelsetid på akutmottagningarna. Av sammanställningen över målen framgår att vistelsetid på akutmottagningarna ska följas upp av Funktion Akut samt Tema Barn och Kvinnosjukvård, som driver akutmottagningen för barn.

I kvartalsuppföljningen för Funktion Akut redovisas vistelsetiden på akutmottagningarna i Solna och Huddinge för samtliga patienter och för patienter över 80 år, samt vistelsetider för patienter som väntar på vårdplats. I granskningen framkommer att målet om maximal väntetid på fyra timmar på akuten anses så svårt att nå, att åtgärder för att nå 4-timmarsmålet inte diskuteras i verksamhetsuppföljningen. I den senaste kvartalsuppföljningen för Tema Trauma och Reparativ Medicin redovisas väntetider i enlighet med vårdgarantin, 30 och 90 dagar. I den senaste kvartalsuppföljningen för Tema Inflammation och Infektion rapporteras väntetider i enlighet med vårdgarantin, 30 dagar. Inga indikatorer som visar på flödet mellan akuten och temana redovisas i någon av temanas kvartalsuppföljningar.

Det finns ingen särskild organisatorisk struktur som hanterar frågor om sjukhusets patientflöden. En central idé i verksamhetsmodellen är att funktionernas samordning och integrering med teman ska utgå ifrån patientflödesledningsgrupperna. Representanter för berörda funktioner finns därför representerade i patientflödesledningsgrupperna. I och med att dessa finns representerade i patientflödesledningsgrupperna ska funktionerna och temana snabbt och enkelt kunna lösa frågor om exempelvis tillgång till röntgen, som tillhandahålls av Funktion Bild och Funktion. I granskningen framkommer att både teman och funktioner tycker att dialogen överlag fungerar bra, men att funktionernas resurser inte alltid räcker till för att tillmötesgå temanas samlade behov, vilket innebär att man upplever att man inte har nått ”ända

fram" när det gäller att lösa problem med tillgång till funktionernas kompetens och resurser.

På patientområdesnivå ingås årliga s.k. leverantörsöverenskommelser mellan patientområdena och funktionerna i syfte att få flödena att fungera bra genom att patientområdena skulle kunna beställa den service de behövde från funktionerna. Det finns ingen central styrning eller uppföljning av överenskommelserna.

Under 2019 påbörjades en justering av Karolinskas verksamhetsmodell. I förslaget till justering föreslås att Funktion Akut slås samman med Tema Trauma och Reparativ Medicin och bildar ett nytt tema – Tema Akut och Reparativ medicin. En av anledningarna till sammanslagningen är att omvårdnadsbehoven för många av funktionens och temats patientgrupper är likartade. Sammanslagningen bedöms av sjukhuset ge fördelar för patientflödet från akuten till Tema Trauma och Reparativ Medicin eftersom det nya temat kommer ha ett helhetsansvar för det totala vårdförloppet. Förändringen bedöms av sjukhuset inte ha någon särskild inverkan på vårdövergången mellan akuten och de övriga temana.

4.1.5 Södersjukhuset – verksamhetsområdenas mål och uppföljning

Verksamhetsområde akut omfattar akutmottagningen, medan sjukhusets akutvårdsavdelning är organisatoriskt placerad inom verksamhetsområde internmedicin. I verksamhetsområde akuts verksamhetsplan återfinns sjukhusets mål om maximalt fyra timmars väntetid på akuten. I verksamhetsplanen framgår att verksamhetsområdet har satt nivån för fyra-timmarsmålet till 52 procent, med ett långsiktigt mål på 78 procent. Målet om fyra timmars väntetid är kompletterat med ett mål om att mediantiden till läkare ska vara 1 timme och 40 minuter. Det finns även ett långsiktigt mål på 45 minuter för tid till läkare. Verksamhetsplanen följs upp månadsvis, men de ovan nämnda indikatorerna följs även löpande.

Verksamhetsområde internmedicin består av tre sektioner med vårdavdelningar och vårdmottagningar. Ledningen för verksamhetsområde internmedicin följer månatligen upp verksamhetsplanen på verksamhetsområdesnivå. Uppföljningen bryts ned på avdelningsnivå om verksamhetsledningen vill göra djupare analyser. I verksamhetsplanen återfinns den sjukhusgemensamma målen om andel patienter inlagda <60 min från inläggningsbeslut och antal av de väntande som väntat mer än >30 dagar till mottagning för nybesök. Dessa mål har kompletterats med mål för andel inskrivna från akuten kl. 08:00-17:00 och direktintag på strokeenhet och tid till tromolys[25]. Utöver dessa mål följs även kvalitetsindikatorerna månadsvis, där bl.a. utlokaliseringar och överbeläggningar samt väntetid på akuten för verksamhetsområdets patienter ingår.

För de mål som inte uppnås ska handlingsplaner tas fram. I granskningen framkommer att personalen uppfattar att det är svårt att vidta åtgärder då många problem bottnar i brist på vårdplatser p.g.a. sjuksköterskebrist. Vidare framkommer att det kan vara svårt att bedöma effekterna av vidtagna åtgärder då orsakssambanden ofta är komplexa och det kan finnas en fördröjning i tid innan effekterna uppstår. Det gör

[25] Trombolys bör ges så tidigt som möjligt, därför mäts mediantiden för "door to needle".

även att det är svårt att veta ”hur länge man ska våga hålla ut” innan man testar något nytt.

Utöver ovanbeskrivna uppföljning görs även andra analyser av patientflödena. Exempelvis har utskrivning före kl. 12 på dagen följts upp för att se att utskrivningsrutinerna följs. Verksamhetsområdet har även gjort särskilda analyser av flödena till och från akutvårdsavdelningen och utskrivning till geriatriken.

4.1.6 Karolinska – temanas och funktionernas mål och uppföljning

Funktion Akut består av två funktionsområden – Solna och Huddinge. Funktionsområde Akut Huddinge består av akutmottagningen och fyra akutvårdsavdelningar och Funktionsområde Akut Solna består av intensivakuten och två akutvårdsavdelningar. I Funktion Akuts verksamhetsplan återfinns målen om fyra respektive åtta timmars vistelsetid samt mål för tid till läkarbedömning och tid till inläggningsbeslut. Verksamhetsplanens mål följs upp kvartalsvis av funktionsledningen, totalt och för respektive funktionsområde. I granskningen framkommer att Funktionsområde Akut i Huddinge främst följer upp andelen patienter som väntar längre än åtta timmar. Det beror på att målet om fyra timmar upplevs som orealistiskt och att ledningen behöver sätta upp mål som det finns möjlighet för personalen att nå.

Tema Trauma och Reparativ Medicin utgörs till övervägande del av kirurgiska verksamheter och har fem patientområden. I temats verksamhetsplan finns målnivåer för vistelsetid på akuten för temats patienter, dels för samtliga patienter, dels för patienter över 80 år. Temat har även ett mål för antal strukna operationer inom 48 timmar. Temaledningen följer upp mål och mätetal från sin verksamhetsplan månadsvis på patientområdesnivå. Uppföljning av patientflöden görs i samband med månadsuppföljning och fokuserar i hög utsträckning på mål- och mätetal för kvalitetsindikatorer.

I Tema Inflammation och Infektion ingår flera internmedicinska specialiteter och temat har fyra patientområden. I temats verksamhetsplan finns mål som påverkar patientflödena, bl.a. att optimera kapaciteten inom slutenvården. På patientområdesnivå har detta konkretiserats till att gälla arbete för att öka antal vårdplatser, utveckla dagvården och förkorta vårdtider. Det finns inga målnivåer eller kvantitativa indikatorer i verksamhetsplanen. På patientflödesnivå följs data från olika kvalitetsregister för de olika patientgrupperna.

4.1.7 Karolinska – övrig uppföljning

Veckopulsen

Varje vecka skickas den s.k. veckopulsen ut till samtliga funktions- och temachefer. Veckopulsen är en automatiskt genererad rapport där olika produktionsdata, exempelvis öppen- och slutenvårdstillfällen i förhållande till produktionsplan, framgår. I veckopulsen finns även data över vistelsetid på akutmottagning i väntan på vårdplats för respektive tema, antal besök med en vistelsetid över åtta timmar och övernattare på akutmottagningarna samt uppföljning av faktiskt utfall i förhållande till akut pensum. Akut pensum är en beräkning som visar hur många akuta patienter per dygn som respektive tema beräknas behöva ta emot. Akut pensum utgör leverantörsöverenskommelsen mellan Funktion Akut och sjukhusets teman. I granskningen

framkommer att de data över de akuta patientflödena som skickas ut i veckopulsen mest uppfattas som information av temana och att informationen inte används aktivt i temanas planering av sin verksamhet.

Pågående utveckling av uppföljningen

Karolinska håller under 2019 på att bygga upp en ny struktur för verksamhetsuppföljning. En översyn av informationsförsörjning, organisation och uppföljning pågår för att säkerställa att sjukhuset kan automatisera informationsförsörjningen. Målet är att ett 20-tal mått för produktivitet, ekonomi och tillgänglighet, kvalitet och forskning- och utveckling och personal kommer att följas upp genom automatiserad nyckeltalsuppföljning samt att indikatorerna ska brytas ned till tema- och funktionsnivå.

Karolinska arbetar även med att utveckla digitala styrkort för uppföljning av vården på patientgruppsnivå. Utvecklingen påbörjades i samband med införandet av den nya verksamhetsmodellen. Vilka mått som ska in gå i styrkortet bestäms av patientflödesledningsgruppen. Syftet med styrkorten är att kunna se hur vårdresultaten utvecklas men ska också utgöra ett beslutsstöd för cheferna. I styrkorten finns mått för vård, forskning, utbildning, ekonomi och medarbetare. Vårdmåtten ska i första hand vara till för att utveckla vården och följa utfallet för patientgrupperna. Bland vårdmåtten finns också processmått, där bl.a. ledtidsmått kan ingå eller mått på att sjukhuset följer rutiner, exempelvis standardiserade vårdförlopp. Bland processmåtten finns, för vissa patientgrupper, väntetider enligt vårdgarantin. Det finns inga mått i de digitala styrkorten som visar på effektiviteten i det akuta flödet, exempelvis vistelsetid på akuten i väntan på vårdplats, eller flödet mellan teman och funktioner, exempelvis tid för provsvar. Inte heller flödet mellan vårdavdelningarna och andra vårdgivare, exempelvis hur länge utskrivningsklara patienter ligger kvar på sjukhuset ingår i styrkorten.

Det finns i dagsläget ingen central styrning eller uppföljning av indikatorer som visar på eventuella flaskhalsar i flödena mellan teman och funktioner, exempelvis ledtider till röntgen. Vissa funktioner har utvecklat egna uppföljningsmått. Funktion Bild och Funktion följer upp ledtider till röntgen och Karolinska Universitetslaboratoriet följer svarstider. Funktionerna har inga digitala styrkort. Ambitionen är istället att hur väl funktionerna svara upp mot temanas behov ska framgå av patientflödenas styrkort.

4.2 Åtgärder för effektivare patientflöden

4.2.1 Problem med flödet på akutmottagningarna

Både akutmottagningen på Södersjukhuset och på Karolinska Huddinge är inhysta i lokaler som är dåligt anpassade för förhållandena i dagens akutvård. Lokalerna är underdimensionerade vilket leder till att mycket tid läggs på att få logistiken runt patienterna att fungera. Båda sjukhusen kommer att få nya lokaler. Den nya akutmottagningen på Södersjukhuset kommer att öppna 2020 och den nya akutmottagningen på Karolinska Huddinge planeras att öppna 2022. På båda sjukhusen pågår projekt med att förbättrade flöden och att utveckla nya arbetssätt inför flytten till de nya lokalerna.

Båda akutmottagningarna har kritiserats av Inspektionen för Vård och Omsorg för bristande omvårdnad av patienter som väntar på akuten. Kritik har bl.a. riktats mot att patienter inte har haft tillräcklig tillgång till toalettbesök och mat. Sjukhusen har vidtagit åtgärder med anledning av detta. Sjukhusen framhåller att det tar resurser att ha många patienter på akuten som väntar på vårdplats, eftersom patienterna behöver tillsyn och omsorg. Långa väntetider på vårdplats leder också till att mer av akutens resurser läggs på utredning och diagnostik, jämfört med om patienten snabbt flyttats till vårdplats. Sammantaget försvårar detta möjligheten att snabbt ta emot och bedöma nya akuta patienter som inkommer.

Flera av de intervjuade upplever att det görs allt mer omfattande utredningar på akutmottagningen. Både på Södersjukhuset och på Karolinska bemannas akutmottagningarna i hög utsträckning av akutläkare. I granskningen framkommer att tema Infektion och Inflammation på Karolinska gärna skulle vilja ha specialister på akutmottagningarna för att kunna utveckla det akuta omhändertagandet av temats patientgrupper. Vidare framkommer att vissa av de intervjuade på Södersjukhuset menar att det kan finnas anledning att se över vilka undersökningar som ska göras av akuten och vilka som ska göras på vårdavdelningen.

4.2.2 Patientflödet mellan akuten och vårdavdelningarna

Ett av de största problemen med patientflödet på både Södersjukhuset och Karolinska är att få färdigbedömda patienter på akuten vidare när de behöver läggas in på vårdavdelning. Orsaken till detta är i hög utsträckning bristen på bemannade vårdplatser till följd av brist på sjuksköterskor. Det leder i sin tur till att beläggningsgraden på de vårdplatser som finns är hög. Båda sjukhusen framhåller att det behövs en lägre beläggningsgrad än vad som oftast finns idag för att kunna parera variationer i inflödet av patienter och för att säkerställa att det finns vårdplatser för de svårast sjuka. En lägre beläggningsgrad behövs även för att kunna utföra elektiv vård enligt plan. Om beläggningsgraden är för hög riskerar den elektiva vården att trängas undan av akut vård.

På båda sjukhusen finns s.k. akuttavlor på respektive sjukhus intranät. Dessa visar hur många patienter på akuten som väntar på vårdplats och till vilket tema respektive verksamhetsområde patienterna tillhör. Akuttavlorna uppdateras i realtid. Syftet med akuttavlorna är att underlätta ett s.k. dragande system där vårdavdelningarna löpande ”drar till sig” sina patienter från akuten. I granskningen framkommer att det i praktiken är svårt att få till ett dragande system. Orsaken är i stor utsträckning att beläggningsgraden är hög, vilket ofta innebär att det inte finns tillräckligt med lediga vårdplatser för de patienter som behöver läggas in. I granskningen framkommer att det varierar i vilken utsträckning olika vårdavdelningar använder sig av akuttavlorna. På Södersjukhuset menar flera av de intervjuade att inläggningsprocessen fortfarande i hög utsträckning är beroende av att anställda vårdplatskoordinatorer på akutmottagningarna letar vårdplatser, snarare än att vårdavdelningarna ”drar till sig” sina patienter.

Akuttavlorna visar vilka patienter som väntar på vårdplats på respektive akutsjukhus akutmottagning. Den nivåstrukturering som genomförandet av Framtidsplanen

innebär har lett till att komplexiteten i patientflödet har ökat. Patienter som vårdas på Karolinska men som inte längre är i behov av Karolinskas högspecialiserade vård ska flyttas till något av de andra akutsjukhusen och vice versa. Det innebär att det inte enbart är de patienter som finns på akutmottagningen som väntar på vårdplats, utan det kan även finnas patienter från andra sjukhus som väntar på vårdplats. I granskningen framkommer vidare att ambulansstyrningen inte fullt ut fungerar. Exempelvis förekommer det att patienter som borde ha tagits till Karolinska kommer till Södersjukhuset istället. Därmed finns det även patienter på Södersjukhusets akutmottagning som väntar på vårdplats vid Karolinska. Ett ytterligare flöde utgörs av utomlänsvård, där exempelvis Karolinska behöver ha kapacitet att ta emot akuta patienter från andra län som är i behov av högspecialiserad vård. Akuttavlorna visar således inte hela bilden av väntande patienter till respektive sjukhus vårdplatser.

Det är akutmottagningarna som avgör till vilket verksamhetsområde respektive tema som patienten ska läggas in. I granskningen framkommer att det förekommer att akutmottagningarnas beslut ifrågasatts av vårdavdelningarna. På Södersjukhuset menar flera av de intervjuade att samarbetsklimatet mellan verksamhetsområdena och akuten har blivit bättre de senaste åren. På Karolinska menar flera av de intervjuade att det fortfarande är relativt vanligt att Funktion Akut och sjukhusets teman har olika uppfattningar om vid vilket tema patienten bör vårdas.

Åtgärder på Södersjukhuset

Som tidigare framgått beslutade ledningen för Södersjukhuset under hösten 2018 att starta ett program för effektivt akut omhändertagande. Programmet kommer att avslutas under hösten 2019. Programmet omfattar sju delprojekt – ambulans, remissflöde, triage[26], Rapid Assessment and Treatment[27], modulstruktur[28] och arbetssätt på den nya akutmottagningen, inläggningsprocessen samt optimering av nuvarande akutmottagningens lokaler. Programmets styrgrupp utgörs av TFAS och delprojekten har regelbundet avrapporterat läget i delprojekten till styrgruppen.

Målet med delprojektet om inläggningsprocessen är att flertalet de patienter som ska läggas in i slutenvården ska kunna lämna akutmottagningen inom 60 minuter efter inläggningsbeslut. Inom ramen för delprojektet har en vårdplatshanteringsmatris tagits fram. Denna specificerar vilka åtgärder som ska vidtas beroende på hur många patienter på akuten som väntar på vårdplats, samt vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Det kan t.ex. handla om att förstärka bemanningen eller överväga att stryka elektiv vård. Aktuellt läge på akuten publiceras på intranätet och uppdateras flera gånger per dygn. Matrisen togs i bruk i september 2019. Inom projektet har även en sjukhusövergripande riktlinje avseende inläggning i slutenvård tagits fram och nya arbetssätt för att bl.a. identifiera patienter som är möjliga att flytta, utlokalisera eller skriva ut har utvecklats. Beslut har också fattats om att varje verksamhetsområde ska ha en vårdplatsansvarig läkare och att ett sjukhusövergripande

[26] Triage är processen för att prioritera patienter utifrån patientens sjukdomstillstånd
[27] Rapid Assessment and Treatment syftar till att tidigt identifiera de mest tidskritiska patienterna och säkerställa att de blir behandlade av rätt läkarkompetens inom rimlig tidsram.
[28] Modulstruktur handlar om arbetssätt som möjliggör uppdelning av patientflödet utifrån akuticitet och resursbehov.

vårdplatsmöte ska hållas varje vardag. De vårdplatsansvariga läkarna ska delta i mötet. Syftet med vårdplatsmötet är att förbättra patientflödena mellan akuten och vårdavdelningarna genom att skapa en tydlig struktur för att identifiera vilka patienter som kan skrivas ut eller flyttas. De nya rutinerna började följas i september 2019.

På verksamhetsområdet internmedicin genomförs dels varje vardag ett morgonmöte där läget på akuten gås igenom, dels ett avstämningsmöte där vårdplatsläget och vilka patienter som kan flyttas eller skrivas ut gås igenom. Den vårdplatsansvarige läkaren deltar i båda och informerar i sin tur till det sjukhusövergripande vårdplatsmötet.

Sjukhuset planerar att genomföra en utvärdering planeras att genomföras efter att programmet har avslutats i oktober 2019. Programmet bygger till viss del vidare på Södersjukhusets tidigare program om att säkerställa slutenvårdskapacitet som genomfördes under 2017. I detta ingick bl.a. ett delprojekt om att förbättra patientflödena genom att identifiera flaskhalsar och förbättra rutiner för bl.a. utskrivning och överföra patienter från akuten till vårdavdelningarna snabbare. Inom ramen för programmet genomfördes en rad pilotprojekt, bl.a. avseende förändrade rutiner för att möjliggöra att patienter kan skrivas in på vårdavdelning innan kl. 12 och förbättrade rondrutiner.

Åtgärder på Karolinska

Det finns inget sjukhusövergripande utvecklingsprojekt med fokus på de akuta flödena som pågår under 2019 på Karolinska. Sjukhusövergripande rutiner för att effektivisera flödet mellan Funktion Akut och sjukhusets teman har införts och successivt utvecklats under de senaste åren. Vissa lokala initiativ har också genomförts.

En rutin som införts är bl.a. att Funktion Akut varje morgon skickar ett mail till samtliga teman där läget på akuten framgår, bl.a. hur många patienter som har övernattat och vilka patienter som behöver vårdplats omgående. Sjukhuset har också infört ett dagligt möte om vårdplatsläget, där samtliga teman deltar. Utifrån läget på akuten och åtgärdsmatrisen (se nedan) planeras det närmsta dygnet med avseende på vilka patienter som ska läggas in på respektive tema. Innan det sjukhusgemensamma vårdplatsmötet har respektive tema ett internt möte där vårdplatsläget, vilka patienter som kan skrivas ut eller flyttas gås igenom.

Under 2018 fattade sjukhusledningen beslut om att införa en åtgärdsmatris i syfte att effektivisera och standardisera hanteringen av sjukhusets patienter som väntar på vårdplats på akutmottagningen. Av åtgärdsmatrisen framgår vilka åtgärder som ska vidtas beroende på hur många patienter som väntar på vårdplats på akuten, samt vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Aktuellt läge på akuten publiceras på intranätet och uppdateras fyra gånger per dygn. I granskningen framkommer att åtgärdsmatrisen ses som ett bra verktyg för att strukturera diskussionerna på vårdplatsmötet. Samtidigt framkommer att det är svårt att följa åtgärdsmatrisen eftersom det ofta är många väntande patienter på akuten. Detta förutsätter att anställda på vårdavdelningarna arbetar extra, vilket måste vägas mot risken att personal säger upp sig.

I dagsläget pågår lokalt initierade utvecklingsprojekt som rör det akuta mottagandet på Karolinska. Exempelvis genomför Tema Åldrande och Funktionsområde Akut Huddinge ett projekt om förbättrat akut omhändertagande av multisjuka äldre. I projektet ingår bl.a. införandet av ett särskilt bedömningsverktyg av sköra äldre och införandet av en särskild akutvårdsavdelning för äldre på Tema Åldrande. Syftet är att Tema Åldrande snabbare ska ta emot sina patienter och att Funktion Akut enbart ska göra ett fåtal kontroller innan patienten tas över av temat.

I granskningen framkommer att det inte finns någon ”projektkatalog” över vilka utvecklingsprojekt som förekommer på sjukhuset eller någon tydlig prioriteringsordning för utvecklingsprojekten. Det har inte heller gjorts någon sammanhållen utvärdering av vilken effekt åtgärderna har gett.

4.2.3 Utskrivning

I Södersjukhusets program för effektivt akut omhändertagande som startade 2018 ingår inte utskrivning som ett specifikt delprojekt. Utskrivning berörs i programmet bl.a. genom att nya riktlinjer för nya arbetssätt för att identifiera patienter som är möjliga att flytta, utlokalisera eller skriva ut har utvecklats. Utskrivningsplanering ingick som ett delprojekt i det slutenvårdsprogram som Södersjukhusets drev under 2017.

På Karolinska infördes under våren 2019 en enhet för utskrivningsstöd inom Funktion Hälsoprofessioner. Enheten arbetar med alla teman och funktioner på Karolinska bl.a. för att underlätta i planering av utskrivning då den ordinarie utskrivningsprocessen är oklar, ha kontakt med externa aktörer och bistå vid situationer utanför standardrutiner för utskrivning. Målet är att säkerställa att patienter får den omvårdnad och det samhällsstöd de behöver vid och efter utskrivning samt att vårdtiden inte ska bli längre än nödvändigt. På bl.a. Tema Infektion och Inflammation finns en utskrivningssjuksköterska som arbetar med att hantera administration runt utskrivning.

4.3 Bedömning

Södersjukhuset

Revisionen bedömer att Södersjukhusets styrelse och leding har skapt en tydlig struktur för uppföljning av patientflöden med relevanta mål och mätetal. Vidare bedömer revisionen att sjukhusets ledning har skapat en tydlig organisatorisk struktur, där de verksamhetsområden som berörs ingår, för hantering av frågor som rör det akuta patientflödet.

Revisionen bedömer att Södersjukhuset arbetar systematiskt med att vidta åtgärder för att förbättra patientflödena. Sjukhuset har startat ett åtgärdsprogram för effektivare akut omhändertagande. Det är ännu för tidigt att säga vilken effekt de vidtagna åtgärderna kommer att få. Sjukhuset har även tidigare arbetat med åtgärdsprogram med delvis liknande innehåll. Revisionen bedömer att styrelsen behöver säkerställa att erfarenheterna från åtgärdsprogrammen tas till vara så att effektiva åtgärder kan vidtas för att förbättra patientflödena.

Revisionen bedömer att problemen med patientflödena, i synnerhet mellan akuten och vårdavdelningarna, till stor del kvarstår trots åtgärder. Revisionen uppfattar att det finns möjlighet att utveckla arbetssätten avseende hur omfattande akutmottagningens utredning och diagnostik ska vara innan patienten skrivs in vid vårdavdelning. Sjukhusledningen bör överväga att se över hur arbetssätten och arbetsfördelningen mellan akuten och verksamhetsområdena kan utvecklas.

Karolinska

Karolinska universitetssjukhuset är enligt omställningsavtalen ansvarigt för att utforma samverkan mellan olika enheter inom akutsjukhuset så att det för patient och närstående framstår som en sammanhållen vårdprocess. Revisionen bedömer att sjukhuset inte har säkerställt att patientflödena, i synnerhet flödet mellan akuten och vårdavdelningarna, fungerar som en sammanhållen vårdprocess.

Revisionen bedömer att nämnden för Karolinska inte har säkerställt en tydlig styrning och uppföljning av det akuta patientflödet, bl.a. utifrån fullmäktiges mål om vård i rätt tid respektive effektiv vård. Vidare behöver ledningen utforma en tydligare styrnings- och uppföljningsstruktur. Revisionen bedömer att den ordinarie verksamhetsuppföljning som görs i dagsläget inte på ett tydligt och strukturerat sätt visar på funktionaliteten i patientflödena. I dagsläget är det endast Funktion Akut och Tema Kvinnor och Barn som behöver redovisa vistelsetider på akuten. Ett av de största problemen med att få flödet att fungera på Funktion Akut är flödet till sjukhusets teman. Ledningen bör därför följa upp vistelsetiderna från bedömning på akuten till inläggning vid tema och följa upp åtgärder för detta för respektive tema som bedriver slutenvård. Den uppföljning av detta som görs i dagsläget sker via den s.k. veckopulsen som saknar koppling till ordinarie verksamhetsuppföljning- och styrning.

Revisionen vill framhålla att det krävs en tydlig struktur för vilka mål och mätetal som ska följas upp och vid vilken organisatorisk nivå målen och mätetalen ska följas, hur resultatet ska återkopplas och hur åtgärder för att uppnå målen ska beslutas, vidtas och utvärderas. Fungerande patientflöden är ett av sjukhusets största problem – det är därför angeläget att det finns en tydlig struktur för hur dessa ska följas upp och styras av sjukhusets ledning och nämnd. Revisionen bedömer att detta saknas. Exempelvis uppfattar revisionen att det är oklart om processmåtten i de digitala styrkorten ska utgöras av indikatorer för följsamhet till standardiserade vårdförlopp och medicinska rutiner eller om dessa även ska utgöras av indikatorer för administrativa ledtider, så som vårdgarantin. Om det senare är fallet, bör sjukhusledningen säkerställa att samtliga relevanta ledtidsmått tas med för samtliga patientgrupper. Om de förra är fallet bör sjukhusledningen istället klargöra var i uppföljningsstrukturen de administrativa måtten ska följas upp.

Det åligger patientområdena och funktionerna att säkerställa tillräcklig tillgång till funktionernas resurser, via s.k. leverantörsöverenskommelser. Eftersom tillgång till funktionernas resurser är av vikt för patientflödena, bör detta följas upp av sjukhusledningen. Revisionen bedömer att det i dagsläget inte finns någon uppföljningsstruktur som möjliggör för ledningen att följa upp om leverantörsöverensöverenskommelserna ger önskat resultat.

Revisionen uppfattar att det finns möjlighet att utveckla arbetssätten avseende hur omfattande akutmottagningens utredning och diagnostik ska vara innan patienten skrivs in vid vårdavdelning. Utvecklingsprojektet mellan Tema Åldrande och Funktion Akut syftar bl.a. till att klarlägga detta för Tema Åldrandes patientgrupper. Sjukhusledningen bör säkerställa att erfarenheterna från utvecklingsprojektet tas till vara i syfte att utveckla arbetssätten mellan Funktion Akut och sjukhusets övriga teman.

Karolinska har på olika håll i verksamheten genomfört åtgärder för att förbättra patientflödena under senare år. Revisionen uppfattar att ansvaret för att identifiera och vidta åtgärder i hög utsträckning är decentraliserat och att den centrala uppföljningen är svag. Revisionen bedömer att nämnden för Karolinska saknar en helhetsbild över vilka åtgärder som vidtas, samt vilka effekter dessa får. Nämnden bör, i sin verksamhetsplan, förtydliga vilka aktiviteter som förväntas bidra till verksamhetsplanens mål om tillgänglighet och effektiv vård, samt efterfråga en sammanhållen uppföljning av aktiviteterna. Vidare behöver nämnden säkerställa att erfarenheter av andra genomförda projekt tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder.

Sammanfattningsvis bör nämnden efterfråga information om, och regelbundet följa upp, vilka åtgärder som ledningen vidtar för att säkerställa en fungerande styrning och uppföljning av sjukhusets patientflöden.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens 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 presenteras på regionrevisorernas webbsida på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev Nytt från regionrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Region Stockholm

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
Org.nr: 232100-0016