Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2016-05-04

LS 2016-0342

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015

Föredragande landstingsråd: Marie Ljungberg Schött

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat rapporten Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015 till landstingsstyrelsen för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015 i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

att omedelbart justera beslutet.

Landstingsrådsberedningens motivering

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning av arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) genomförande och flera andra projekt under 2015 är att de riskområden som revisionen tidigare pekat på till stor del består. Bedömningen är även att det finns en styrka i att arbetet med FHS nu drivs som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen respektive de centrala förvaltningarna behöver dock tydliggöras när det gäller FHS. Vidare behöver ett samlat helhetsperspektiv säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt. De förändringar som görs i beslutade planer behöver återföras till fullmäktige. Landstingsstyrelsen bör såsom revisorerna föreslår undersöka hur nödvändiga satsningar för FHS inom IT- och e-hälsa ska kunna genomföras i tid och inom befintliga ekonomiska ramar.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 20 april 2016
Landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015

Torbjörn Rosdahl

Marie Ljungberg Schött

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
SLL Styrning och ekonomi

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-04-20

LS 2016-0342

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -04- 27
Dnr LS 2016-0342
Rotel V

Handläggare:
Anders Olsson

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat rapporten Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015 till landstingsstyrelsen för yttrande.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 20 april 2016
Landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas rapport 15/2015, Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015 i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens förslag och motivering

Bakgrund
Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning av arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) genomförande och flera andra projekt under 2015 är att de riskområden som revisionen tidigare pekat på till stor del består. Bedömningen är även att det finns en styrka i att arbetet med FHS nu drivs som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen respektive de centrala förvaltningarna behöver dock tydliggöras när det

gäller FHS. Vidare behöver ett samlat helhetsperspektiv säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt. De förändringar som görs i beslutade planer behöver återföras till fullmäktige. Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör detta samt hur nödvändiga satsningar för FHS inom IT- och e-hälsa ska kunna genomföras i tid och inom befintliga ekonomiska ramar.

Överväganden

Styrning av FHS arbetet

Landstingsrevisorerna lyfter i sin granskning fram att den organisationsförändring som skedde under 2015 för det sammanhållna arbetet med FHS är en styrka då arbetet inte längre drivs vid sidan om i ett separat spår utan som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Revisorerna ser dock en risk i att helhetsperspektivet utifrån FHS nu försvinner och ersätts av en rad enskilda beslut utan tydlig koppling till målen för FHS. Förvaltningen lyfter fram att arbetet med FHS gått in i ett betydligt mer operativ genomförande och en stor del av ansvaret nu ligger på berörda förvaltningar och bolag. Inom landstingsstyrelsens förvaltning finns en organisation som har ansvaret för att följa upp och koordinera genomförande av FHS, i huvudsak det ansvar som låg på det tidigare programkontoret. Den politiska styrningen av genomförandet av FHS har stärkts i och med de nya ägardirektiv som landstingsfullmäktige beslutade om 2015.

En särskild övergripande samordningsfunktion för FHS har etablerats. I denna ingår representanter för ledningarna för landstingsstyrelsens förvaltning och hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Syftet med funktionen, som började verka i slutet av 2015, är att stärka samordningen av genomförandet av FHS. I gruppen samordnas arbetet med FHS inom landstinget liksom arbetet inom de båda förvaltningarna. Gruppen svarar även för en produktionssamordning i samband med genomförandet av FHS och bereder uppdrag för genomförande av FHS som lämnas till förvaltningar och bolag av landstingsdirektören.

Landstingsfullmäktige har fastställt en målbild för framtidens hälso- och sjukvård och lämnat uppdrag till nämnder och styrelser i genomförandet. I den mån nya förutsättningar leder till att målbilden eller andra grundläggande delar av Framtidsplanen bör förändras ska detta återföras till landstingsfullmäktige. Avvikelser och behov av förändring hanteras i processen för uppföljning av FHS. Frågan bereds därefter inom den samordnande rollen för FHS inom landstingsstyrelsens förvaltning

tillsammans med övriga berörda. Förslag på eventuella justeringar av planen förs vidare till landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige för beslut.

Finansieringsfrågor

Landstinget genomför omfattande investeringar i lokaler för sjukvård och i kollektivtrafik, vilket enligt revisorerna kommer att leda till ökade kostnader under en lång period framöver. Detta minskar i sin tur utrymmet för verksamhetskostnader. Enligt förvaltningen finns också en sådan risk, varför det i landstingsdirektörens planeringsunderlag för budget 2017 poängteras att det finns ett behov av att pågående och planerade investering sker inom budgetens ramar. Behov av omprioriteringar och förändringar i planerade investeringsobjekt lyfts också fram.

Revisorerna uppfattar att akutsjukhusen långsiktigt kan få problem att klara årliga effektiviseringar på 1,5 till 2 procent, vilket kan innebära att de måste se över ambitionerna i verksamheterna. Förvaltningen konstaterar att landstingsfullmäktige 2015 beslutade att fastställa kostnadsramar för akutsjukvården. Dessa ökar med 2,5 procent 2017 och därefter med 1,5 procent per år. Samtidigt fick sjukhusen en ersättningsmodell som innebär att ersättningen påverkas endast marginellt av deras produktion och ges en stor frihetsgrad att utforma verksamheten. Ramar har satts utifrån vad landstingets ekonomi anses klara samtidigt som det bedöms möjligt för sjukhusen att klara detta med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet. En låg uppräkning av akutsjukhusens ramar är också en förutsättning för att få medel till utbyggnad av vården utanför akutsjukhusen enligt Framtidsplanen inriktning.

e-Hälsa och IT

Landstingsstyrelsen har beslutat om "Handlingsplan för satsningar inom eHälsa och informationsförsörjning" (LS 2015-0081). Revisorerna ser planen som ett steg framåt då planen ger en samlad bild av vad som är aktuellt inom området, men ser inte i vilken utsträckning projekten är finansierade. När det gäller upphandlingen för att kunna utveckla en ny vårdinformationsmiljö ser revisorerna även flera andra oklarheter. Om de privata utförarna kan inkluderas är en av dessa.

Landstingsfullmäktige fastställde juni 2011 en målbild för FHS fram till år 2025 som omfattar flera delar som förutsätter en väl fungerande informationshantering. Målbilden omfattar bland annat följande punkter: Patientens samlade vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja.

Den informerade patienten orienterar sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Patienten har tillgång till öppen och säker information om sin vård och hälsa. All offentligt finansierad vård sker inom ramen för en sammanhållen informationsstruktur för att trygga kvalitet och säkerhet.

Handlingsplanen för satsningar inom e-hälsa är en viktig del för att FHS målbild ska nås. Planen är omfattande och ambitiös och omfattar åtgärder som ska rymmas inom fastställd budget. Prioritering kan behöva göras för planens genomförande om de ekonomiska ramarna inte håller.

Av målbilden framgår att all offentligfinansierad vård ska ske inom ramen för en sammanhållen informationsstruktur, vilket innebär att även privata vårdgivare ska ingå. Redan idag arbetar ca 200 privata vårdgivare i landstingets nuvarande journalsystem, Take Care. Tanken är att bygga en vårdinformationsmiljö som innebär att information öppet, inom gällande lagar och regelverk, kan utbytas oavsett vilket journalsystem vårdgivaren har. En ny vårdinformationsmiljö kommer att underlätta för de vårdgivare som valt att inte ingå i ett gemensamt journalsystem att nå patientens information.

I samband med beslut om landstingets budget 2017 föreslås att ett utredningsbeslut tas för ”3R Framtidens vårdinformationsmiljö”. I det fortsatta arbetet krävs en grundlig analys av de ekonomiska konsekvenser som en investering skulle innebära.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser

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

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Henrik Gaunitz
Ekonomidirektör

PROJEKTRAPPORT NR 15/2015

Framtidens hälso- och sjukvård
- planering och genomförande 2015

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Vad gör Landstingsrevisorerna?

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

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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2016-02-23 RK 201511-0094

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 15/2015
Framtidens hälso- och sjukvård
- planering och genomförande 2015

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade 2016-02-23 att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2016-05-20.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2015 är att de riskområden som revisionen tidigare år pekat på till stor del består. Bedömningen är även att det finns en styrka i att arbetet med FHS nu drivs som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen respektive de centrala förvaltningarna behöver tydliggöras när det gäller FHS. Vidare behöver ett samlat helhetsperspektiv säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt. De förändringar som görs i beslutade planer behöver återföras till fullmäktige. Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör detta samt hur nödvändiga satsningar för FHS inom IT- och e-hälsa ska kunna genomföras i tid och inom befintliga ekonomiska ramar.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Lena Cronvall Morén
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2016-02-23 RK 201511-0094

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 15/2015
Framtidens hälso- och sjukvård
– planering och genomförande 2015

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2016-02-23 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2016-05-20.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2015 är att de riskområden som revisionen tidigare år pekat på till stor del består, bland annat kompetensförsörjningen. Bedömningen är även att det finns en styrka i att arbetet med FHS nu drivs som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Ett samlat helhetsperspektiv behöver dock säkerställas i genomförandet av FHS och ansvarsfördelningen mellan de olika politiska organen respektive de centrala förvaltningarna behöver tydliggöras. Revisorerna önskar att nämnden i sitt yttrande särskilt berör detta, men även hur vårdutbud och tillgänglighet ska säkras under omställningen. Vidare hur ett bredare införande av nya arbetssätt i nätverkssjukvården ska kunna ta ett steg framåt med beaktande av dagens situation när det gäller kompetensförsörjningen.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Rikard Lindqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

INNEHÅLL

1 SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER 4

2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN 6

2.1 Motiv till granskningen 6
2.2 Revisionsfråga 6
2.3 Avgränsning 7
2.4 Bedömningsgrunder 7
2.5 Metod 7

3 ORGANISATIONEN AV FHS ARBETET 8

3.1 Stärkt ägarstyrning 8
3.2 De centrala förvaltningarnas FHS-arbete 9
3.3 Verksamheternas FHS-arbete 10
3.4 Revisionens bedömning 10

4 KOSTNADSUTVECKLINGEN 11

4.1 Investeringarnas påverkan på framtida kostnader 11
4.2 Finansieringen 12
4.3 Förutsättningarna för kostnadskontroll 13
4.4 Revisionens bedömning 15

5 OMSTRUKTURERINGEN AV VÅRDEN 15

5.1 Tidplan och byggnationer 15
5.2 Utflyttning av vård - nätverkssjukvård 17
5.3 Nätverkssjukvård 17
5.4 Akuta mottagandet 18
5.5 Revisionens bedömning 19

6 SYSTEMSTÖD 20

6.1 Avtal och ersättningssystem 20
6.2 System för IT- och E-hälsa 21
6.3 Revisionens bedömning 22

7 KOMPETENSFÖRSÖRJNING 22

7.1 Kompetensfrågor som del av FHS 22
7.2 Revisionens bedömning 23

1 Sammanfattning och slutsatser

Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2011 den första Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) som därefter uppdaterades de tre kommande åren. En bärande tanke i planen är att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Revisionen har liksom tidigare år även under 2015 i flera projekt genomfört granskning av arbetet med FHS. Utifrån dessa och den övergripande granskning som genomförts i detta projekt bedömer revisionen att de riskområden revisionen pekat på tidigare år till stor del kvarstår.

Mot bakgrund av de stora utmaningar landstinget står inför beslutade fullmäktige hösten 2014 att stärka ägarstyrningen av de landstingsägda bolagen. Revisionens undersökning hösten 2015 visar att arbetet har påbörjats men ännu inte fått genomslag i alla styrelser. Revisionen uppfattar att det finns ett uttalat behov av att tydliggöra roller och ansvar mellan ägare, beställare och bolagsstyrelser för att klara utmaningarna inte minst i genomförandet av FHS.

FHS drivs från sommaren 2015 inte längre som ett sammanhållet projekt på landstingsövergripande nivå. Planeringen och arbetet med genomförandet har överförts till de centrala förvaltningarnas linjeorganisationer. Revisionen ser att det finns en styrka i att arbetet inte drivs vid sidan om i ett separat spår utan som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Det finns, även om ett koordinerande uppdrag lagts på landstingsstyrelsens förvaltning, en påtaglig risk att helhetsperspektivet utifrån FHS försvinner och ersätts av en rad enskilda beslut utan tydlig koppling till målen för FHS.

Landstinget står inför kraftigt ökade investeringsvolymer till följd av en omfattande utbyggnad och ombyggnad av sjukvårdens fastigheter samtidigt med omfattande investeringar i trafiken. Detta kommer att leda till ökade kostnader för landstinget under en lång period framöver vilket i sin tur minskar utrymmet för verksamhetskostnader. Dagens investeringar kommer även i sin tur att leda till en framtida reinvesterings- och renoveringspuckel. Revisionen bedömer att en av de viktigaste förutsättningarna för en framtida ekonomi i balans är att få kontroll på investeringsvolymerna.

Trots vidtagna åtgärder som har bidragit till att minska kostnadsökningstakten 2015 så bedömer revisionen att det på sikt finns en fortsatt utmaning. Att långsiktigt klara årliga effektiviseringar på 1,5 till 2 procent vid akutsjukhusen kan på sikt innebära att man måste se över ambitionerna i verksamheterna i den mån som inte intäkterna kan ökas. Drivkrafterna för att öka volymerna i vården med olika typer av avtal och incitament behöver ses över. Samtidigt behöver risken att sjukhusen underpresterar och att produktiviteten går ner hanteras när fokus styrs mer mot kostnader än prestation.

Sjukvården styrs idag av ersättningssystem som ger olika incitament och möjligheter att styra vården. Omställningsavtal för akutsjukhusen 2016-2019 med ekonomiska ramar uppfattas av såväl intervjuade som revisionen som en relevant åtgärd i rådande läge. Ett viktigt skäl till att avtalen togs fram är att kunna kontrollera kostnaderna under omställningsperioden men även att ge tid för att utforma framtida ersättningssystem.

Revisionen uppfattar att det trots ett omfattande prognosarbete fortfarande finns en stor osäkerhet när det gäller bedömningen av det framtida vårdbehovet. Det grundar sig bl.a. på osäkerheten om nedgången av slutenvårdsproduktion på akutsjukhusen är ett bestående trendbrott och de snabba förändringarna i befolkningsprognoserna. Mot bakgrund av att det i dag även finns ca 400 vårdplatser på akutsjukhusen som inte kan nyttjas då det saknas personal börjar även behovet av hur många nya vårdplatser som behövs under de närmaste åren att ifrågasättas.

Underskattandet av renoverings- och ombyggnadsbehoven vid de mindre sjukhusen har inneburit förseningar, vilket lett till konsekvenser för utbyggnaden av nätverkssjukvården där de mindre sjukhusen skulle ha spelat en central roll. Konceptet specialistcenter som en del i detta skulle enligt den ursprungliga planen redan i dag ha varit infört vid tre mindre sjukhus. Granskningen visar att det fortfarande är oklart vad nätverkssjukvård egentligen står för i praktiken trots enskilda försök. Revisionen bedömer att arbetet med att införa nya arbetssätt på bred front behöver ta ett steg framåt.

Det akuta mottagandet är en central process i nätverkssjukvården. Under många år har det funnits en uttalad strävan att minska flödet till akutsjukhusens akuter utan att detta lyckats. Revisionen anser att beslutet i hälso- och sjukvårdsnämnden om en enhetlig struktur och innehåll när det gäller närakuter kan tydliggöra deras roll i vårdsystemet. Inrättandet av tolv närakuter, som dock riskerar att bli försenade, möjliggör en avlastning av akutsjukhusen. Till följd av de förändringar som kommer att ske när det gäller det akuta mottagandet i samband med öppnandet av NKS är det av yttersta vikt att närakuterna är på plats i samband med detta.

Den handlingsplan som tagits fram för satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning är ett steg framåt då planen ger en samlad bild av vad som är aktuellt inom området. Det som inte framgår är i vilken utsträckning projekten är finansierade. När det gäller den stora upphandlingen för att kunna utveckla en ny vårdinformationsmiljö finns även flera andra oklarheter. Om de privata utförarna kan inkluderas är en. Utan deras medverkan finns en uppenbar risk att tillräcklig och adekvat information inte finns att tillgå i hela vårdsystemet.

Kompetensförsörjningen utpekas av flera intervjuade som den största risken i FHS. För att hantera det har ett åtgärdsprogram tagits fram som stöd för en tryggad kompetenförsörjning i landstinget under genomförandet av FHS, men några konkreta resultat har inte kunnat avläsas under 2015.

Slutligen konstaterar revisionen att det har tillkommit ny kunskap och realiteter som lett till förändringar jämfört med den första planen 2011. En successiv förskjutning har bl.a. skett i målbilder när det gäller om- och utbyggnad vart efter förutsättningarna klarnat. Revisionen uppfattar att förändringarna har skett succesivt där beslut om vem som ändrat inriktningen inte alltid är tydligt. Det gäller exempelvis specialistcenter som enligt ett yttrande från HSN inte längre ingår i utvecklingen av nätverkssjukvården trots ett uppdrag från fullmäktige. Hur beslutsprocessen ska utformas för att vara transparent när FHS nu går in i ett intensivt skede av genomförande behöver därför ses över. Då arbetet nu i huvudsak drivs i linjen bedömer revisionen att ett samlat helhetsperspektiv behöver säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt och att de förändringar som görs återförs till fullmäktige.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2011 Framtidsplan för hälso- och sjukvården[1]. Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) omfattar i princip all vård inom landstinget. En bärande tanke enligt planen är att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Den omfattade en vision för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Stockholms län fram till år 2025.

De tre följande åren gjordes dels avrapportering av arbetet, dels preciseringar av strategier och åtgärder som behövdes för Framtidsplanens genomförande i form av uppdaterade planer[2]. Dessa beslutades i samband med landstingsfullmäktiges behandling av budget för åren 2013 till 2015. Vid behandlingen av budgeten för 2016 ändrades denna ordning. FHS redovisades då inte längre i ett eget dokument (bilaga till budgeten) utan arbetades in i huvuddokumentet. Enligt uppgift är avsikten att göra på samma sätt i budgeten för 2017.

Den granskning som revisionen genomförde 2014[3] pekade på komplexiteten i genomförandet av planen. Planen kan ses som ett pussel av insatser där bitarna måste komma på plats i rätt tid för att vården ska fungera såväl under genomförandet som när förändringen är genomförd. För att uppnå målen har fullmäktige beslutat om investeringar långt över de nivåer som gällt de senaste decennierna.

Vid revisionens granskning 2014 lyftes åtta risker fram för det fortsatta arbetet:

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

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

2.2 Revisionsfråga

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

Inom ramen för den övergripande revisionsfrågan har följande delfrågor behandlats:

- Hur organiseras och styrs FHS-arbetet för att målen ska kunna nås?
- Hur sker kostnadskontrollen i arbetet med genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?

[1] LS 1104-0624
[2] Framtidsplan för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet, Framtidsplanen andra steget – konkretiseringen av det fortsatta arbetet, Framtidsplanen - tredje steget i genomförandet.
[3] Landstingsrevisorerna 15/2014, Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014

- Hur sker omstruktureringen av vården för att täcka behoven i olika skeden av projektet?
- Hur byggs styrsystem och lösningar upp för att kunna bedriva vården i öppna nätverk?
- Hur sker kompetensförsörjningen i genomförandet av framtidsplanen på kort och lång sikt?

2.3 Avgränsning

Granskningen av arbetet med FHS har skett på en översiktlig nivå. Arbetet har koncentrerats till några centrala områden där riskerna bedömts som stora. Granskningen har i huvudsak ett styrningsperspektiv. Patientperspektiv finns till viss del med vid granskningen av genomförandefasen. Fokus har varit landstingsstyrelsens (LS) och hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) ansvar för FHS genomförande.

2.4 Bedömningsgrunder

Granskningen utgår från:

- Fullmäktiges mål för arbetet i FHS, beslut i budgetar för åren 2011 - 2016.
- Fullmäktiges övergripande ekonomiska mål om ekonomi i balans.
- Arbetsordningar, reglementen och ägardirektiv 2015-02-17
- Hälso- och sjukvårdslagen, 2 a §: Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

2.5 Metod

Granskningen har genomförts på två sätt. Det ena är att sammanställa iakttagelser från andra genomförda revisionsprojekt under 2015 som berör FHS. Det gäller såväl granskningar inom den årliga revisionen som projekt som redovisats i rapporterna:

1/2015 De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdsstruktur,
4/2015 Avancerad sjukvård i hemmet – bedrivs vården på lika villkor?,
5/2015 Stockholms läns sjukvårdsområde – omställningsarbetet inför Framtidens hälso- och sjukvård,
7/2015 Investeringar – styrning och samordning inom Stockholms läns landsting,
10/2015 Kompetensförsörjning i vården- åtgärder på central nivå och
12/2015 Ägarstyrning i förändring.

Projektarbetet har utgått från de riskområden som lyftes fram i revisionens rapport 15/2014 Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014.

Granskningen enligt ovan har kompletterats med intervjuer med personer som har inblick i FHS-arbetet.

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

3 Organisationen av FHS arbetet

3.1 Stärkt ägarstyrning

Mot bakgrund av att Stockholms läns landsting står inför stora utmaningar, bl.a. genomförandet av FHS, beslutade fullmäktige hösten 2014 att stärka ägarstyrningen av de landstingsägda bolagen[4]. Den politiska organisationen ändrades i syfte att stärka styrningen av landstingets bolag. Ett ägarutskott (ÄU) bildades under LS där samma ledamöter valdes in som i styrelsen för landstingets moderbolag Landstingshuset i Stockholm AB (LISAB)[5]. I början av 2015 gjordes förändringar i ägarpolicy, ägardirektiv och bolagsordningar. Bland annat fick representanter för ägaren rätt att delta i bolagstyrelsernas möten. Landstingsdirektören fick även ett större inflytande vid entledigande och tillsättande av vd. Ägaren, genom ÄU/LISAB, har även varit en av tre avtalsparter i arbetet med att ta fram så kallade omställningsavtal för akutsjukhusen som gäller från och med 2016 (se avsnitt 6.1). När det gäller ansvaret för styrningen av landstingets nämnder ligger det på arbetsutskottet (AU) under LS.

Revisionen genomförde hösten 2015 en enkät- och intervjuundersökning[6] för att ta reda på hur styrelseledamöter och vd:ar i bolagen uppfattar landstingets ägarstyrning[7]. Undersökningen visar att arbetet med att stärka ägarstyrningen enligt fullmäktiges uppdrag har påbörjats, men att det ännu inte fått genomslag i alla styrelser. De vd:ar och ordföranden som haft omfattande kontakter med ägaren, bl.a. i samband med arbetet med omställningsavtalen, uppfattar att ägarens styrning stärkts och blivit tydligare. Samtidigt visar enkäten att majoriteten av alla ledamöter inte märkt någon förändring av ägarstyrningen under 2015.

Det finns bland de intervjuade en förståelse för den stärkta ägarstyrningen, men de menar att det medfört viss oklarhet kring roller och mandat. Förstärkningen av ägarstyrningen påverkar förutom bolagsstyrelserna även rollen för beställaren, (HSN). Några av ledamöterna i bolagen ifrågasätter poängen med att driva verksamheten i bolagsform då handlingsutrymmet för styrelserna begränsas i och med den förstärkta ägarstyrningen. De befarar att bolagsstyrelserna riskerar att bli ”rundningsmärken”. De intervjuade lyfter fram att det blir otydligt vem som i praktiken fungerar som vd:s uppdragsgivare, dvs. om det är styrelsen i enlighet med aktiebolagslagen eller landstingsdirektören. Enkäten visar även att en stor andel av ledamöterna, särskilt inom sjukvården, anser att ägarstyrningen är alltför detaljerad.

Vice VD i LISAB har tillsammans med chefen för NKS programkontor under 2015 lämnat information om FHS-arbetet vid varje ordinarie möte som LS AU haft. Information har regelbundet även lämnats till LS ÄU som en del i den stärka ägarstyrning av de landstingsägda bolagen. I tjänsteutlåtandet till beslut i landstingsfullmäktige17 februari 2015[8] framgår att det är genom LISAB och LS ÄU som riktlinjer och direktiv ska ges till sjukhusen och andra landstingsägda vårdverksamheter för att förverkliga framtidens hälso- och sjukvård.

[4] Ny politisk organisation för Stockholms läns landsting LS 1410-1178
[5] Landstingshuset i Stockholm AB, är moderbolaget för aktiebolagen i SLL, med undantag för AB Storstockholms Lokaltrafik med dotterbolag, och ska på motsvarande sätt som LS styra, leda, samordna och följa upp att dotterbolagen arbetar i enlighet med bolagsordningar och beslutade ägardirektiv. VD för moderbolaget är landstingsdirektören.
[6] Landstingsrevisorerna 12/2015 Ägarstyrning i förändring
[7] Inkluderar även de två förvaltningar som drivs i bolagsliknande former, dvs. Karolinska universitetssjukhuset och Stockholms läns sjukvårdsområde.
[8] Principer för ny tjänstemannaorganisation under LS med anledning av den nya politiska organisationen LS1411-1350

Inför 2015 inrättats även ett FHS-utskott under HSN. Utskottet ansvarar för att samordna, verkställa och följa upp beslut rörande FHS. I första hand är utskottet ett beredningsorgan åt HSN men kan även ges beslutsrätt i vissa frågor genom delegation från nämnden. Utifrån vad som framgår av protokollen och intervjuer så har utskottet under 2015 vare sig berett eller beslutat i några ärenden utan i första hand fungerat som ett informationsforum.

3.2 De centrala förvaltningarnas FHS-arbete

I samband med landstingsfullmäktiges beslut om budget i juni 2011 gav fullmäktige LS i uppdrag att ansvara för genomförandet och organiserandet av FHS på ett lämpligt sätt. Mot bakgrund av detta inrättades en tillfällig tjänstemannaorganisation i form av ett programkontor under landstingsdirektörens ledning. Arbetet med FHS gick från planeringfas till genomförandefas under 2014 och bedrevs t.o.m. sommaren 2015 som ett projekt. Efter beslut i styrgruppen för FHS överfördes då uppdraget till LSF. I avvaktan på en ändrad organisation fortsatte enheten som en sammanhållande kraft för FHS-arbetet under hösten medan uppdrag fördelades mellan LS och HSN.

Från och med den 1 januari 2016 finns uppdraget att hålla samman FHS inom funktionsområdet SLL styrning och ekonomi under ledning av ekonomidirektören (tillika vice VD i LISAB). Förutom en koordineringsfunktion omfattar uppdraget proaktivt arbete för att hantera problem och avvikelser i FHS-arbetet samt att göra uppföljningar. Ett centralt dokument i arbetet är den övergripande genomförandeplanen som innehåller flyttar och större förändringar som sker på akutsjukhusen 2015-2019. Funktionen hanterar även den s.k. vårdutbudskartan. Där framgår utskiftningen av slutenvård till olika vårdgivare för att kunna möta prognostiserat vårdbehov.

Ekonomidirektören har som stöd en samordningsgrupp som bl.a. sorterar frågor till rätt instans. I gruppen ingår landstingets chefsläkare och biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör. Även direktörsgruppen[9], där ekonomidirektören är ordförande, har enligt de intervjuade fått en allt viktigare roll för att hantera frågor med koncernperspektiv. Sju fokusområden har identifierats och för varje område är en av direktörerna ansvarig.

Under hösten 2014 började uppdrag att flyttas över från det dåvarande programkontoret till de centrala förvaltningarna som inrättade s.k. genomförandeområden för att hantera uppdragen. På LSF sammanföll dessa med enheter i linjeorganisationen som då erhöll uppdraget. Inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) gick områdena i större utsträckning på tvärs över organisationsgränserna. I början av 2016 har dock en justering gjorts i strukturen för hur HSF hanterar FHS-uppdragen. Det innebär att arbetet med genomförandeområdena: beställarstyrning, sjukvårdens investeringar och lokaler samt nätverkssjukvård kommer att stärkas med en tydligare koppling till förvaltningens ledningsgrupp. Arbetet kommer att följas upp veckovis. Skälet som anges är att ledningsgruppen på förvaltningen behöver en tätare uppföljning av genomförandet av dessa systemkritiska leveranser i FHS. Arbetet i de övriga utpekade genomförandeområdena inom HSF kommer att övergå i linjen och följas upp på samma sätt som andra uppdrag.

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

I en granskning revisionen genomfört under året av Stockholms läns sjukvårds områdes (SLSO:s) omställningsarbete inför FHS[10] framkom att de övergripande uppdrag som SLSO fått har varit otydliga och allmänt hållna. Det har inneburit att SLSO till stor del fått formulera och precisera sina egna uppdrag. Underlagen till beslutade uppdrag har också vid flera tillfällen varit ofullständiga vilket lett till att arbete utförts i onödan t.ex. avseende omflyttningen av den psykiatriska vården från S:t Görans sjukhus till Sabbatsbergs sjukhus. Uppdrag till SLSO från den tidigare styrgruppen för FHS har också i vissa fall beslutats utan tillräcklig avstämning och förankring. Ett exempel är beslutet att SLSO skulle ansvara för projektorganisation och samordning av investeringar, ombyggnationer och förändringar av vårdverksamheterna på Bromma sjukhus trots att SLSO inte har någon verksamhet där.

3.3 Verksamheternas FHS-arbete

Idag finns etablerade programkontor på akutsjukhusen (utom S:t Eriks ögonsjukhus och Norrtälje sjukhus) och SLSO. Kontoren som har olika uppbyggnad har expanderat under året. Arbetet är hos samtliga starkt fokuserat på att få logistiken att fungera i samband med byggnationerna. Kontinuerliga avrapporteringar sker i respektive styrelse. På Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska) inkluderar programkontorets arbete även utvecklingen av vården och flytten till NKS.

Under 2015 har de lokala programkontoren i olika utsträckning haft löpande kontakter med representanter från det tidigare centrala programkontoret. De lokala genomförandeplanerna med aktiviteter och tidplaner är utgångspunkten för de åtaganden som stämts av. Därutöver har det under året genomförts ett två-dagarsseminarium och tre uppföljningsmöten med deltagare från alla kontoren utom från Södertälje sjukhus. Under 2016 kommer uppföljningen enligt de intervjuade att förändras och det kommer även att bli uppföljningar per verksamhet.

3.4 Revisionens bedömning

FHS drivs från sommaren 2015 inte längre som ett sammanhållet projekt på landstingsövergripande nivå. Planeringen och arbetet med genomförandet har överförts till de centrala förvaltningarnas linjeorganisationer. Revisionen ser att det finns en styrka i att arbetet inte drivs vid sidan om i ett separat spår utan som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården inom landstinget. Det finns, även om ett koordinerande uppdrag lagts på landstingsstyrelsens förvaltning, en påtaglig risk att helhetsperspektivet utifrån FHS försvinner och ersätts av en rad enskilda beslut utan tydlig koppling till målen för FHS.

Det är revisionens bild att de lokala programkontorens fokus fortfarande är på de egna byggnationerna. Att byggnationerna fungerar i enlighet med de lokala genomförandeplanerna är av avgörande betydelse för att det ska finnas tillgång till vårdplatser och mottagningskapacitet i alla delar av omställningsarbetet. Revisionen uppfattar att det är oklart vilken roll som de lokala programkontoren spelar, och kan spela, när det gäller utvecklingen av en nätverkssjukvård i enlighet med FHS-målsättning.

Revisionens undersökning under hösten, som nämns ovan, visar att arbetet med att stärka ägarstyrningen enligt fullmäktiges uppdrag har påbörjats, men att det ännu inte fått genomslag i alla styrelser. Revisionen gör även bedömningen att

[10] Landstingsrevisorerna 5/2015 Stockholms läns sjukvårdsområde – omställningsarbetet inför Framtidens hälso- och sjukvård

det finns en acceptans bland ledamöterna och vd:ar för att ägarstyrningen behöver stärkas. När förändringen successivt genomförs blir det väsentligt att tydliggöra roller och ansvar för såväl bolagsstyrelser som beställare så att de kan bidra till att klara de utmaningar som landstinget står inför i genomförandet av FHS.

4 Kostnadsutvecklingen

4.1 Investeringarnas påverkan på framtida kostnader

Landstinget står inför omfattande investeringar de kommande tio åren med en femdubbling av de årliga investeringsvolymerna 2016 jämfört med tio år tillbaka i tiden. Revisionen har i ett särskilt projekt[11] hösten 2015 granskat hur LS styr, samordnar och prioriterar investeringarna. Slutsatsen i projektrapporten är att LS behöver stärka styrningen och ta ett samlat grepp för att samordna och prioritera investeringar om målet om en ekonomi i balans ska kunna nås framöver.

I fullmäktiges budget 2015 beräknades det totala investeringsutrymmet för den kommande tioårsperioden 2015 - 2024 inklusive investeringar i NKS och utbyggnad av den nya tunnelbanan[12] uppgå till drygt 106 mdkr för landstinget under den kommande tioårsperioden. Av fullmäktiges budget för 2015 framkommer att det fastställda investeringsutrymmet inte får överskridas samtidigt som landstingets fortsatta arbete ska inriktas på att begränsa kostnadsökningstakten. LS fick under 2015 i uppdrag av fullmäktige att se över landstingets investeringar i syfte att identifiera möjliga utgiftsreduktioner. I LS anmälan till fullmäktige om slutlig budget för 2016 finns dock inga förslag till identifierade utgiftsreduktioner.

LSF menar att det finns stora problem med att investeringarna ligger över planeringsnivån, men anser att man har kontroll på att utgifterna är för höga och hänvisar till att ett arbete med prioriteringar nu sker inför budget 2017. Verksamheterna uppfattar att det först nu har varit flera möten med LSF och funktionen för strategiska fastighetsinvesteringar (SFI) inför investeringsbudget 2017 med en bättre samordning och tydligare förutsättningar, exempelvis stöd i kalkylunderlag. Ett arbete pågår också om hur man långsiktigt ska kunna beräkna resultatpåverkan av investeringar fram till 2020-2030.

Det kvarstår dock osäkerhet kring investeringsbehov bl.a. när det gäller IT-investeringar. Ett exempel är det s.k. 3R-projektet för utveckling av nytt vårdinformationsystem (se avsnitt 6.2) där osäkerheten gör det svårt att prioritera. Andra investeringsbehov som kan uppstå som påverkar förutsättningarna för landstingets ekonomi gäller investeringar i trafik. Revisionens granskning av investeringar hösten 2015 visade att det finns investeringsvolymer i trafikförvaltningens planering som inte ingår i LS beräknade investeringsutrymme. Utöver detta kan landstingets finansiering av infrastruktur till följd av den s.k. Sverigeförhandlingen[13] tillkomma. Förhandling pågår och det finns inget avsatt för detta i de planerade investeringsvolymerna framöver.

[11] Landstingsrevisorerna 7/2015 Investeringar – styrning och samordning inom SLL
[12] Utbyggnaden av tunnelbanan finansieras till största delen via medfinansiering.
[13] Sverigeförhandlingen är en statligt tillsatt grupp för förhandling om medfinansiering där kommuner, regioner, städer och näringsliv kan vara med och påverka utbyggnaden av bl.a. kollektivtrafik.

Revisionen har tidigare pekat på att dagens investeringspuckel kan härledas till en motsvarande situation med snabb och omfattande utbyggnad för 40 till 50 år sedan. De kraftigt ökade investeringsvolymer som byggs upp i dag kommer i sin tur att leda till en framtida reinvesterings- och renoveringspuckel. Att större investeringar sedan decennier skjutits fram i tiden innebär att många lokaler inte minst inom vården mer eller mindre samtidigt är i behov av renovering. Till detta kommer ändrade krav i sjukvården bl.a. utifrån patientsäkerhetskrav, men även arbetsmiljökrav som sätter ytterligare press på snabba lösningar. Revisionens granskning av styrningen av investeringarna har dock visat att det i nuläget inte finns tillräckliga underlag avseende fastigheternas status och framtida upprustningsbehov för att ge vägledning när landstinget ska renovera eller avstå från att renovera och i stället bygga nytt.

4.2 Finansieringen

Investeringarna måste finansieras externt med lån eftersom landstinget saknar ett uppbyggt kapital (annat än till omstruktureringsåtgärder). En ekonomi i balans är viktig för att landstinget ska kunna behålla sitt kreditvärderingsbetyg och fortsatt kunna låna till rimliga villkor. Landstinget har tillgångar i form av mark som möjligen kommer att kunna säljas i samband med exploateringen och utbyggnaden av Hagastaden. Några försäljningsintäkter finns inte med i budgeten. Även försäljning av något av de mindre sjukhusen har diskuterats. Enligt en tidigare bedömning på LSF skulle försäljning av mark/fastigheter troligen inte att ge några större reavinster för att finansiera nya investeringar.

Hur de ökade lokalkostnaderna ska finansieras internt inom landstinget är en viktig aspekt. I fullmäktiges budget för 2015 framgår principer för hyressättning i s.k. strategiska fastigheter. Enligt dessa principer ska finansieringen under en femårsperiod delas, enligt en hyresfördelningsmodell, mellan hyresgästen (exempelvis akutsjukhuset) och Landstingsfastigheter Stockholm (LFS), dvs. fastighetägaren för sjukhusens lokaler. Enligt uppgift görs nu en översyn av hyresfördelningsmodellen eftersom andelen strategiska fastigheter har ökat. Hur det kommer att påverka är dock ännu inte klarlagt.

Modellen med en fördelning av hyreskostnaderna mellan hyresgästerna och landstinget centralt innebär likväl att hyresnivån ökar för sjukhusen jämfört med dagens nivåer Detta måste därför mötas med kostnadseffektiviseringar i verksamheterna. Den del av de ökade hyreskostnaderna som belastar LFS måste i sin tur också finansieras. Enligt uppgift sker det genom en sänkning av resultatkravet för LFS. Det finns även ett långsiktigt avkastningskrav på 6 procent över tid för fastighetsverksamheten enl. ett äldre fullmäktigebeslut. En tidigare granskning som revisionen genomfört visade att den faktiska avkastningen några år tillbaka har legat högre än 6 procent. Frågan kvarstår därför vilka effekter hyresfördelningen och översynen av modellen får på landstingets ekonomi framöver.

När det gäller ombyggnationer utanför akutsjukhusen är det mer oklart vem som kommer att stå för de ökade kostnaderna och vad som kommer att vara en strategisk fastighetsinvestering och därmed omfattas av hyresfördelningsmodellen. SLSO gör uppskattningar av hyresnivåerna i de nya byggprojekten i samarbete med Locum där man tagit fram en plan som kan utgöra en allmän grund att utgå från framöver för att kunna kalkylera. SLSO menar dock att det i dagsläget är svårt att göra driftkostnadskalkyler när förutsättningarna t.ex. när det gäller de mindre sjukhusen är oklara. SLSO vet helt enkelt inte vilka objekt

de ska räkna på, men hoppas att besked kommer att ges inför budgetarbetet 2017.

Ute i verksamheterna finns uppfattningen att full kompensation kommer at utgå för ökade lokalkostander. Centralt på SLSO pekar man också på att omställningsavtalet för Karolinska för 2017 är 1 mdkr lägre, vilket ska användas då verksamhet flyttar ut från Karolinska. Enligt intervjuade kommer exempelvis hyrorna på Sollentuna sjukhus att dubbleras. Även om lokalkostnaderna här står för den mindre delen av verksamhetskostnaderna (ca 7 procent i geriatriken) så är det ändå väsentligt att klargöra förutsättningarna för verksamhetsansvariga när kravet även i övrigt är att minska kostnaderna.

Lokalkostnaderna för NKS är enligt intervjuade i sin helhet inräknade i omställningsavtalet för Karolinska. Det finns en särskild klausul om detta i avtalet. Osäkerhet finns dock hur det ekonomiskt ska lösas om det blir aktuellt att behålla delar av nuvarande lokaler på Karolinska i Solna eller om det inte går att lämna lokalerna så snabbt som planerat. Från Karolinska menar man dock att det inte finns motiv för sjukhuset att vara kvar längre än nödvändigt. Men, frågan finns på agendan inför att flytten påbörjas i slutet av 2016. Risk finns också för fördyrning i byggprojekten genom högre anbud, vilket kan leda till att några av Karolinskas projekt inte blir av.

I budgeten ingår även regler för finansiering av omställningskostnader till följd av FHS på 3,5 mdkr (genom en reservering i det egna kapitalet vilket innebär att de inte belastar resultatet). Av dessa avser 2,6 mdkr åren 2015-2018, fördelade enligt en schablon för akutsjukhusen och SLSO. Karolinska, som har beräknat omställningskostnader på 1,6 mdkr på fem år, menar att det är osäkert om det räcker. På SLSO beräknas omställningskostnaderna uppgå till 260 mnkr på 4 år. Beräkningarna av omställningskostnaderna bygger på antagande som gjordes för två år sedan. SLSO ser nu att det i praktiken är svårt att avgöra vad som är omställningskostnader trots det centrala regelverk som tagits fram.

4.3 Förutsättningarna för kostnadskontroll

Under flera år har fullmäktige påtalat vikten av att kostnadsutvecklingstakten behöver brytas som en förutsättning för landstinget att förverkliga planerade investeringar inom vården och trafiken. Av fullmäktiges budget för 2015 framkommer att det fastställda investeringsutrymmet inte får överskridas samtidigt som landstingets fortsatta arbete ska inriktas på att begränsa kostnadsökningstakten.

Revisionen konstaterar att den långsiktigt hållbara kostnadsökningstakten för verksamheten i landstinget successivt reviderats ned. Den faktiska kostnadsökningstakten som ställts upp i budgeten har bakåt i tiden inte kunnat hållas. I budgeten för 2014 planerades det för en kostnadsutveckling på 4 procent, men den faktiska ökningen för 2014 uppgick till 6,6 procent. I slutet av 2015 har dock kostnadsökningen minskat jämfört med tidigare nivåer och för 2015 uppgår den till 3,3 procent. I fullmäktiges budget för 2016 har en långsiktigt hållbar kostnadsökningstakt reviderats ner till 3,3 procent för landstinget som helhet.

I syfte att underlätta genomförandet av FHS och ge parterna en tydlig ekonomisk ram för hela avtalstiden, så har flerårsavtalen med akutsjukhusen ersatts av omställningsavtal för perioden 2016 – 2019 (se även avsnitt 6.1). Omställningsavtalen har karaktär av anslagsfinansiering/ekonomisk ram som innebär

ett tak för akutsjukhusens kostnadsökningstakt på 2,5 procent mellan 2015 och 2016 och 1,5 procent per år åren därefter.

Ansvariga för FHS och landstingets ekonomi på LSF lyfter fram att omställningsavtalen är viktiga för hela landstingets ekonomi och att de måste hållas. De innebär historiskt låga nivåer när det gäller kostnadsökningar, men ger möjlighet att arbeta på ett annat sätt. Vidare menar man att den politiska ledningen signalerar ett tydligare uppdrag att hålla ramarna. En viss oro finns hos tjänstemännen hur man kommer att kunna hantera situationer som kan uppstå när verksamheterna på allvar börjar se över och genomföra större förändringar. Ett exempel som nämns är hanteringen av Södra BB.

På frågan om det är möjligt att långsiktigt hålla nere kostnadsökningstakten på historiskt låga nivåer svarar LSF att kostnadsökningstakten är bruten 2015 och att något ändå har hänt. Man menar att ledningarna på akutsjukhusen har uppfattat att detta är viktigt och att det nu gäller att också ha med sig styrelserna. När det gäller förutsättningarna för att styra kostnadsutvecklingen och få kontroll på investeringarna menar LSF att det ska gå att få fram tillräckliga underlag på ett år. Att verkligen ändra kulturen och styra ordentligt kan ta längre tid, men förståelsen för vad som krävs finns nu ute i verksamheten.

På HSF uppfattar man att viss osäkerhet finns om man kommer att klara att hålla omställningsavtalen alla fyra åren. Sådant som kan leda till att avtalen behöver förändras är exempelvis oklarheter i vad överflyttning av verksamheter kommer att leda till för ekonomiska konsekvenser för den som lämnar respektive tar emot.

Från LSF:s sida pekar man på att ansvaret för att styra kostnadsutvecklingen för övrig vård utanför akutsjukhusen är beställarens ansvar, dvs. HSN och dess förvaltning. Ägaren styr via ägardirektiv men ska inte bestämma vilken vård som exempelvis ska flyttas ut från akutsjukhusen till SLSO eller hur ersättningsfrågor ska lösas. Minskningen av Karolinskas ram på 1 mdkr, som nämns ovan, disponeras av HSN att användas för utökning av ersättning till andra vårdgivare. LSF menar dock att det varit önskvärt att HSN kommit längre i översynen av ersättningssystemen.

På Karolinska pekar man på att omställningsavtalen framförallt förutsätter personalminskningar eftersom personalkostnaderna annars inte kommer att kunna hållas på så låg nivå. Under 2015 har Karolinska genomfört ett åtgärdsprogram som varit mer direkt riktat mot de divisioner som haft problem. Karolinska har även utökat ekonomifunktionen bl.a. i syfte att utveckla en mer långsiktig planering för att kunna kontrollera utvecklingen mot kraven i omställningsavtalen.

Från Karolinskas perspektiv ser man att kostnadsutvecklingen inom SLL hänger mycket på hur man lyckas styra efterfrågan på vård där vårdvalen är en del. Dämpande mekanismer finns nu för sjukhusen genom omställningsavtalen, men inte för övriga vårdgivare (se även avsnitt 6.1). Samtidigt lyfter företrädare för sjukhuset fram risken för lägre produktivitet inte minst på det egna sjukhuset där många aktiviteter ska genomföras i verksamheterna och personal ska utbildas parallellt med flytten av verksamheter till NKS.

Inom SLSO menar man att landstinget kanske inte kan göra allt samtidigt. Det finns exempel på omflyttningar av vård som inte kan försvaras kostnadsmässigt. För egen del ser man inte att SLSO kan ha målet på 3,3 procent i långsiktig

kostnadsutveckling med tanke på all verksamhet de ska ta emot och menar att många 100 mnkr måste komma via HSF som i sin tur ska finansieras via den miljard som kommer från sänkningen av Karolinskas omställningsavtal.

4.4 Revisionens bedömning

De kraftigt ökade investeringsvolymer som byggs upp i dag kommer att leda till ökade kostnader för landstinget under en lång period framöver vilket i sin tur minskar utrymmet för verksamhetskostnader. Dagens investeringar kommer även i sin tur att leda till en framtida reinvesterings- och renoveringspuckel. Revisionen bedömer att en av de viktigaste förutsättningarna för en framtida ekonomi i balans är att få kontroll på investeringsvolymerna.

Revisionen konstaterar att budgeten förutsätter att ambitionsnivån vad gäller investeringarna ses över och här finns en stor utmaning inte minst eftersom investeringar i vård respektive trafik hanteras i separata spår och inte ställs mot varandra. Revisionen menar därför att det kommer att krävas prioriteringar inte bara mellan olika vårdinvesteringar utan även totalt. Revisionen ser också att det har skett en successiv förskjutning i målbilden när det gäller vad som behöver byggas om och byggas till vart efter förutsättningarna klarnat. Det behöver nu tas ett tydligt grepp för att klargöra vad som ska göras på de mindre sjukhusen för att kunna göra driftkostnadskalkyler och beräkna framtida kostnader.

Revisionen bedömer att den stärkta ägarstyrningen inom LS, som börjat få genomslag under 2015, liksom omställningsavtalen som gäller från 2016 är viktiga förutsättningar för kostnadskontrollen. Men det kommer också att krävas uthållighet och att kunna stå emot opinionsvindar. Revisionen ser även att HSN:s roll som beställare i styrningen av övrig vård behöver bli tydligare så att styrsystemen hänger ihop. En fråga är också hur långt 1 mdkr från Karolinska räcker för att omfördela till andra. Särskilt som det råder osäkerhet kring hur det ekonomiskt ska lösas om vissa lokaler på nuvarande Karolinska i Solna behöver behållas eller inte går att lämna så snabbt som planerat. Erfarenheten visar att det är lättare att bygga ut ny verksamhet än att dra ner på resurser när delar av verksamheten läggs ner eller flyttas, inte minst olika typer av gemensamma resurser.

Trots de vidtagna åtgärderna som har bidragit till att minska kostnadsökningstakten 2015 så bedömer revisionen att det på sikt finns en fortsatt utmaning. Att långsiktigt klara årliga effektiviseringar på 1,5 till 2 procent i vården kan på sikt innebära att man måste se över ambitionerna i verksamheterna i den mån som inte intäkterna kan ökas. Drivkrafterna för att öka volymerna i vården med olika typer av avtal och incitament behöver ses över. Samtidigt behöver risken att sjukhusen underpresterar och att produktiviteten går ner hanteras när fokus styrs mer mot kostnader än prestation.

5 Omstruktureringen av vården

5.1 Tidplan och byggnationer

Det pågår en omfattande byggverksamhet på akutsjukhusen i landstinget. Byggnationerna påverkar i olika grad befintlig verksamhet. Överklaganden och upphandlingar som behöver göras om medför förskjutningar av tidplaner. Enligt intervjuade så har man hittills hittat lösningar som gör att vården ska kunna fungera under ombyggnationerna och vid driftsättningen av NKS. Som framgått ovan kommer LSF göra en genomgång av planerade investeringar inför

landstingsfullmäktiges behandling av budget 2017. Genomgången inkluderar inte de igångsatta byggnationerna på Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus.

På S:t Görans sjukhus område bygger landstinget bl.a. en förlossningsenhet som kommer att drivas av Capio S:t Göran AB som sedan tidigare har avtal om vård på sjukhuset. Denna förlossningsenhet kommer därmed inte att omfattas av vårdvalsprinciperna och kommer inte heller kunna tas över av någon annan aktör under avtalstiden för att bedriva vårdval förlossning.

När det gäller NKS så följer byggnationerna upplagd plan och de först färdiga lokalerna överlämnas till Karolinska den1 juni 2016. Viss installation av utrustning (främst tung radiologisk utrustning) kommer dock att ske efter detta datum. Detta påverkar Karolinskas möjligheter att från klinisk utgångspunkt färdigställa lokalerna, vilket i sin tur påverkar datum för driftsättning. Driftsättning beräknas dock fortfarande kunna ske från och med kvartal fyra 2016.

Revisionens granskning under året av de mindre sjukhusens roll i sjukvårdsstrukturen[14]har visat att renoverings- och ombyggnadsbehoven i de ursprungliga planerna underskattats, vilket lett till att ombyggnaderna försenats. De inventeringar som gjorts av lokalerna för att bedöma i vilken omfattning vård skulle kunna bedrivas där har inte varit tillräckligt noggranna. LSF skriver i sitt yttrande över rapporten[15] att: ”Det är naturligtvis olyckligt att detta inte upptäckts tidigare, men det hade förutsatt en betydligt mer omfattande inledande genomgång och bedömning av byggnadernas skick.”

Revisionen har i tidigare granskningar konstaterat att fördelningen av ansvar för de strategiska fastighetsinvesteringarna mellan LS och Locum m.fl. varit otydlig. I ägardirektiven som förändrades under 2014[16] har ansvarsfördelningen förtydligats. Enligt de intervjuade är rollerna idag mycket klarare.

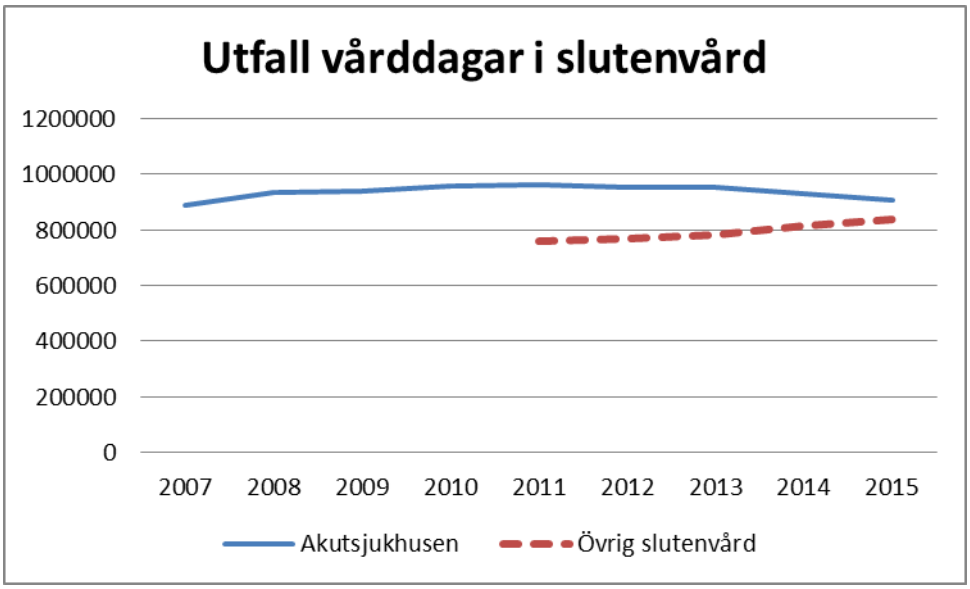
Av de ursprungliga idéerna för ombyggnation av de mindre sjukhusen är det bara Sollentuna sjukhus som har lett till en genomförandeplan. Det finns idag flera orsaker utöver lokalernas standard till att utbyggnaden vid de mindre sjukhusen skjutits upp. För det första finns det inte budgetutrymme för alla investeringar. För det andra ifrågasätts de tidigare beräkningarna av behovet av nya vårdplatser. Det görs dels mot bakgrund av att det idag finns 400 tomma vårdplatser på akutsjukhusen, dels att trenden med ökande antal vårdtillfällen och vårddagar brutits (se avsnitt 5.2). Intervjuade har även pekat på att viss vård där man planerar olika omflyttningar kanske inte ska flyttas eftersom det kostar för mycket att anpassa lokalerna och menar att en omprövning måste kunna göras. Ansvariga för genomförandet av FHS menar även att behovet av att öka antalet vårdplatser genom ombyggnationer och tillbyggnationer i större utsträckning förefaller att kunna klaras i befintliga lokaler än vad som förutsattses när arbetet med FHS startade 2011-2012. För det tredje finns osäkerhet om vad ett införande av vårdval inom geriatriken[17] kommer att få för konsekvenser för platsbehovet på de mindre sjukhusen. Vårdval kan leda till att aktörer startar verksamhet i egna lokaler i stället för att välja lokaler på de mindre sjukhusen som landstingen äger. För det fjärde så måste hänsyn också tas till förändringar i befolkningsprognosen där olika osäkerheter behöver följas upp och analyseras.

[14] Landstingsrevisorerna 1/2015 De mindre sjukhusens roll i en förändrad vårdsstruktur
[15] LS2015-1137
[16] Landstingsrevisorerna Årsrapport för LS 2014.
[17] LS 2015-0039 LS, 1312-1542

Ett ytterligare byggprojekt som tillkommit är i ordningsställande av tolv enhetliga närakuter. Beslut togs i HSN i september 2015. Då hade ännu inte Locum tillfrågats om tillgången på lämpliga lokaler för ändamålet. Idag har arbetet hög prioritet och det pågår nu genomgång av olika lösningar och ombyggnadsbehov.

5.2 Utflyttning av vård - nätverkssjukvård

En konkret förändring som skett under de senaste åren är att slutenvården utanför akutsjukhusen har ökat samtidigt som den minskat vid akutsjukhusen. Antalet vårdtillfällen har ökat varje år sedan 2004 för att minska under 2015. Störst är minskningen vid akutsjukhusen som för andra året i rad minskat med mer än 2 000 vårdtillfällen. Av diagrammet nedan framgår att antalet vårddagar vid akutsjukhusen inte varit så lågt sedan 2007.



Källa: arbetsmaterial från valdatabasen

Vilken vård som skulle bedrivas på NKS och vilken som skulle flyttas ut var en av de första pusselbitarna som skulle läggas i FHS-pusslet. Utifrån den skulle vården på de andra motagande akutsjukhusen planeras. Planeringen har dock förändrats. Tidplanen och planen för vilken vård som ska flyttas ut beräknas nu vara klar först till sommaren 2016.

Revisionens granskning[18] av vårdvalet inom den avancerade sjukvården i hemmet (ASiH) visar att det skett en kraftig ökning av insatser med en ökad tillgång till denna vårdform för nya målgrupper. Enligt en utvärdering[19] som genomfördes 2015, uppnår ASiH målet att minska inflödet till akutsjukhus, men inte målet att påskynda utflödet från akutsjukhus. Enligt utvärderingen avviker också ASiH-insatserna från intentionen att denna vårdform ska vara ett alternativ till slutenvård då insatserna domineras av basal vård och omsorg snarare än avancerad sjukvård.

5.3 Nätverkssjukvård

I Framtidsplanen - Andra steget redovisades fyra principer för nätverkssjukvården:

[18] Landstingsrevisorerna 4/2015 Avancerad sjukvård i hemmet – bedrivs vården på lika villkor?
[19] Utvärdering av avancerad sjukvård i hemmet inom SLL, Health Navigator, 2015.

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

Ett år senare i Framtidsplanen - Tredje steget konkretiserades dessa med 30 åtgärdspunkter.

I HSN:s yttrande över revisionsrapporten om de mindre sjukhusen framhålls att utveckling av vård i enlighet med FHS tankegångar om nätverkssjukvård ingår i förvaltningens genomförandearbete. Bland annat ska resultatet av ett pågående utvecklingsarbete benämnt Sammanhållen Vård genom Enhetliga Arbetssätt (SVEA) successivt implementeras. De goda exempel som lyfts fram vid intervjuerna när det gäller nätverkssjukvård är arbetet med 4 diagnoser och uppbyggnaden av enheten för remautologi där SLSO ska svara för driften i samverkan med Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska institutet. Det framhålls även att en avsikt med omställningsavtalen för akutsjukhusen är att stimulera till samverkan och samordning med andra vårdgivare utanför akutsjukhusen så att nätverksarbetet kring patienten stärks och utvecklas. Ett exempel på ett annat sorts nätverk som lyfts fram som ett resultat av FHS och cancerplanen är att tre nya bröstcentrum nu har helhetsansvar för hela vårdkedjan från utredning och diagnos till behandling, uppföljning och rehabilitering.[20]

Vid intervjuerna har frågan ställts om visionen om nätverkssjukvård fortfarande kvarstår. Svaren varierar från de som menar att frågan är en av grunderna i utformningen av den framtida vården med ”vårdflöden” mellan vårdgivare, till de som anser att vården redan fungerar så. Någon menar att man inte pratar om nätverkssjukvård på samma sätt som förut och andra anser att det inte händer något på området.

Specialistcentrum, dvs. mindre sjukhus där resurser och specialistkompetens samlas för att ge en samlad vård för bl.a. multisjuka, var i den första framtidsplanen 2011 en central del i utvecklandet av nätverkssjukvården. I Framtidsplanen första steget 2012[21] beskrivs hur tre specialistcenter ska vara färdigställda 2015/2016 och en första verksamhet driftsättas 2013. HSN fick i uppdrag att utveckla den specialiserade sjukvården utanför akutsjukhusen där specialistcentrum var en del. Men, som framgått har byggnationerna på de mindre sjukhusen av olika anledningar antingen utgått ur planeringen eller försenats. Av HSN:s yttrande över revisionsrapporten om de mindre sjukhusen[22] framgår:” När HSF tog över planerings- och genomförandearbetet från programkontoret avslutades planeringen utifrån detta koncept, då de förändringar av styrningen som skulle krävas bedömdes vara omöjligt att genomföra.”

5.4 Akuta mottagandet

Det akuta mottagandet i sjukvården står inför stora utmaningar de närmaste åren. Karolinskas akutmottagning i Solna ska ersättas av NKS med en akutmottagning som är utformad efter sjukhusets högspecialiserade uppdrag. Det innebär en akutmottagning anpassad för ambulans- och helikopterfall, hänvisningsfall från andra sjukhus samt för patienter som nyligen vårdats på sjukhuset.[23]. Vid övriga akutsjukhus pågår omfattande ombyggnationer av akutmottagning-

[20] HSN nytt 01/16
[21] LS1109-1229
[22] HSN 1509-1124
[23] LS 1409-1068

arna för att de ska kunna ta emot fler patienter. Det finns därutöver en inriktning inom FHS att utveckla rådgivningen och akutvården i den övriga öppenvården för att vårdsökande som inte behöver akutmottagningarnas resurser i första hand inte ska söka vård där.

HSF genomförde under 2013 en omfattande genomlysning av länets akutmottagningar. Arbetet utmynnade i 21 arbetspunkter för att förbättra akutmottagningsverksamheten. Revisionen har i slutet av 2015 genomfört en problemanalys av det akuta mottagandet för att få underlag till en eventuell vidare granskning. Den bild som framkommer i denna analys, men som inte är statistiskt bekräftad, är att andelen patienter med lägre prioriteringsgrad ökat på akutmottagningarna. Alla akutmottagningar rapporterar att flödena därifrån till viss del stoppas upp av svårigheter att få patienterna vidare från akuten. Detta kan avse inskrivning på annan klinik vid sjukhuset som delvis beror på att vissa vårdplatser är stängda till följd av bristen på sjuksköterkor. På Karolinska Huddinge har situationen föranlett Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att efter flera påpekande om brister som inte åtgärdats hota med vite på en miljon kronor om det inte blir bättre till den sista mars[24]. Under sommaren och en period under hösten 2015 stängdes även barnakuten på natten på grund av personalbrist.

För att avlasta akutsjukhusens akutmottagningar har HSN fattat beslut om att utveckla en närakutstruktur[25]. Bakgrunden är att länets 17 närakuter idag har stora olikheter vilket sammantaget resulterat i stora skillnader i nivån på det akuta omhändertagande som erbjuds vid mottagningarna. Enligt förvaltningen är det ur ett patientsäkerhetsperspektiv viktigt att benämningen på det vårdutbud som erbjuds vårdsökande med akuta sjukdomstillstånd betyder samma sak.

Mot bakgrund av den redovisade problembilden ska den framtida närakutstrukturen omfatta:

- Enhetligt verksamhetsinnehåll, enhetliga kompetenskrav och konsultationsmöjligheter
- Enhetliga öppethållandetider
- Enhetlig tillgång till röntgen och laboratorium
- Enhetliga principer vad gäller lokalisering
- Enhetliga principer vad gäller avtalsform

Enligt tjänsteutlåtandet föreslås den nya närakutstrukturen implementeras från och med den 1 januari 2017. Detta förutsatte dock att förslag till förfrågningsunderlag kunde behandlas av HSN under hösten 2015, varefter upphandling av verksamheten kan påbörjas. Något sådant ärende har i januari 2016 fortfarande inte behandlats och frågan är om de kommer att kunna utgöra den avlastande roll som det var tänkt när Karolinska Solnas akutmottagning får ett förändrat uppdrag.

5.5 Revisionens bedömning

På övergripande nivå har arbetet med FHS inneburit nya ställningstaganden vart efter projektet gått från planering till genomförande. Jämfört med den första planen 2011 så har mycket förändrats. Det gäller såväl vårdprognoser, NKS kapacitet, kunskapen om vårdlokalers status, möjligheten att skifta ut vård, möjligheten att styra vård till vissa lokaler och synen på specialistcenter. Det är dessutom påtagligt att det fortfarande finns en oklarhet vad ett av de

[24] Svenska Dagbladet 20/1 2016
[25] HSN 1506-0854

väsentliga koncepten inom FHS, nätverkssjukvården, egentligen står för. De goda exempel som lyfts fram är enskilda projekt. Revisionen bedömer att arbetet med att införa nya arbetssätt på bred front behöver ta ett steg framåt.

När det gäller konceptet specialistcenter så noterar revisionen att HSN i sitt yttrande till revisionen avsäger sig den delen av uppdraget som fullmäktige beslutat om. Det är oklart på vilket sätt beslutet om ändrat uppdrag är fattat och hur det är årerrapporterar eller ska återrapporteras till fullmäktige.

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

Revisionen har i tidigare rapporter lyft fram brister vid inventeringarna av vårdlokaler i olika skeenden samt otydligheten i roller och ansvar mellan berörda parter. Enligt revisionens bedömning fungerar det bättre mellan de olika parterna idag och det finns en större tydlighet i roller och ansvar. Men revisionen ställer sig frågande till varför inte Locum, som är fastighetsförvaltare av huvudelen av de lokaler som är tänkta att användas, involverades i ärendet om den framtida närakutstrukturen innan HSN beslutade i ärendet. Det kan leda till att bristande underlag gör att planeringen måste ändras med förseningar som följd. Under många år har det funnits en uttalad strävan att minska flödet till akutsjukhusens akuter utan att det lyckats. Revisionen bedömer att det är väsentligt att utvecklingen i enlighet med den beslutade närakutstrukturen inte försenas och att patientflödena i det akuta mottagandet ändras från akutsjukhusen.

6 Systemstöd

6.1 Avtal och ersättningssystem

HSN styr idag sjukvården med en rad olika ersättningsmodeller. Enligt vad som framkommit av intervjuerna så har utvecklingen av dessa under 2015 inte bedrivits samordnat utan skett var för sig för de olika verksamheterna. Genom att utgångspunkten har varit målen i FHS har utvecklingen ändå gått åt rätt håll enligt den ansvarige för utvecklingen av ersättningssystem på HSF. De största förändringarna i ersättningssystemen under 2015 är i systemen för akutsjukhusen och husläkarmottagningarna.

Ett omfattande arbete har under 2015 bedrivits för att ta fram de så kallade omställningsavtalen för akutsjukhusen. Avtalen omfattar tre parter (ägare, beställare och vårdgivare) till skillnad mot tidigare två parter (beställare och vårdgivare). Arbetet pågick under hela året fram till att beslut fattades i slutet av hösten. Syftet med omställningsavtalen är enligt tjänsteutlåtandet[26] att ge akutsjukhusen långsiktiga, tydliga och stabila förutsättningar att driva sin verksamhet och därigenom underlätta genomförandet av Framtidsplanen. Avtalen som avser åren 2016-2019 omfattar:

- högspecialiserad akut och elektiv vård (för vissa akutsjukhus)
- specialiserad akut och elektiv somatisk sjukvård
- geriatrisk vård (för vissa akutsjukhus)

[26] HSN 1506-0845

• annan akut och elektiv vård som av olika skäl bör ges av Vårdgivaren

I omställningsavtalen preciseras även de uppdrag som ägaren och beställaren åtagit sig för att underlätta för akutsjukhusen att styra mot målen i FHS.

Ett ytterligare motiv till omställningsavtalens konstruktion med anslag är att ge utrymme för att utveckla nya ersättningssystem till 2020. Det finns en samstämmig bild bland de som intervjuats i denna granskning att denna konstruktion var det bästa alternativet för de närmaste åren när NKS ska fasas in. Men, de lyfter även fram att det finns en risk att produktiviteten går ner och att det kommer att utföras för lite vård. Andra tror att det kommer att bli mycket omförhandlingar utifrån konsekvenser som inte förutsetts. På Karolinska pekar man, som tidigare nämnts, på att omställningsavtalen framförallt förutsätter personalminskningar om det ska gå att hålla. En möjlighet är att framöver förändra vården mot mer dagvård.

Avtalet och ersättningsmodellen för S:t Görans sjukhus kommer att avvika mot de landstingsdrivna akutsjukhusen i och med omställningsavtalen. De olika avtalsformerna innebär att beställaren kommer att ha olika styrinstrumenten för att styra vården vid akutsjukhusen.

HSN beslutade under hösten 2015 att genomföra förändringar i förfrågningsunderlaget för vårdvalsområdet husläkarverksamhet med basal hemsjukvård inför 2016[27]. Bland annat ökade andelen fast ersättning i relation till rörlig besöksersättning från 40 procent till 60. Motivet var bl.a. att förbättra förutsättningarna för omhändertagandet av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter och undanröja hinder för innovationer samt införande av nya vårdtjänster som en del i genomförandet av FHS. Flera intervjuade har varit positiva till förändringen och menar att den nya konstruktionen möjliggör ett annat arbetssätt.

6.2 System för IT- och E-hälsa

En kraftfull utveckling av IT-stöd och e-hälsa har sedan starten av FHS framhållits som grundläggande förutsättningar för genomförandet av FHS vårdstruktur och arbetssätt. E-hälsa och IT-stöd behövs för att vårdgivarna bättre ska kunna samverka i vården av den enskilde patienten med förbättrad tillgång till information. En handlingsplan[28] med satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning som ska stödja genomförandet av FHS har nu tagits fram. Utgångspunkten för planen uppges vara de tidigare nämnda fyra principerna som är vägledande för nätverkssjukvård. Handlingsplanen består av 35 projekt, stora och små, som ska svara upp mot principerna. En del av projekten är enligt uppgift finansierade medan andra behöver kompletterande beslut.

Ett av projekten är det samarbete som pågår mellan de tre största landstingen/regionerna inom ramen för det s.k. 3R efter beslut i respektive fullmäktige under 2014. Projektets syfte är att införa ett nytt systemstöd för hantering av vårdinformation för att klara såväl patienternas, vårdens, forskningens som administrationens krav. En central del i arbetet är att upphandla ett ”kärnsystem”. Upphandlingen ska påbörjas i april 2016. Enligt vad som framkommit vid intervjuerna finns det bara ett par företag i världen som kan leverera ett system som har de funktioner som efterfrågas. Region Skåne är kvar i projektet

[27] HSN 1506-0745

[28] LS2015-0081

men har beslutat att inte delta i upphandlingen utan avvaktar då de redan påbörjat en uppdateringsupphandling av ett befintligt system.

I granskningen framkommer en blandad bild av arbetet med e-hälsa. Några uppfattar att arbetet har strukturerats och utvecklats under året från en rörig nivå. Andra tycker att det fortfarande är rörigt och uppfattar att det är oklart hur det kommer att gå med införande av nya system. Finansieringen är en avgörande fråga eftersom det ännu inte är klart vad detta kan komma att kosta. En annan fråga är hur vård som bedrivs av privata utförare ska kopplas ihop med en framtida vårdinformationsmiljö inom landstinget. Privata utförare står för en stor del av dagens vård och andelen ökar. Om det inte kommer att vara inkopplade i den nya miljön tillsammans med den landstingsdrivna vården så kan det utgöra ett hinder för att bedriva nätverkssjukvård.

6.3 Revisionens bedömning

Det är svårt att bedöma vilka effekter omställningsavtalen som gäller från den 1 januari 2016 för akutsjukhusen kommer att få för utvecklingen av vård i FHS riktning. Ett viktigt skäl till att avtalen togs fram är att kunna kontrollera kostnaderna under omställningsperioden (se avsnitt 4.3) men även att ge tid för att utforma framtida ersättningssystem. Samtidigt ser revisionen att det finns risk för att produktiviteten sjunker under omställningsperioden. Idag ger sjukvårdens ersättningssystem olika incitament och möjligheter att styra vården. Revisionen ser därför, likt förra året, uppdraget att ensa systemen så att de ger förutsättningar för den nätverkssjukvård som eftersträvas som en av de största utmaningarna i FHS.

Den handlingsplan som tagits fram för satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning är ett steg framåt då planen ger en samlad bild av vad som är aktuellt inom området. Det som inte framgår är i vilken utsträckning projekten är finansierade. När det gäller den stora upphandlingen för att kunna utveckla en ny vårdinformationsmiljö finns flera oklarheter utöver finansieringen. Om de privata utförarna kan inkluderas är en. Utan deras medverkan finns en uppenbar risk att en av de tidigare nämnda principerna för nätverkssjukvården om att tillräcklig och adekvat information och kompetens ska finnas i hela vården inte kan uppfyllas.

7 Kompetensförsörjning

7.1 Kompetensfrågor som del av FHS

Revisonen har under året i ett projekt[29] granskat om landstinget på central nivå vidtar åtgärder som bidrar till att säkerställa kompetensen i vården och uppfylla fullmäktiges mål. Av rapporten framgår att det politiska ansvaret för landstingets strategiska kompetensförsörjning ligger på personalutskottet under landstingsstyrelen. Inom LSF är det funktionsområdet SLL Personal och utbildning som har det övergripande ansvaret för att säkerställa arbetet med den framtida kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och FHS.

I syfte att stödja kompetensförsörjningen i FHS samtidigt som vårdproduktionen upprätthålls och utvecklas, har programmet *Gemensamt ansvar för tryggad kompetensförsörjning i Stockholms läns hälso- och sjukvård* initierats. Åtgärdsprogrammet har tagits fram av personaldirektörsnätverket, där verksamheternas HR-chefer/personaldirektörer ingår, på uppdrag av landstingsdirektö-

[29] Landstingsrevisorerna 10/2015 Kompetensförsörjning i vården- åtgärder på central nivå.

ren, och avses genomföras under perioden 2014-2018. Det gemensamma åtgärdsprogrammet ska ses som ett stöd för att skapa långsiktiga förutsättningar för kompetensförsörjning och rekrytering och i förlängningen att uppnå fullmäktiges mål. Programmet innehåller sex delar med totalt 45 aktiviteter och uppföljning ska ske tertialsvis och samordnas med annan rapportering, som årsbokslut 2015.

Revisionen konstaterar också att omfattning och kostnader för programmet inte är beräknade. Insatserna förväntas genomföras inom ramen för befintlig verksamhet. Men flera av åtgärderna kräver omfattande resurser. En förutsättning för genomförandet är att det finns fungerande former för samverkan med tydliga mandat så att de verksamhetsrepresentanter som fattar beslut i dessa grupper också är de som kan säkerställa att genomförandet sker.

Vid de intervjuer som genomförts i denna granskning framkommer en splittrad bild av utvecklingen när det gäller kompetensförsörjningsfrågorna. Trots det arbete som redovisats ovan efterlyser flera intervjuade ett samlat grepp över frågorna på övergripande strukturell nivå. Flera lyfter även kompetensförsörjningen som den största risken för att kunna ge en framtida god vård inom ramen för FHS. Några av de frågor som lyfts tidigare år tas fortfarande upp som kvarstående som: pensionsavtal, hantering av delade tjänster, kompetensutvecklingen vid akutsjukhusen när lättare vård flyttas ut och hur jour ska klaras när personal flyttar ut.

En ytterligare risk som tagits upp vid intervjuerna är risken för att personal slutar i samband med omstruktureringar. Det gäller t.ex. vid akutmottagningen vid Karolinska Solna i samband med förändringen av verksamheten där samtidigt som akuten på S:t Görans sjukhus byggs ut. SLSO har genomfört en riskanalys inför flytten av geriatriken på Danderyds sjukhus till Sollentuna sjukhus. Enligt analysen finns risk att medarbetare kommer att sluta i samband med flytten.

7.2 Revisionens bedömning

I revisionens granskning av kompetensförsörjningen under 2015 görs bedömningen att det åtgärdsprogram som tagits fram av personaldirektörerna ger underlag för ett samlat strategiskt arbete. Revisionen menar dock att åtgärderna valts ut utifrån områden där LSF bedömt att landstinget har störst möjlighet att kraftsamla och kan nå framgång vilket inte alltid är i linje med verksamheternas kompetensförsörjningsbehov. Revisionen menar att vidare att det finns risk att åtgärderna inte kan genomföras fullt ut, särskilt som flera av åtgärderna kräver omfattande resurser. Revisionen bedömer även att det behöver utvecklas fungerande former för samverkan.

En slutsats som kan dras av vad som framkommit vid intervjuerna är att kompetensförsörjning kvarstår som en risk inom hälso- och sjukvården oavsett FHS.

Kort om rapporten

Under 2015 övergick arbetet med framtidens hälso- och sjukvård från ett sammanhållet projekt till att hanteras i de centrala förvaltningarnas linjeorganisationer. Det innebär att arbetet drivs som en integrerad del i utvecklingen av sjukvården i allmänhet, vilket kan vara en styrka. En spridning på flera händer innebär dock en risk för att helhetsperspektivet tappas. Granskningen har bland annat visat att det är otydligt hur förändringar som görs i de beslutade planerna återförs till fullmäktige. Vidare måste införandet av nya arbetssätt i nätverkssjukvården på bred front ta ett steg framåt. De riskområden som revisionen tidigare pekat består i huvudsak. Det gäller såväl: investeringar, kostnadsökningstakt, ersättningssystem, dimensionering av vård, IT- och e-hälsosystem, kompetensförsörjning och det akuta mottagandet. För att förverkliga framtidsplanen måste dessa risker hanteras och ett samlat helhetsperspektiv behöver säkerställas.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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

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

Org.nr: 232100-0016