Stockholms läns landsting

11

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 12/2017 Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017

HSN 2018-0360

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Projekt- och utredningskontor
Christina Holmström

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-04-26

HSN 2018-0360

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över landstingsrevisorernas rapport 12/2017 Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017

Ärendebeskrivning
Landstingsrevisorerna har översänt rapporten 12/2017 Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017 till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Landstingsrevisorernas rapport 12/2017

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i utskottet för framtidens hälso- och sjukvård.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsrevisorerna överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Revisionen har granskat arbetet med Framtidens hälso-och sjukvård och i likhet med tidigare år har revisionen sammanställt en genomarbetad rapport.

Förvaltningen har noterat att revisorerna önskar att hälso- och sjukvårdsnämnden i sitt yttrande särskilt berör hur nämnden för egen del

ska ta ett samlat grepp om utvecklingen av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) när den nu går in i den mest intensiva omvandlingsfasen. Revisionen önskar också svar på hur oklarheter som uppstått i ansvar och roller i genomförandet av FHS ska tydliggöras. Vidare önskar revisorerna svar på hur tillgången på disponibla vårdplatser ska säkerställas när förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård ska ske samtidigt som omfattande byggnationer pågår.

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

Samlat grepp
Revisionsrapporten lyfter fram *”att det är problematiskt att inget av de politiska organen längre har något samlat grepp om utvecklingen när arbetet går in i den mest intensiva omvandlingsfasen”* och frågar *”hur nämnden för egen del ska ta ett samlat grepp om utvecklingen av FHS”.*

Bakgrunden är att det de första åren efter beslutet om framtidsplanen 2011 skedde en samlad återrapportering till fullmäktige i samband med budgetbehandlingen. Numera sker en månatlig rapportering till FHS-utskottet under Hälso- och sjukvårdsnämnden avseende de uppdrag som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för. I samband med att det formella ansvaret för genomförandet av FHS i landstingets tjänstemannaorganisation förtydligades och överlämnades till hälso- och sjukvårdsdirektören aktualiserades frågan om andra former av rapportering. Genomförandet av FHS utgör det mest betydande uppdraget nämnden arbetar med och utgör plattformen för den utveckling som sker. Detta avspeglar sig i att genomförandet av FHS:s avrapportering utgör en väsentlig del i uppföljningen i hälso- och sjukvårdsnämndens delår- och årsbokslut.

Ansvar och roller i genomförandet

Revisionsrapporten konstaterar *”att beslutet att flytta genomförandeansvaret lett till oklarheter rörande ansvar såväl som befogenheter och kompetens när det gäller investeringar, men även ansvar för kompetensförsörjning och produktionsstyrning”.*

Genom landstingsdirektörens verkställighetsbeslut sommaren 2017 förtydligades det formella ansvaret för genomförandet av FHS i landstingets tjänstemannaorganisation till hälso- och sjukvårdsdirektören. Förvaltningen, så som revisionen, anser att det ger bättre möjligheter att integrera arbetet med FHS i den ordinarie kunskaps- och avtalsstyrningen. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har etablerat en tydlig organisering av arbetet för att prioritera och samordna arbetet med genomförandet av FHS.

Avseende investeringar har hälso- och sjukvårdsnämnden sedan 2014, enligt reglementet, i uppdrag att delta i den övergripande planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården samt att samråda med berörda enheter inom hälso- och sjukvården om förslag till specificerade investeringsobjekt, utarbeta yttrande över och prioritera investeringsförslag. Det finns en styrgrupp för vårdens investeringar med representanter för HSF, LSF och Locum. Till styrgruppen finns även ett antal beredningss- och utredningsgrupper. Förvaltningen tog över ordförandeskapet i denna styrgrupp i mars 2018. En ny åtgärds- och investeringsprocess införs i slutet av året där rollerna mellan parterna kommer att förtydligas. En anpassning till den nya processen sker nu stegvis. I styrgruppsarbetet bör framgent stort fokus ligga på beslut och uppföljning av ekonomiska konsekvenser med anledning av investeringarna. Förvaltningen kommer även efterfråga tydliga underlag från Locum/SFI om hur arbetet fortskrider mot FHS målbild och en regelbunden återkoppling om eventuella avvikelser från plan samt åtgärder med anledning av dessa.

När det gäller kompetensförsörjning ansvarar förvaltningen för att avtalen med vårdgivarna omfattar villkor som säkerställer att vårdgivarna ges förutsättningar att följa landstingets intentioner med kompetensförsörjning. Landstingsstyrelsens förvaltning har det övergripande ansvaret för landstingets långsiktiga kompetensförsörjning. I det ingår bland annat övergripande strategisk planering, dimensionering av specialiseringstjänstgöring (ST) och verksamhetsförlagd utbildning. Det är av största vikt att det sker en fortlöpande dialog och avstämning mellan de båda förvaltningarna kring dessa respektive uppdrag.

I syfte att förtydliga arbetsfördelningen när det gäller kompetensförsörjning mellan förvaltningarna så genomfördes det så kallade FoU-projektet under 2017. Som ett resultat av detta projekt har hälso- och sjukvårdsnämnden fattat beslut om att alla vårdgivare, på anmodan, ska medverka i utbildning och ST. Samtliga vårdgivares medverkan i landstingets

utbildningsuppdrag i enlighet med Stockholms läns landstings utbildningsdirektiv ska säkerställas. Förslag om etablering av gemensamt samrådsforum utgjorde ett annat resultat från FoU-projektet. Utifrån den konkreta arbetsfördelning som detaljerades i projektet så kommer förvaltningen att efterfråga regelbundna underlag från landstingsstyrelsens förvaltning om hur arbetet kring kompetensförsörjning fortskrider mot FHS målbild, eventuella avvikelser och åtgärder. Förvaltningen avser också att fortsättningsvis följa upp att vårdgivarnas deltagande i utbildningsuppdraget efterlevs.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ska se till att hälso- och sjukvården styrs, samordnas och utvecklas. Nämnden finansierar och styr vården genom avtal vilket beskrivs i det övergripande uppdraget i budget 2018. En övergripande produktionsplanering sker via beställningar så att de samlade resurserna anpassas till befolkningens behov med utgångspunkt från FHS. Hur vårdgivarna utformar sin interna produktionsstyrning är vårdgivarnas ansvar oavsett om de drivs i egen regi eller har annan ägare. HSF:s kommer att ställa tydliga krav för att få relevant underlag om hur arbetet fortskrider mot FHS målbild och en regelbunden återkoppling avseende detta samt eventuella avvikelser. Om det uppstår utmaningar på systemnivå för alltid förvaltningen en dialog, i bland annat landstingsdirektörens direktörsgrupp, för att se vad HSF kan bidra med när situationen inte kan lösas lokalt eller bilateralt. Det är viktigt att det skapas en förståelse i systemet för vad som behöver göras.

<u>Vårdplatser, akut omhändertagande och utflytt av vård</u>
Revisionen *”önskar svar på hur tillgången till disponibla vårdplatser ska säkerställas när förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård ska ske samtidigt som omfattande byggnationer pågår”.*
Revisionen lyfter bland annat fram att *”en risk är att närakuterna inte hinner få full funktionalitet så att patienterna fullt ut kan hänvisas dit. En annan risk är att akutsjukhusen inte kan kunna öppna så många slutenvårdsplatser som behövs för att göra det möjligt att styra om patienter när intensivakuten öppnar”.*

HSF har prioriterat arbetet med att identifiera och hantera de utmaningar som strukturförändringen inom vården innebär. Det har inneburit att ett antal åtgärder vidtagits som ger förutsättningar för att tidigt se avvikelser och sätta in åtgärder framgent.

En utmaning, som förvaltningen bedömer vara större än närakuternas funktionalitet, är hur väl landstinget lyckas hänvisa ambulanser respektive gående patienter i den nya vårdstrukturen. I den nya vårdstrukturen för akut omhändertagande finns behov av gemensamma rutiner och ett gemensamt kvalitetssäkrat stöd för att vårdgivaren ska kunna bedöma inom vilken vårdform patienten lämpligast ska erbjudas omhändertagande. För att bedömning och eventuell hänvisning av patienter inom den nya vårdstrukturen ska vara patientsäker, tydlig och enhetlig har rutinen för ”Hänvisningsstöd SLL” utvecklats och gäller för alla vårdgivare som verkar inom länet. Före det att förändringarna i vårdstrukturen och hänvisningsstödet har implementerats till fyllest, finns en risk att till exempel patienter med lättare akuta besvär söker och får sin vård vid närakuter istället för vid husläkarmottagningar/husläkarjourer. Förvaltningen följer kontinuerligt utvecklingen av akuta besök och hur det påverkar på systemnivå för att säkerställa patientsäkerhet samt bedöma effekter av förändrade flöden i vårdsstrukturen.

Utifrån perspektivet patientsäkerhet har förvaltningen även genomfört en riskanalys inför omstyrning av patientflöden inom akut omhändertagande i länet. Under våren 2018 kommer nio av de nu tio beslutade närakuterna att vara öppnade. Hittills har närakuternas öppnade gått enligt plan och resulterat i en betydande kapacitetsökning för länet. Samtliga nyetablerade närakuter har fungerat över förväntan från start. Den inkörningsperiod som identifierades i riskanalysen är därför betydligt kortare än beräknat. Dialogmöten har hittills hållits för alla närakuter utom en. Mottagandet bland vårdgrannar är överlag gott och präglas av samsyn kring hänvisningar av patienter till olika vårdformer. En ökad tillströmning av patienter till närakuterna har också minskat tillströmningen till akutmottagningarna i länet. Förvaltningen kommer att fortsätta följa närakuterna samt stödjer dem i de samverkansfrågor som uppkommer, till exempel med närmste akutsjukhus. HSN har i april gett HSF uppdraget att undersöka möjligheten att förlägga den tionde närakuten på Sabbatsberg. Utredning pågår och om allt går enligt plan kan den närakuten öppna under första halvåret 2019.

I ovan nämnda riskanalys identifierades en oro avseende slutenvårdskapacitet, det vill säga viss brist på vårdplatser vid akutsjukhusen. Brist på vårdplatser är ett komplext problem och hänger bland annat ihop med utmaningar avseende kompetensförsörjning. Förvaltningen ser tillsammans med vårdgivarna löpande över vårdplatssituationen. Samtidigt bedömer förvaltningen att synen på

vårdplatser behöver betraktas i ett bredare sammanhang. En av huvudstrategierna för FHS är ju att bygga ut kapaciteten inte bara på akutsjukhusen utan också för slutenvården utanför exempel geriatrik och ASIH. Vidare behöver de begrepp avseende vårdplatser som används inom hälso- och sjukvården (såsom exempelvis disponibla, tillgängliga, fysiska eller stängda) ensas och tydliggöras. Ett enhetligt sätt att mäta tillgängliga vårdplatser behöver tas fram och det arbetet har påbörjats inom förvaltningen. Utifrån det kan en adekvat bild över antal vårdplatser beskrivas och det faktiska behovet bedömas.

Avslutningsvis så är det väl känt att behovet av vårdplatser på längre sikt påverkas även av landstingets förmåga att använda sig av den tekniska utvecklingens möjligheter att ge vård på andra sätt, exempelvis i hemmet, och att på olika sätt förebygga behov av inläggning. Inte minst torde ett ytterligare utvecklat arbete avseende kvalitet och patientsäkerhet kunna innebära en ökad tillgänglighet avseende vårdplatser.

Nätverkssjukvård
Revisionen ”*pekar på att HSN behöver fortsätta arbetet med att säkerställa att nätverkssjukvårdens principer om helhetssyn stöds av avtalen*”.

Inledningsvis kan konstateras att framtidsplanens målbild om nätverkssjukvård ter sig ännu mera starkare idag än när den formulerades år 2011. Den utveckling som vi idag ser med en mångfald av vårdgivare och inte minst den digitala utvecklingen accentuerar behoven av en hälso- och sjukvård som fungerar i nätverk kring patienten. Förvaltningen har prioriterat arbetet med att göra en genomlysning av vilka ersättningsmodeller som finns att tillgå inom vården, en utvärdering av den förändrade ersättningsmodellen för husläkarverksamheten och att anta principer för kostnadsansvar. Givet detta gläder sig förvaltningen åt och instämmer i det som revisionsrapporten skriver om att det nu finns bättre underlag för arbetet. Arbetet med nya sjukhusavtal år 2020 har påbörjats. Förvaltningen har även ett budgetuppdrag att konkretisera husläkarverksamheternas roll som samordnare och lots i vården.

För att säkerställa att vården har goda förutsättningar att arbeta och utvecklas utifrån nätverkssjukvårdens principer tas en handlingsplan för detta fram under 2018. I detta arbete ingår även att utveckla hur förvaltningen följer upp vården och dess kvalitet ur perspektivet

nätverkssjukvård, samt att identifiera vad som idag kan utgöra hinder eller svårigheter för vården att utveckla nätverkssjukvård.

Förutom att nätverkssjukvårdens principer ska stödjas av avtalen är en grundläggande förutsättning för att kunna realisera nätverkssjukvård i praktiken, där patientens fokus är utgångspunkten, att kunna dela strukturerad information om och med patienten. En förutsättning för detta är att det nödvändiga arbetet med ensning av termer och begrepp och införande av nationella standarder skyndas på. Detta har inte minst bäring på det pågående arbetet med Framtidens Vårdinformationsmiljö (FVM). FVM-programmet har en viktig roll i att driva på arbetet med att strukturera och standardisera journalinformationen före implementering av ett nytt vårdinformationssystem.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade på sitt möte 10 april 2018 att uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till nämnden med en sammanställning av de konkreta åtgärder som kommer att vidtas med anledning av yttrandet över landstingsrevisorernas rapport 9/2017 Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll. Där lyfts ett flertal viktiga områden som behöver utvecklas framöver i arbetet med att anpassa husläkarverksamheten för framtidens hälso- och sjukvård.

Framtidens vårdinformationsmiljö

Beslut om genomförande av Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) fattades i december 2017. Revisionen skriver att de *”konstaterar att införandet sammanfaller med den intensivaste fasen i FHS med stora omflyttningar av vård, vilket riskerar att försvåra implementeringen av den nya IT-miljön.”*

Vad gäller detta kan konstateras att detaljerna i FVM:s tidsplan kommer att utvecklas under upphandlingen och för närvarande är högst preliminära eftersom landstingsstyrelsen i april beslutat att avbryta upphandlingen. Planen är att programmet ska driftsättas successivt. Givet detta så delar inte förvaltningen beskrivningen att införandet sammanfaller med den intensivaste fasen i FHS vad gäller stora omflyttningar av vård. De stora inflyttningarna kommer sannolikt att vara klara när ett brett införande av FVM blir aktuellt. Dock inleds det viktiga förberedelsearbetet, vilket sätter förutsättningarna för ett bra införande, under FHS slutfas. Här behöver en robust genomförandeplanering utarbetas i samverkan med berörda förvaltningar och vårdgivare. Uppdrag, roller och ansvar behöver

förtydligas och inte minst omfattningen av FVM-programmets innehåll och ansvar i förhållande till det ansvar som enligt fullmäktiges reglemente åvilar linjeorganisationen. Även eventuella risker utifrån ett kompetensförsörjningsperspektiv om FVM-programmet genomförs med en alltför stor konsultbemanning behöver analyseras.

Revisionen nämner också risken att vården inte kommer kunna bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt fram tills dess att det nya systemet är reellt implementerat, bland annat på grund av att de befintliga systemen inte uppgraderas i avvaktan på att nya system införts. Förvaltningen instämmer i denna risk och vill påtala att de risker som användandet av TakeCare kan innebära fram till dess FVM är implementerat måste analyseras av TakeCare-förvaltningen och FVM-programmet gemensamt. Detta gäller inte minst i samverkan med kommunerna av vilka flera använder ett antal funktioner i TakeCare.

Förvaltningen har tillskapat en samordningsgrupp inom HSF i syfte att koordinera FVM-frågor. En uppgift för denna grupp kommer vara att tillsammans med FVM-programmets ledning utmejsla strategierna för hur de privata vårdgivarna och kommunerna (som inte omfattas av upphandlingen) på ett görbart sätt ska integreras i den kommande lösningen. Sammanfattningsvis så kommer under 2018 FVM:s tidplan följas nogsamt och aktiviteter som behöver tillskapas ur förvaltningens perspektiv identifieras.

Kostnadskontroll

”Revisionens bedömning är att redovisningen av konsekvensanalyser i beslutsunderlag till HSN behöver utvecklas liksom nämndens redovisning och uppföljning av långsiktiga effekter av beslutade åtgärder. Revisionen bedömer att det i underlagen till förslag om beslut i nämnden saknas en enhetlighet i beskrivningen av ekonomiska konsekvenser av beslut, inklusive kostnadspåverkan och eventuella systemeffekter.

Förvaltningen har inlett ett fördjupat arbete med konsekvensanalyser. I yttrandet på projektrapport 10/2017 ”Hälso- och sjukvårdens kostnader - Analys och uppföljning av konsekvenser” som kommer upp i HSN 10 april, dnr HSN 2018-0191, beskrivs detta utförligare. Bland annat kommer förvaltningen att implementera konsekvensanalyser som arbetssätt och utbilda i hur konsekvensanalyser ska genomföras på hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt ta fram metodstöd för ekonomiska konsekvensutredningar för implementering i processer.

Hälso- och sjukvården på längre sikt
Framtidsplanen med dess målbild som sträcker sig till 2025, antogs av landstingsfullmäktige år 2011. Genomförandet av FHS går under 2019 och 2020 in i en avslutande genomförandefas. Flera förutsättningar har förändrats sedan den första planen för FHS togs fram 2011.
En bred belysning av framtida behov och utmaningar som kommer att påverka hälso- och sjukvården ingår i förvaltningens nya uppdrag att ta fram underlag för beslut om hälso- och sjukvårdens långsiktiga strategiska utveckling, ”Hälso- och sjukvården 2040”. I samband härmed kan förslag till åtgärder på kort och lång sikt kopplat till FHS-genomförande och Framtidsplanens målbild komma att identifieras.

Utmaningen med förändringsarbete – förslag på nytt analysområde
Förvaltningen har konstaterat att revisionen har genomfört den här typen av granskningar av FHS under ett antal år. I föreliggande yttrande önskar förvaltningen lyfta frågan om inte granskningen ytterligare hade kunnat fördjupas om utmaningarna med förändringsarbete hade utgjort ett analysområde.

Det är väl känt att förändringsresor är komplicerade och att människor har svårt att ändra invanda arbetssätt även om man vill. Frågan om hur ledarskap utövas i samband med förändringsarbete håller inom akademin på att etableras som en av de mest betydande styrningsmekanismerna.

Exempel på frågor som skulle behöva lyftas är vad innebär det att landstinget inte har en fastställd förändringsstrategi, saknar ett gemensamt språk för processutveckling, förbättringskunskap och förändringsledning? Vidare givet de strategiska styrdokument som utarbetas och fastställs, hur skulle kunskapen om implementering inom landstinget kunna förbättras? Hur skapar vi en systemövergripande bild över hur hantera nya lösningar (såväl organisatoriska som tekniska exempelvis i form av IT-lösningar och deras integration i processer)? Det framstår som angeläget att landstinget samlat förbättrar sina insatser på detta område.

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

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

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

Miljökonsekvenser
Förslaget till remissvar bedöms leda till oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till remissvar bedöms leda till oförändrade administrativa konsekvenser för vårdgivarna. För förvaltningen ingår de flesta förslagen redan i budgeten för 2018.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Revisorerna, Revisorsgrupp II

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-04-26

PROJEKTRAPPORT NR 12/2017

Framtidens hälso- och sjukvård

-planering och genomförande 2017

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

Genomförandet av FHS är nu inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Revisionen bedömer sammantaget att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen i detta kritiska läge och att det finns oklarheter om ansvar och roller i genomförandet bland annat när det gäller investeringar.

FHS har framställts som ett omvälvande projekt som ritar om vårdkartan och förändrar arbetssätt mot en uppställd målbild 2025. Det finns dock ingen samlad och systematisk uppföljning som visar utvecklingen i förhållande till målbilden. Den riskanalys som nu genomförs ska kvantifiera risker och flaskhalsar i genomförandet fram till 2019. Kanske kan analysen utgöra en första del av en sådan utvärdering och ligga till grund för en uppdaterad strategi för det fortsatta arbetet ur ett helhetsperspektiv.

2018-02-20 RK 2017-0068

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 12/2017
Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2018-02-20 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2018-05-25.

Genomförandet av FHS är nu inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta mottagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Revisionen bedömer sammantaget att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen i detta kritiska läge. Det finns oklarheter, såväl mellan de politiska organen som förvaltningarna, om ansvar och roller i genomförandet som behöver redas ut.

Revisorerna önskar att hälso- och sjukvårdsnämnden i sitt yttrande särskilt berör hur nämnden för egen del ska ta ett samlat grepp om utvecklingen av FHS när det nu går in i den mest intensiva omvandlingsfasen. Revisionen önskar också svar på hur oklarheter som uppstått i ansvar och roller i genomförandet av FHS ska tydliggöras. Vidare önskar revisorerna svar på hur tillgången på disponibla vårdplatser ska säkerställas när förändringar av det akuta mottagandet och utflytt av vård ska ske samtidigt som omfattande byggnationer pågår.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

2018-02-20 RK 2017-0068

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 12/2017
Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade vid sitt möte 2018-02-20 att uppdra till kontoret att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2018-05-25.

Genomförandet av FHS är nu inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta mottagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Revisionen bedömer sammantaget att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen i detta kritiska läge. Det finns oklarheter, såväl mellan de politiska organen som förvaltningarna, om ansvar och roller i genomförandet som behöver redas ut.

Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör hur ett samlat helhetsperspektiv kan säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt när arbetet nu går in i den mest intensiva omvandlingsfasen. Vidare önskar revisorerna svar på hur oklarheter som uppstått i ansvar och roller i genomförandet av FHS ska tydliggöras så att berörda förvaltningar har förutsättningar att ta ansvar och att landstingsstyrelsen uppsikt blir tillräcklig.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen justeras omedelbart.

Kenneth Strömberg
Ordförande

Anette Carlstedt
Sekreterare

Landstingsrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

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

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

Besöksadress: Hantverkargatan 25 B. T-bana Rådhuset

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

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

3 Organisation och styrning av FHS-arbetet 4
3.1 FHS-arbetet på koncernnivå 4
3.2 Hälso- och sjukvårdsnämndens FHS-arbete 5
3.3 Verksamheternas FHS-arbete 7
3.4 Revisionens bedömning 8

4 Kostnadskontroll 8
4.1 Kostnadskontroll i verksamheten 9
4.2 Kostnadskontroll i byggprojekt 9
4.3 Revisionens bedömning 10

5 Vårdplatser och byggnation 10
5.1 Vårdplatser – behov, planering och tillgång 10
5.2 Planering och genomförande av ombyggnationer 11
5.3 Revisionens bedömning 12

6 Omstrukturering av vården 13
6.1 Målbilden för FHS 13
6.2 Nätverkssjukvård 13
6.3 Ett förändrat akut omhändertagande 15
6.4 Primärvården 17
6.5 Kompetensförsörjning 17
6.6 Revisionens bedömning 19

7 Ersättningssystem och IT-stöd 20
7.1 Ersättningssystem 20
7.2 System för IT- och e-hälsa 22
7.3 Revisionens bedömning 23

1 Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har liksom tidigare år granskat arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) i ett flertal projekt under 2017. Genomförandet av FHS är nu inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Revisionen bedömer sammantaget att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen i detta kritiska läge och att det finns oklarheter om ansvar och roller i genomförandet bland annat när det gäller investeringar.

Landstingsstyrelsen fick 2011 fullmäktiges uppdrag att genomföra FHS. De första åren skedde en samlad återrapportering till fullmäktige i samband med budget. Därefter har en löpande rapportering av arbetet skett till landstingsstyrelsens arbetsutskott. Detta upphörde under 2017. Den rapportering som gjorts till FHS-utskottet under Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har gällt de uppdrag som dess förvaltning ansvarar för. Revisionen bedömer att det är problematiskt att inget av de politiska organen har ett samlat grepp om utvecklingen då det är en av landstingets största satsningar som nu går in i den mest intensiva omvandlingsfasen.

Landstingsdirektören beslutade i juni 2017 att hälso- och sjukvårdsdirektören i tjänstemannaorganisationen ansvarar för genomförandet av FHS. I beslutet anges att ansvaret omfattar att säkerställa genomförande och uppföljning samt kommunikation om FHS. Som en konsekvens av beslutet överfördes uppdraget från landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) under hösten till hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) som etablerade en organisation för detta. Revisionen uppfattar att arbetet, efter att först ha tappat fart, under senhösten 2017 fått en omstart med såväl riskanalyser som en kraftsamling kring den fråga som förnärvarande uppfattas som mest central – det akuta omhändertagandet. Revisionen ser det som logiskt att HSF får ett tydligare mandat att genomföra de förändringar i vården som är kopplade till FHS. Detta bör enligt revisionens bedömning kunna ge förbättrade förutsättningar för att integrera FHS-arbetet i den ordinarie avtals- och kunskapsstyrningen.

Revisionen konstaterar samtidigt att beslutet att flytta genomförandeansvaret lett till oklarheter rörande ansvar såväl som befogenheter och kompetens när det gäller investeringar, men även ansvar för kompetensförsörjning och produktionsstyrning. Revisionen bedömer att det finns en risk för att ansvaret på centrala områden för FHS genomförande inte tas av någon av förvaltningarna i ett skede då många stora förändringar i FHS ska genomföras. Revisionen menar därför att de oklarheter som uppstått behöver redas ut och ansvaret tydliggöras så att berörda förvaltningar har förutsättningar att ta ansvar och att landstingsstyrelsen uppsikt blir tillräcklig.

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

Revisionen uppfattar, i likhet med tidigare år, att det råder osäkerhet om hur stort det faktiska behovet av vårdplatser är. Byggnationer i syfte att öka antalet vårdplatser pågår,

men är försenade. Antalet icke disponibla vårdplatser på landstingets akutsjukhus motsvarar nu hela Södersjukhuset. Utvecklingen med ökad dagkirurgi och färre vårdagar fortsätter i önskad riktning. Det är dock oklart om antalet vårddagar i slutenvården minskat på grund av att detta eller om det beror på att det finns färre disponibla vårdplatser att tillgå.

Revisionen bedömer att HSN behöver fortsätta arbetet med att säkerställa att nätverkssjukvårdens principer om helhetssyn stöds av avtalen. Mot bakgrund av förestående förändringar som exempelvis ny lag om utskrivning och kommunalisering av hemsjukvård och ett förändrat akut omhändertagande behöver även en analys göras för att konkretisera husläkarverksamhetens roll som samordnare och lots i vården. När det gäller införandet av nya nivåer i det akuta omhändertagandet bedömer revisionen att det är förknippat med stora risker. En risk är att närakuterna inte hinner få full funktionalitet så att patienterna fullt ut kan hänvisas dit. En annan risk är att akutsjukhusen inte kan kunna öppna så många slutenvårdsplatser som behövs för att göra det möjligt att styra om patienter när intensivakuten öppnar. HSF har prioriterat arbetet med att identifiera och hantera de risker som strukturförändringen innebär, vilket bör ge förutsättningar för att tidigt se avvikelser och sätta in åtgärder.

Kompetensförsörjning lyfts av många fram som den största risken inom arbetet med FHS. Samtidigt noterar revisionen att möjligheterna att centralt styra dessa frågor är begränsade då arbetsgivaransvaret ligger på respektive vårdgivare och området regleras i lagstiftning. Det är ändå viktigt att otydligheter om roller och samarbetsformer tydliggörs när det gäller de centrala kompetensförsörjningsfrågorna i arbetet med FHS.

Ersättningsmodellerna ska utformas så att de stödjer nätverkssjukvården. Revisionen konstaterar att det genomförts och pågår förändringar inom området för att klara det. En genomlysning har gjorts av vilka ersättningsmodeller som finns att tillgå inom vården, den förändrade ersättningsmodellen för husläkarverksamheten har utvärderats, principer har antagits för kostnadsansvar och arbetet med nya sjukhusavtal har påbörjats. Revisionen uppfattar att det nu finns ett bättre underlag än tidigare för arbetet, men att det är för tidigt att bedöma exempelvis vilka effekter det får för nätverkssjukvården.

Fullmäktige har i slutet på 2017 beslutat om upphandling av ett vårdinformationssystem som ska vara infört 2022. Revisionen konstaterar att införandet sammanfaller med den intensivaste fasen i FHS med stora omflyttningar av vård, vilket riskerar att försvåra implementeringen av den nya IT-miljön. Det är även oklart i vilken utsträckning de befintliga systemen kommer att uppdateras i avvaktan på att nya system införs. Det finns därför en risk att vården inte kommer att kunna bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt i avvaktan på att det nya systemet kan tas i bruk.

FHS har framställts som ett omvälvande projekt som ritar om vårdkartan och förändrar arbetssätt mot en uppställd målbild 2025. Det finns dock ingen samlad och systematisk uppföljning som visar utvecklingen i förhållande till målbilden. Revisionen uppfattar att när arbetet nu närmar sig halvtid är det hög tid att göra en avstämning av hur arbetet går och den fortsatta inriktningen. Den riskanalys som nu genomförs av HSF, med anledning av att förvaltningen tagit över ansvaret för genomförandet av FHS, ska kvantifiera risker och flaskhalsar i genomförandet fram till 2019. Kanske kan analysen utgöra en första del av en sådan utvärdering och ligga till grund för en uppdaterad strategi för det fortsatta arbetet ur ett helhetsperspektiv.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

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

Tidigare års granskningar, senast 2016, har pekat på följande risker i det fortsatta arbetet:

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

Revisionen har även under 2017 granskat planeringen och genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård utifrån dessa risker.

2.2 Revisionsfråga

Granskningens huvudfråga är:
Bedrivs planeringen och genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården så att målsättningen som helhet säkerställs?
Inom ramen för den övergripande revisionsfrågan kommer följande delfrågor att behandlas:

- 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?
- Hur sker omstruktureringen av vården för att täcka behoven i olika skeden av projektet
- Hur byggs styr- och stödsystem upp för att kunna bedriva vården i nätverk?

2.3 Avgränsning

Revisionens granskning av arbetet med FHS har utgått från en övergripande nivå. Granskningen har koncentrerats till några centrala områden där riskerna bedömts som stora och har i huvudsak haft ett styrningsperspektiv. Fokus har varit landstingsstyrelsens och HSN ansvar för FHS genomförande.

2.4 Bedömningsgrunder

Granskningen har utgått från:

- Fullmäktiges mål för arbetet i FHS, beslut i budgetarna för åren 2011 - 2018.
- Fullmäktiges övergripande ekonomiska mål om ekonomi i balans.

- Arbetsordningar, reglementen och ägardirektiv 2017-06-14
- 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

Revisionens granskning av FHS har genomförts för sjätte året i rad delvis som ett metaprojekt, dvs. ett ”paraply” för avstämning av iakttagelser och slutsatser som kommit fram under året. Rapporten bygger till stor del på iakttagelser från andra genomförda revisionsprojekt under 2017 som berör FHS. Det gäller såväl granskningar inom den årliga revisionen som projekt som redovisats i rapporterna:

1/2017 Remisser – en länk mellan vårdnivåer
4/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt
6/2017 Uppföljning av vårdvalsavtal
7/2017 Byggprojekt i vårdens fastigheter
9/2017 Navet i nätverkssjukvården – husläkarverksamhetens roll
10/2017 Hälso- och sjukvårdens kostnader
11/2017 Vård- och trafikinvesteringar

Syftet har varit att ge en samlad bild framförallt utifrån tidigare nämnda riskområden. Iakttagelserna har kompletterats utifrån intervjuer med personer som har inblick i FHS-arbetet.

Granskningen har genomförts av en arbetsgrupp där Anders Olsson varit projektledare och Anna Ullsten projektmedarbetare. Styrgrupp för projektet har Anneli Lagebro varit.

3 Organisation och styrning av FHS-arbetet

3.1 FHS-arbetet på koncernnivå

Landstingsstyrelsen fick 2011 i uppdrag av fullmäktige att ansvara för genomförandet och organiseringen av FHS. De första åren skedde en samlad återrapportering till fullmäktige i samband med budget. En tillfällig tjänstemannaorganisation, programkontoret FHS, inrättades under styrgruppen för FHS och ytterst landstingsdirektören. Programkontoret placerades organisatoriskt på HSF men arbetade övergripande över hela landstingskoncernen. Som en konsekvens av fullmäktiges beslut om stärkt ägarstyrning 2015 och att projektet övergick till en genomförandefas beslutade styrgruppen för FHS att flytta uppdraget att hålla samman FHS den 1 januari 2016 till en enhet på LSF under ekonomidirektören, tillika vice VD i LISAB. Uppdraget innefattade koordinering av de olika delarna av FHS, hantering av problem och avvikelser i FHS-arbetet samt uppföljning av arbetets fortskridande.

I juni 2017 beslutade landstingsdirektören genom ett verkställighetsbeslut att hälso- och sjukvårdsdirektören i tjänstemannaorganisationen ansvarar för genomförandet av FHS[1]. I beslutet anges att ansvaret omfattar att säkerställa genomförande och upp-

[1] LDR7120

följning samt kommunikation om FHS. Hälso- och sjukvårdsdirektören ska säkerställa att sjukvårdsförvaltningen besitter den kompetens och resurser som krävs för uppdraget. Som en konsekvens av beslutet överfördes uppdraget från LSF under hösten till HSF som etablerade en organisation för detta. Kvar på enheten på LSF finns enligt företrädare för LSF ett uppsiktsansvar. Granskningen har visat att formerna för hur uppsikten ska ske inte är klara.

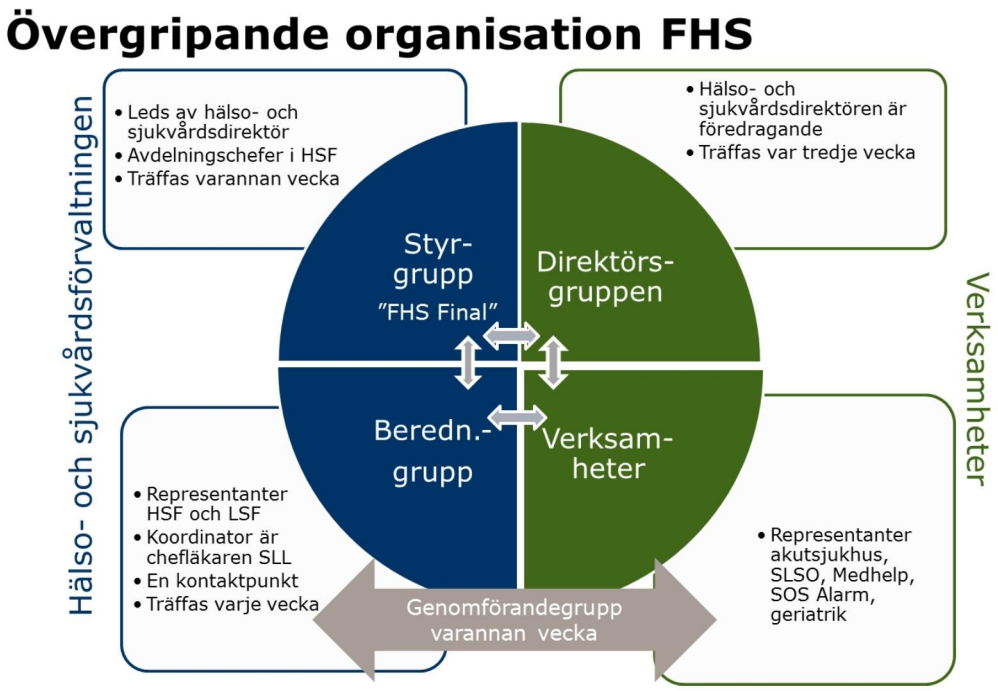
De första åren skedde en samlad återrapportering av FHS-arbetet till fullmäktige i samband med budget. Åren därefter lämnade ekonomidirektören tillsammans med chefen för NKS programkontor information om FHS-arbetet vid varje ordinarie möte i landstingsstyrelsens arbetsutskott. Detta upphörde i januari 2017. Därefter har det inte funnits någon särskild återrapporteringspunkt för FHS i landstingsstyrelsen eller dess utskott. Landstingsdirektören kan dock informera om FHS-frågor. Under 2017 har det skett i liten utsträckning enligt vad som framkommit i granskningen.

3.2 Hälso- och sjukvårdsnämndens FHS-arbete

HSN och dess förvaltning har enligt reglementet ansvaret för att utveckla vården utifrån befolkningens behov. Inför 2015 inrättades ett FHS-utskott under HSN. Utskottet ansvarar enligt reglementet 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. Utskottet har under 2017 i likhet med föregående år i huvudsak fungerat som ett informationsforum men även berett/yttrat sig över ett tiotal ärenden innan de behandlats i HSN. Någon förändring i rapporteringen i utskottet efter att HSF tog över ansvaret för FHS har inte skett.

En central uppgift som HSF tagit över är kontrollen av att genomförandet av FHS i de olika delarna av vården sker tidsmässigt enligt plan. Det gäller till exempel vårdflyttar och utbyggnad av närakuter. Arbetet utgår från den övergripande genomförandeplanen som styrgruppen för FHS beslutade om och som därefter uppdaterats. Den övergripande planen bryts ner i lokala genomförandeplaner för respektive verksamhet. Av genomförandeplanerna framgår vilka åtgärder som behöver vidtas för att FHS ska kunna genomföras. Den övergripande genomförandeplanen kompletterats med ett dokument där lägesstatus uppdateras för kommande vårdflyttar utifrån avlämnande och mottagande verksamhet liksom status i investeringarna.

HSF:s ambition är att FHS-arbetet ska bedrivas i linjen. Genomförandet följs upp som annan verksamhet inom förvaltningen, med LSF i vissa fall och med vårdgivare i avtalsdiskussioner. Efter att HSF tog över ansvaret för genomförandet av FHS inrättade även förvaltningen en särskild organisation för att samordna arbetet. Under hösten 2017 har fokus varit på det akuta omhändertagandet för att efterhand ta sig an även andra frågor. Organisationen kännetecknas av ett brett deltagande från verksamheterna. Hälso- och sjukvårdsdirektören deltar aktivt och fattar nödvändiga verkställighetsbeslut. Förvaltningens bild av organisationen framgår nedan.



På hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag genomförs två riskanalyser. Den ena ska ta ett helhetsgrepp över hela FHS för att med utgångspunkt i nuet kvantifiera risker och flaskhalsar i genomförandet fram till 2019. Den andra avser patientrisker vid förändringen av det akuta omhändertagandet (se avsnitt 6.2) Patientströmmarnas förändring i genomförandet följs också av förvaltningen på systemnivå med en applikation i realtidsuppföljning, vilken även vårdgivarna har tillgång till. Det pågår ett arbete med att utveckla en rapportering av genomförandet som kommer att likna den rapportering som görs av vården under jul och sommar. Även denna rapportering ska ske på SLL.se, till en början var fjortonde dag.

HSF har även sedan tidigare bedrivit arbete inom sju systemkritiska fokusområden för FHS genomförande. De sju områdena blev sex under 2017 och görs om till fem 2018. Områdena kommer ursprungligen från det tidigare programkontoret för FHS. Arbetet med uppdragen har inarbetats i förvaltningens verksamhetsplan. Avdelningscheferna är ansvariga för respektive fokusområde. Arbetet inom områdena avrapporteras i förvaltningens ledningsgrupp och FHS-utskottet. En skriftlig rapportering görs även i månadsboksluten. Arbetet med dessa uppdrag hanteras som tidigare och har hittills inte involverats i den nya FHS-organisationen.

I granskningen har det framkommit att FHS-arbetet tappade fart vid överflyttningen till HSF under 2017 på samma sätt som hände när arbetet flyttades till LSF 2015. Intervjuade ser dock i huvudsak positivt på flytten tillbaka till HSF. De ser en möjlighet att genomförandet av FHS kan integreras i landstingets ordinarie beställarstyrning. Samtidigt finns farhågor för att HSF inte kommer att kunna ta ett helhetsgrepp, då förvaltningen inte uppfattar att de har ett ansvar för vissa områden som är centrala för FHS. Det rör framför allt investeringar och kompetensförsörjning.

Enligt reglementet har landstingsstyrelsen ansvar för fastighetsstrategiska frågor och investeringar medan HSN bl.a. har ansvar för att delta i den övergripande planeringen av investeringarna inom vården. För de strategiska fastighetsinvesteringarna

på sjukhusen finns en särskild programorganisation med en övergripande styrgrupp, lokala styrgrupper för respektive akutsjukhus och en styrgrupp för de mindre sjukhusen. Mot bakgrund av att HSF, genom verkställighetsbeslut från landstingsdirektören, fått ansvaret för genomförandet av FHS pågår en dialog om förvaltningen även ska överta ordförandeskapet från LSF i den övergripande styrgruppen. Av de sju lokala styrgrupperna för sjukhusen är HSF idag representerat i två. Vid intervjuer, såväl inom som utanför HSF, har det framkommit att förvaltningen idag saknar tillräcklig kompetens för att ta en ledande roll när det gäller strategiska investeringar. Några nya resurser har i dagsläget inte flyttats över till HSF från LSF. Företrädare för LSF menar dock att resurserna finns tillgängliga i landstinget för HSF att nyttja på samma sätt som LSF hittills gjort.

När det gäller det övergripande ansvaret för kompetensförsörjningsfrågorna åligger det landstingsstyrelsen enligt reglementet att samordna landstingets personalpolitik och ansvara för den långsiktiga kompetensförsörjningen. Det operativa ansvaret för kompetensförsörjningen ligger på varje vårdgivare. Vilken roll HSF nu kan/ska ta inom området då de övertagit ansvaret för genomförandet av FHS är oklart. Därför är det, enligt intervjuade, nödvändigt att HSF och LSF förbättrar sin samverkan inom området (se avsnitt 6.5). Detta kan förhoppningsvis klarläggas i den pågående riskanalysen som ska identifiera risker och flaskhalsar. Kanske kan riskanalysen utgöra den grund som revisionen i föregående års FHS-rapport efterfrågade för att vidareutveckla FHS-arbetet utifrån dagens förutsättningar.

Flera intervjuade har även lyft frågan om produktionsansvar och pekat på att det idag inte finns någon som har ett tydligt ansvar för produktionsstyrningen inom landstinget. Ansvaret har tidigare funnits hos olika funktioner på LSF. HSF menar att de, som beställare, inte kan ansvara för denna styrning.

3.3 Verksamheternas FHS-arbete

Etablerade lokala programkontor finns på Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och akutsjukhusen, med undantag för S:t Eriks ögonsjukhus och Norrtälje sjukhus. Arbetet vid de lokala programkontoren har varit starkt fokuserat på att få logistiken att fungera i samband med byggnationerna och flytt av vård. Under 2017 hölls avstämningsmöten var tredje vecka fram till augusti mellan ansvariga på LSF och de lokala programkontoren med utgångspunkt i de lokala genomförandeplanerna. Efter att HSF tagit över ansvaret har denna form av möten upphört.

Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska) har formulerat ett genomförandeuppdrag utifrån FHS som inkluderar utvecklingen av vården, flytten till NKS och utflyttning av vård. På Danderyds sjukhus har FHS-arbetet under året alltmer koncentrerats till det förändrade akutuppdraget då den öppna akuten vi Karolinska Solna stänger under våren 2018. Tre kritiska projekt har startats: operation, arbetssätt på akuten och det akuta vårdflödet från akuten till vårdavdelningarna. Programkontoret på Södersjukhuset hanterar ett 20-tal projekt kopplade till byggnationerna och logistiken kring detta. Vid Södertälje sjukhus har programkontoret från början varit inriktat på ombyggnationerna och de har inte deltagit regelbundet vid avstämningsmötena med övriga programkontor. Inom SLSO har programkontorets arbete med utformningen av vården vid de mindre sjukhusen, Sollentuna respektive Nacka sjukhus, fortsatt. Ett nytt uppdrag för SLSO har varit att få igång ett antal närakuter.

3.4 Revisionens bedömning

Landstingsstyrelsen har fått fullmäktiges uppdrag att genomföra FHS. Återrapporteringen till landstingsstyrelsens arbetsutskott upphörde under 2017. För att kunna ta det politiska ansvaret för styrningen av uppdraget menar revisionen att det krävs kontinuerlig uppföljning och återrapporteringar av hur arbetet fortskrider. Den rapportering som gjorts till FHS-utskottet under HSN har gällt de uppdrag som dess förvaltning ansvarar för. Revisionen bedömer att det är problematiskt att inget av de politiska organen har ett samlat grepp om utvecklingen då det är en av landstingets största satsningar som nu går in i den mest intensiva omvandlingsfasen.

Revisionen uppfattar att det på samma sätt som efter flytten 2015 blev en svacka i arbetet med FHS på central tjänstemannanivå under 2017 då ansvaret återigen flyttades. Arbetet har därefter under senhösten 2017 fått en omstart med såväl riskanalyser som en kraftsamling kring den fråga som förnärvarande uppfattas som mest central – det akuta omhändertagandet. Revisionen ser det som logiskt att HSF genom verkställighetsbeslutet får ett tydligare mandat att genomföra de förändringar i vården som är kopplade till FHS. Detta bör enligt revisionens bedömning kunna ge förutsättningar för att FHS-arbetet integreras i den ordinarie avtals- och kunskapsstyrningen.

När det gäller vårdens investeringar uppfattar revisionen att ansvaret inte upplevs som tydligt efter verkställighetsbeslutet att flytta ansvaret för genomförandet av FHS till HSF, även om syftet varit det omvända. Företrädare för landstingsledningen respektive ledningen för HSF har olika uppfattning om ansvaret för vårdens investeringar har följt med över till HSF. Även när det gäller kompetensförsörjningen har det, som en konsekvens av verkställighetsbeslutet, uppstått otydligheter om roller och samarbetsformer. Revisionen uppfattar därutöver att när det gäller produktionssamordning inom landstinget så är det oklart om någon har den rollen idag. Likaså är formerna för hur uppsikten ska ske oklara.

Revisionen bedömer att det finns en risk för att ansvaret på centrala områden för FHS genomförande inte tas av någon av förvaltningarna i ett skede då många stora förändringar i FHS ska genomföras. Revisionen menar därför att de oklarheter som uppstått behöver redas ut och ansvaret tydliggöras så att berörda förvaltningar har förutsättningar att ta ansvar och att landstingsstyrelsen uppsikt blir tillräcklig.

4 Kostnadskontroll

I FHS anges att en ekonomi i balans är en förutsättning för genomförandet av framtidsplanen. Detta ska enligt planen säkerställas genom nya arbetssätt och investeringar som leder till effektivare vård. Revisionen har tidigare pekat på att ökade kostnader till följd av de investeringar som nu genomförs kommer att ställa stora krav på effektiviseringar på såväl systemnivå som hos vårdgivarna. I de senaste årens budgetar, likväl som i budget 2018, slås det fast att landstinget behöver begränsa den underliggande kostnadsökningstakten till 3,3 procent för att klara av de framtida investeringsrelaterade kostnaderna. Annars riskerar landstingets resultat att utvecklas kraftigt negativt. Av landstingets månadsrapport för oktober 2017[2] framkommer det att den uppställda nivån på 3,3 procent prognosticeras att överskridas med en dryg

[2] SLL månadsrapport oktober 2017, LS 2017 - 0124

procentenhet. Revisionen har under de senaste åren kunnat konstatera att landstinget inte lyckats uppnå den budgeterade minskning av kostnadsökningstakten[3]. Som exempel kan nämnas att kostnadsökningstakten under 2016 blev 5,4 procent mot budgeterad 3,3 procent[4].

4.1 Kostnadskontroll i verksamheten

Inriktningen i FHS är att vården ska ges där den, utifrån patientens behov, är mest effektiv till lägsta kostnad. Genom att de patienter som inte har behov av akutsjukhusens resurser tas om hand av andra vårdgivare, skapas ett effektivare resursutnyttjande. Införandet av vårdval är ett sätt att genomföra detta. Kostnadsutvecklingstakten inom flera vårdval har dock varit hög och HSF har utvecklat stöd för avtalsutveckling bland annat mot bakgrund av behovet att stabilisera kostnadsökningar inom vårdval.

Under 2016 och 2017 har HSN genomfört att antal revideringar av tidigare beslutade avtal för vårdval i syfte att korrigera för kostnadsökningar och förväntade strukturella förändringar i vårdutbudet som följer av utflyttningen av specialiserad vård från akutsjukhusen. I revisionens granskning[5] framkommer att i sju av 20 granskade ärenden om sådan revidering saknas kvantifiering av kostnader. Analyser av kostnadskonsekvenser saknas när förslaget innebär att vårdtjänsten ändras eller då det inte finns någon tidigare tjänst att jämföra med. Granskningen visar vidare att i de granskade ärendena, med något undantag, saknas uppgifter om förväntade kostnader över en flerårsperiod. Vidare framkommer att det inom HSF inte finns någon vägledning för ekonomisk konsekvensanalys och att omfattningen och innehållet i de ekonomiska konsekvensbeskrivningarna skiljer sig väsentligt åt[6].

4.2 Kostnadskontroll i byggprojekt

Revisionen har granskat investeringar och byggprojekt i vårdens fastigheter[7]. Granskningarna visar att Locum har valt ersättningsformen löpande räkning för de granskade projekten vid S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Som avtalen är utformade bär landstinget hela den ekonomiska risken. När en upphandling görs i ett läge där beställaren inte helt preciserat projektets omfattning anser Locum att löpande räkning bör tillämpas för att undvika att entreprenören kan komma att ta ut en stor del av ett eventuellt fast pris i risktillägg.

Byggprojekten på S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus blir enligt nuvarande prognoser ca 800 respektive 300 och 520 mnkr dyrare än initialt beräknat. En väsentlig del av förklaringen när det gäller projektet på S:t Göran är att projektet fick startas om efter en utdragen process där bygglov överklagats av närliggande fastighetsägare, vilket ledde till högre kostnader för upplåning, personal och allmänna kostnader. I granskningen framkommer att uppskattningarna som underlag för fullmäktiges genomförandebeslut var gamla när upphandlingen gjordes och att upphandlingen genomfördes i ett läge med överhettad byggmarknad, vilket medförde att det inte gick att upphandla entreprenaden till det budgeterade priset.

---

[3] Landstingsrevisorerna: 9/2016 - Landstingsstyrelsens övergripande ekonomistyrning
[4] SLL – Årsredovisning 2016, LS 2016 - 0900
[5] Landstingsrevisorerna: 10/2017 Hälso- och sjukvårdens kostnader
[6] Baserat på 50 tjänsteutlåtanden avseende nyutveckling eller revidering av avtal
[7] Landstingsrevisorerna: 7/2017, Byggprojekt i vårdens fastigheter, 11/2017 Vård- och trafikinvesteringar

När det gäller byggprojektet på Södersjukhuset gjordes en stor del av upphandlingen innan byggmarknaden hade överhettats. Upplägget med löpande räkning har ändå inneburit att prisökningar slagit igenom direkt i projektet. Orsaken till det ökade medelsbehovet vid Danderyds sjukhus beror bland annat på att den initiala budgeten för investeringsobjektet byggde på schablonantaganden som var allt för vaga och att processen för att beräkna de framtida investeringsutgifterna för både detta och övriga investeringsobjekt vid landstingets sjukhus inte har varit tillräckligt välfungerande.

4.3 Revisionens bedömning

Revisionen bedömer att kostnadskontrollen hittills inte lett till att kostnadsutvecklingstakten under de senaste åren kunnat begränsas som planerat och att de effektiviseringar som initialt planerades inte kommer att kunna uppnås. De ökande investeringsvolymernas framtida kostnadspåverkan innebär att det ekonomiska utrymmet för vården minskar. Att vårdens kostnader ökar samtidigt som kapital- och driftkostnader ökar riskerar att bli ett olösligt dilemma som påverkar förutsättningarna att nå en ekonomi i balans på sikt.

Revisionens bedömning är att redovisningen av konsekvensanalyser i beslutsunderlag till HSN behöver utvecklas liksom nämndens redovisning och uppföljning av långsiktiga effekter av beslutade åtgärder. Revisionen bedömer att det i underlagen till förslag om beslut i nämnden saknas en enhetlighet i beskrivningen av ekonomiska konsekvenser av beslut, inklusive kostnadspåverkan och eventuella systemeffekter. En väl utvecklad bedömning av ekonomiska konsekvenser framstår som nödvändig om vårdval, i enlighet med FHS, ska ligga till grund för effektiviseringar av vården.

Fördyrningarna av investeringsprojekten kan delvis förklaras med att byggmarknaden överhettats sedan planeringen av FHS, men revisionen menar även att det i de initiala beräkningarna funnits vaga schablonantaganden och att processen för att beräkna de framtida investeringsutgifterna kan förbättras. Vidare menar revisionen att det i stora och komplexa byggprojekt behöver finnas en tillräcklig beredskap såväl tids- som kostnadsmässigt för överklaganden redan i planeringsskedet. Fördyrningar av projekten innebär risk för att samtliga investeringar som behövs för genomförandet av Framtidsplanen inte kan fullföljas i enlighet med planeringen, vilket i sin tur medför risk för att verksamheten inte kan utvecklas som planerat.

5 Vårdplatser och byggnation

5.1 Vårdplatser – behov, planering och tillgång

Landstingets arbete med prognoser av vårdbehov bygger på olika tillgängliga kunskapsunderlag. Tillsammans med en systematisk analys av gapet mellan vårdbehov, vårdutbud och vårdefterfrågan utgör det grunden för prognosarbetet som i sin tur utgör ett underlag till verksamhetsplaneringen. Ansvaret för prognoserna har skiftat men grundunderlaget har tagits fram av HSF. Under 2018 kommer en uppdaterad process för vårdbehovsprognoser att tas fram med en tydlig koppling till investeringar, budget m.m.

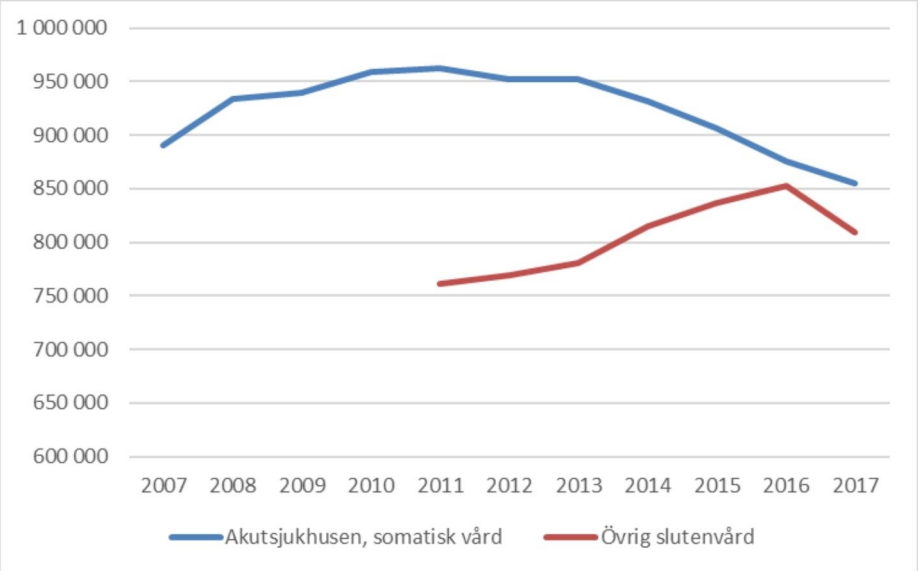
Det är svårt att redovisa utvecklingen över tid av disponibla vårdplatser. Definitioner har ändrats och uppgifter kommer från olika källor. De uppgifter som finns pekar dock mot att antalet disponibla vårdplatser på akutsjukhusen inte har ökat utan är

kvar på ungefär samma nivå som 2010. Antalet ej disponibla vårdplatser på akutsjukhusen har under 2017 konstant varit på en hög nivå. Vecka 48 november 2017 var 779 av akutsjukhusens fastställda vårdplatser inte disponibla, vilket är 242 fler än uppgiften ett år innan och motsvarar fler än samtliga fastställda vårdplatser på Södersjukhuset. Det kan även nämnas att inom geriatriken så är antalet vårdplatser kvar på samma nivå som 2010 – drygt 1000. För mätveckan 48 2017 var dock 100 av dessa inte disponibla.

Vården har sedan 2010 förändrats med mer dagoperationer och mer digital vård. Därför är det svårt att bedöma hur många av vårdplatserna som skulle behöva vara disponibla. Bristen på personal lyfts fortfarande som orsaken till att vårdplatser inte är disponibla. Idag finns inte heller budget för att öppna alla. Intervjuade gör bedömningen att långt ifrån alla närmare 800 disponibla vårdplatser behövs idag. Behovet är svårt att bedöma, men kan handla om något eller några hundratal för att undvika överbeläggningar och få processerna på akutsjukhusen att fungera effektivare. Det gäller särskilt för att klara det akuta omhändertagandet när den öppna mottagningen på Karolinska Solna förvandlas till en intensivakut (se avsnitt 6.3).

Mellan 2011 och 2016 har slutenvården utanför akutsjukhusen mätt i vårddagar totalt sett ökat de senaste fem åren. Samtidigt har antalet vårddagar vid akutsjukhusen under motsvarande period minskat. För 2017 har dock uppgången i antalet vårddagar utanför akutsjukhusen brutits vilket framgår i tabellen nedan.

Utfall vårddagar i slutenvård



När det gäller öppenvårdsbesök så gjordes bedömningen i den första Framtidsplanen 2011 att hälften av de 1,2 miljoner läkarbesöken vid akutsjukhusen skulle kunna utföras utanför akutsjukhusen. Antalet läkarbesök utanför akutsjukhusen har i likhet med planeringen därefter ökat. Däremot har inte antalet besök på akutsjukhusen minskat i motsvarande grad.

5.2 Planering och genomförande av ombyggnationer

Revisionen har under 2017 i tidigare nämnda rapport (se avsnitt 4.2) granskat styrningen i två stora byggprojekt inom vården i syfte att bedöma hur byggprocesserna

styrs och om den interna kontrollen i projekten är tillräcklig. Granskningen visar att den valda organisationsformen där landstingsstyrelsen ansvarar för övergripande styrning av beslutade specificerade vårdinvesteringar och Locum ansvarar för att genomföra investeringarna i sig skapat otydligheter. Ett beslut har nu tagits i fastighets- och investeringsberedningen om att överföra planerings och genomförandeansvar för fastighetsinvesteringar till Locum 1 mars 2018[8].

En jämförelse mellan statusrapporteringarna av investeringarna som redovisats i fastighets- och investeringsberedningen visar att slutdatum för byggnationer på flera av akutsjukhusen har flyttats fram med ytterligare ett år under 2017. Det gäller byggnationer på Danderyd sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. När det gäller projektet på S:t Göran är en väsentlig del av förklaringen till förseningen att det fick startas om efter en utdragen process där bygglov överklagats av närliggande fastighetsägare. Det framkommer även att hälso- och sjukvårdsnämnden, i egenskap av hyresavtalspart behöver ta en mer aktiv roll i utformningen av byggnaden vid S:t Görans sjukhus för att säkerställa att beslut om lokalernas utformning fångar upp förändringar i verksamhetens behov där avtal inte finns.

Av de mindre sjukhusen är Sollentuna och Nacka sjukhus det enda sjukhus där den från början planerade ombyggnationerna idag har påbörjats. Även här har slutdatum flyttats fram ett år under 2017. Revisionen har i en tidigare granskning[9] beskrivit de problem som uppstått vid byggnationen av Sollentuna sjukhus och att arbetet avstannade. Under 2017 beslutade fullmäktige att tillskjuta 350 miljoner kronor för att färdigställa arbetet[10]. Vid Nacka sjukhus har etapp ett med byggnation av psykiatriska vårdplatser startat. En utredning pågår om etapp två med somatisk slutenvård ska bibehållas eller inte.

5.3 Revisionens bedömning

Det är idag svårt att få en tydlig bild av vårdplatsbehovet. Överbeläggningar förekommer på akutsjukhusen och flödena mellan akuten och vårdavdelningarna fungerar inte på grund av brist på disponibla vårdplatser. Detta trots att arbetet med FHS har fokuserat på att få tillgången på vårdplatser att motsvara behovet i genomförandeskedet. Samtidigt fortsätter utvecklingen med ökad dagkirurgi och färre vårdagar. Det är ett trendbrott att vårddagarna minskar utanför akutsjukhusen. Det är dock oklart om antalet vårddagar minskat på grund av att det finns färre disponibla vårdplatser eller om det beror på att behovet minskat. Revisionen uppfattar därför, likt tidigare år, att det råder stor osäkerhet om hur stort det faktiska behovet av vårdplatser är såväl idag som i framtiden.

Flertalet av revisionens tidigare iakttagelser gällande behovet av att mer tydligt fördela ansvar och att utveckla planering, samarbete och kommunikation mellan berörda parter i byggprojekten inom vården kvarstår enligt under året genomförda granskningar.

[8] LS 2018–0048
[9] Landstingsrevisorerna: 8/2016 Lokalanpassning på de mindre sjukhusen
[10] LS 2017–0526

6 Omstrukturering av vården

6.1 Målbilden för FHS

Målbilden för FHS fram till 2025, som illustreras i bilden nedan, är oförändrad sedan den första Framtidsplanen togs fram. År 2018 var från början satt som avslutningsåret för FHS som projekt. De flesta intervjuade menar dock idag att projektet fortgår tills de nya avtalen för akutsjukhusen träder ikraft 2020. Det finns ingen samlad och systematisk uppföljning som visar utvecklingen i förhållande till målbilden. I granskningen har frågan ställts till intervjuade om de uppfattar att vården inom Stockholms läns landsting närmat sig målbilden i relation till när arbetet med FHS startade 2011. Beträffande tillgänglighet är de intervjuade överens om att denna har förbättrats inom vissa områden men försämrats inom andra. De intervjuade menar även att det är oklart vad som menas med vård i rätt tid. Frågor om utvecklingen av kvalitet och effektivitet är ännu svårare att svara på.



6.2 Nätverkssjukvård

Utvecklingen av nätverkssjukvården är en grundläggande förutsättning för genomförandet av FHS. Begreppet nätverkssjukvård utvecklades i Framtidsplanen tredje steget och definieras där genom fyra huvudprinciper och 30 punkter. HSN fick i uppdrag att utveckla nätverkssjukvården med utgångspunkt i dessa. Under 2017 arbetade HSF med sex systempåverkande fokusområden för FHS genomförande (se avsnitt 3.2). Ett fokusområde är *nätverkssjukvården – långsiktig och strategisk utveckling*. Inom detta bedrivs arbete med att utveckla nätverkssjukvården med utgångspunkt i de 30 punkterna. HSF skriver i en PM[11] att dagens informations-, ersättnings- och uppföljningssystem inte ger ett tillräckligt stöd för nätverkssjukvårdens principer. Förändringar behövs därför i vårdavtal, uppdrag, ersättningsmodeller och uppföljning så att dessa i högre utsträckning stödjer helhetssyn och samverkan.

[11] HSF:s fokusområden i FHS genomförande, PM 2017-07-14

Därför ska förvaltningen under 2018 arbeta med att utveckla indikatorer och beskrivningssystem för uppföljning, utveckla ersättningsmodeller som ger ökade incitament för vårdgivare att ta ett helhetsansvar och med att visualisera patienternas vårdkedjor och hälsoutfall.

6.2.1 Samverkan i vårdavtalen

Revisionens genomgång[12] av avtal inom ett antal vårdområden visar att det i samtliga avtal finns krav på samverkan och på att rutiner för samverkan ska upprättas samt att vårdgivaren ska arbeta för att vårdkedjan ska vara så sammanhängande som möjligt ur patientens perspektiv. I vilken utsträckning vårdgivarens ansvar vid vårdövergångar preciseras varierar mellan olika avtal. Exempelvis är skrivningar om samverkan mellan vårdgivare olika utformade i avtal även när det inte är motiverat vilket kan hänga ihop med att enheterna inom HSF arbetar olika. Vidare framkommer i revisionens granskning att avtalsarbetet på HSF i första hand har varit inriktat på att definiera ansvar och roller för olika vårdgivare, medan frågor om hur vårdens ska fungera som en sammanhållen enhet utifrån individens behov inte har prioriterats i tillräcklig utsträckning.

När ett nytt avtal tas fram finns det rutiner som ska fånga upp vilka konsekvenser det kan få på andra avtalsområden. Enligt vad som framkommit i granskningen har dessa rutiner inte fungerat tillräckligt bra. Revisionens granskning[13] visar att analys av systemeffekter inte har gjorts för samtliga ärenden som berör revideringar av vårdavtal i samband med utflyttning av vård från akutsjukhusen. För avtalsutveckling finns särskilda styrdokument, men för beredning av andra ärenden finns inga riktlinjer. Beredningen av strategiska ärenden, som exempelvis framtagandet av nivåstrukturering av cancervård, upplevs av intervjuade inte vara lika tydlig som beredning av avtalsärenden. För närvarande pågår en översyn av avtalsprocessen på HSF. Enligt uppgift ska frågan om hur beroenden mellan olika vårdval kan analyseras tas upp.

6.2.2 Insatser för samverkan

Under 2014–2016 bedrev HSF projektet sammanhållen vård genom enhetligt arbetssätt med målet att ta fram arbetssätt för att minska oplanerad återinskrivning av äldre. De arbetssätt som togs fram är frivilliga för vårdgivarna att använda sig av och HSF har ingen information om i vilken utsträckning arbetssätten implementerats. Erfarenheterna från projektet ska tas tillvara i förvaltningens arbete med att implementera den nya lagen om utskrivning[14]. Den nya lagen innebär att den landstingsfinansierade öppna vården blir huvudansvarig för samordning av processen vid utskrivning. HSF leder arbetet med att ta fram riktlinjer och rutiner för detta. Hänvisningar till dessa kommer att finnas i avtalen, tidigast från 2019.

HSF deltar även i andra utvecklingsarbeten som rör samverkan i vårdens gränssnitt, bland annat i ett utvecklingsarbete gällande patientprocesser[15], som syftar till att utveckla sammanhållna vårdprocesser utifrån patientens perspektiv. HSF arbetar även

[12] Landstingsrevisorerna: 4/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt
[13] Landstingsrevisorerna: 10/2017 Kostnader i hälso- och sjukvården
[14] Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
[15] Projektet är beslutat av direktörsgruppen och drivs av SLSO.

med att implementera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med SKL:s rekommendation.

I revisionens granskning av vårdens gränssnitt[16] framkommer att det finns svårigheter med att skapa samverkan mellan vårdgivare. Ju mer specialiserad vården och omsorgen blir, desto fler gränssnitt att samverka över uppkommer såväl inom som mellan organisationer. Ett sätt att underlätta samverkan kan vara att kommunerna och/eller landstinget skapar en stödjande infrastruktur, exempelvis genom att samla vård- och omsorgsgivare i lokala forum. Något sådant systematiskt arbete förekommer inte inom landstinget enligt revisionens granskning. HSF har själva identifierat behovet av att se över hur förvaltningen ska möta vårdgivares behov av en part som skapar kontaktytor mellan aktörer för lokal samverkan i ett projekt (SVEA).

6.2.3 Uppföljning av nätverkssjukvården

Revisionens granskning av uppföljning av vårdvalsavtal[17] visar att det inte genomförs någon dokumenterad analys per vårdvalsområde, vilket enligt HSF:s processbeskrivning ska göras årligen. Vidare visar granskningen att den uppföljning av individuella avtal som görs i första hand fokuserar på volymer och kostnader medan mer kvalitativa aspekter, exempelvis följsamhet till vårdprogram, inte systematiskt följs upp.

Ett mål i nätverkssjukvården är att patienten ska uppleva vården som en fungerande helhet, även om vården utförs av olika aktörer. I revisionens granskning framkommer att nätverkssjukvård eller sammanhållen vård ur patientens perspektiv är svårt att konkretisera och följaktligen även svårt att följa upp. För gruppen äldre har ett antal indikatorer på kontinuitet och samverkan tagits fram, vilka följs upp årligen för respektive husläkarverksamhet. Dock görs ingen aggregerad analys.

Revisionens granskning av remisser[18] visar att remissprocessens effektivitet eller patientflödet mellan vårdgivare inte följs upp. Remisshanteringen går inte att följa upp då uppgifter om i vilken utsträckning remisser återsänds eller vidareremitteras saknas. I nyare vårdval har skyldighet för vårdgivaren att registrera varifrån en remiss kommer införts, i syfte att möjliggöra uppföljning.

6.3 Ett förändrat akut omhändertagande

HSN beslutade i mars 2017[19] om en ny struktur för akut omhändertagande som implementeras under 2017/2018. Totalt kommer fem nivåer för det akuta omhändertagandet att finnas: 1177 Vårdguiden, husläkarmottagningar[20], närakuter, akutsjukhusens akutmottagningar och intensivakuten på Karolinska Solna. Intensivakuten planeras starta den 1 maj 2018 och ska endast ta emot patienter i behov av högspecialiserade resurser. Akutbesöken ska successivt styras om till de olika vårdnivåerna. Inför öppnandet av intensivakuten kommer en geografisk omstyrning av gående patienter och ambulanser att genomföras. Omstyrningen inleddes i oktober 2017 med att patienter från Karolinska Solna ska hänvisas till Danderyds sjukhus och S:t Görans

[16] Landstingsrevisorerna: 4/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt
[17] Landstingsrevisorerna: 6/2017 Uppföljning av vårdvalsavtal
[18] Landstingsrevisorerna: 1/2017 Remisser – en länk mellan vårdnivåer
[19] HSN 2016–4792
[20] Även husläkarjourer, jourläkarbilar, barn- och ungdomsmottagningar, öppenvårdspsykiatri, akutbesök i den öppna specialistvården

sjukhus. Under 2017/2018 kommer tio närakuter med enhetligt uppdrag att startas. Dessa ska, när de får full funktionalitet, kunna avlasta akutsjukhusens akutmottagningar och underlätta omstyrningen av de akuta flödena.

HSN har genomfört en riskanalys i syfte att identifiera risker och ta fram en åtgärdsplan för att möjliggöra omstyrningen av de akuta flödena med minsta möjliga patientsäkerhetspåverkan.[21] Efter genomförd riskanalys beslutade hälso- och sjukvårdsdirektören att öppnandet av intensivakuten kan ske enligt plan men att den resterande geografiska omstyrningen modifieras något och genomförs i april 2018 istället för som planerat i två steg i januari respektive mars 2018.[22]

Riskanalysen pekar på att det råder brist på slutenvårdskapacitet och att ca 40 vårdplatser behöver tillkomma på Danderyds sjukhus respektive S:t Görans sjukhus när dessa nu ska ta emot fler och sjukare patienter som behöver läggas in. HSF har tillsatt en arbetsgrupp som arbetar med att få fram fler vårdplatser vid sjukhusen. På Danderyds sjukhus finns de fysiska vårdplatserna men problemet är bemanningen. En risk är att Karolinska inte kan genomföra flytten till nya lokaler i tid om inte deras akuta patientvolymer minskar enligt plan. Den omstyrning av ambulanser från Karolinska till S:t Göran sjukhus och Danderyds sjukhus som inleddes hösten 2017, har enligt uppgift i december 2017 ännu inte haft någon större effekt på det akuta flödet.

I riskanalysen framgår även risken för att närakuterna inte har full funktionalitet vid öppnandet. En inkörningsperiod bedöms behövas för att säkerställa bemanning och etablera samverkan med andra vårdgivare. Eventuella återbesök efter besök på närakut ska ske i husläkarverksamheten, vilket ställer krav på bra samarbete. HSF planerar att genomföra dialogmöten med akutsjukhus, geriatrik och husläkare i närheten av respektive närakut, om patientstyrning och överföring av patienter mellan vårdnivåer.

I riskanalysen identifieras även ett stort behov av kommunikationsinsatser till såväl vårdgivare som allmänheten. Risker är bl.a. att 1177 inte styr patienter till rätt vårdnivå. Under 2017 har HSF genom prioriterings- och dirigeringstjänsten 1177 Vårdguiden och Stockholms medicinska råd inlett ett arbete med att kartlägga sökorsaker för att kunna koppla ihop dessa med rätt akut vårdnivå för att få en rutin för patienthänvisning. Arbetet ska enligt tidplan vara klart februari/mars 2018. HSF följer de akuta flödena varje vecka och presenterar detta för genomförandegruppen[23].

I granskningen framkommer farhågor för att patienter med lättare akuta tillstånd som ska tas om hand av husläkarverksamheten i stället söker och får vård på närakut, vilket riskerar försvåra omstyrningen av patienter från akutsjukhusen. I granskningen framkommer vidare att det finns farhågor för att bemanningen och patientflödena inte kommer att matcha och att närakuterna ”dränerar” andra vårdnivåer på personal.

[21] HSN 2016-4792-10
[22] HSN 2016-4792-9
[23] Se bilden av den övergripande organisationen för FHS under avsnitt 3.2

6.4 Primärvården

Husläkarverksamheten beskrivs i Framtidsplanen som nav, lots eller koordinator i nätverkssjukvården. Revisionens granskning[24] visar att husläkaravtalens skrivningar om sammanhållen vård successivt har utökats och att husläkarverksamhetens uppdrag som patientens samordnare och lots i vården finns inskrivet i avtalen. Vad detta i praktiken innebär har dock inte konkretiserats. Från 2018 ges husläkarverksamhetens möjlighet att anställa fler yrkeskategorier än tidigare, exempelvis fysioterapeuter och dietister. HSF har också påbörjat ett arbete med att se över vilka vårdval eller andra uppdrag som kan vara aktuella att knyta närmare husläkarverksamheten och hur detta kommer att påverka de vårdval eller andra uppdrag som berörs. I granskningen framkommer att det pågår diskussioner om hur detta ska genomföras.

Eftersom husläkarverksamheten har ett brett uppdrag har den gränssnitt mot i princip all annan vård och påverkas därför av förändringar i omkringliggande vårdval. Någon dokumenterad analys av hur ändrade remisskrav påverkar patientströmmarna mellan specialistsjukvården och husläkarverksamheten har inte genomförts. I granskningen framkommer att remisskrav både kan ses som ett sätt att stärka husläkarverksamhetens roll som nav i sjukvården eftersom patienter behöver uppsöka husläkarverksamheten innan de kan remitteras till specialist. Å andra sidan kan remisskravet innebär att extra besök i husläkarverksamhetens genereras, utan att detta nödvändigtvis innebär mer sammanhållen vård för patienten. Husläkarverksamheten står inför större förändringar de närmsta åren. Dels implementeras den nya lagen om utskrivning (se avsnitt 6.2.2), dels ska den basala hemsjukvården enligt plan kommunaliseras år 2020. Vilken effekt detta kommer att få på husläkarverksamhetens möjlighet att fungera som nav i vården är ännu för tidigt att säga.

6.5 Kompetensförsörjning

LS har enligt reglementet det övergripande ansvaret för landstingets långsiktiga kompetensförsörjning. HSF ansvarar för att avtalen med vårdgivarna omfattar villkor som säkerställer att vårdgivarna ges förutsättningar att följa landstingets intentioner med kompetensförsörjning. Implementeringen ansvarar respektive verksamhet för. Övergripande samordning av kompetensförsörjningsfrågor sker främst genom personaldirektörsgruppen. Personaldirektörsgruppen har inget beslutsmandat; beslut fatttas i linjen av respektive verksamhet eller kan lyftas till direktörsgruppen. Inriktningen på landstingets arbete med kompetensförsörjning finns fastlagd i landstingets kompetensförsörjningsstrategi 2016–2021[25] som konkretiserats i en handlingsplan 2017–2019[26]. Aktiviteterna i handlingsplanen ska genomföras av respektive nämnd och styrelse. Det åligger personalutskottet att följa upp att detta fortlöper enligt plan. Uppföljning av effekter sker inom ramen för ordinarie uppföljning, främst personal- och utbildningsbokslutet.

Säkrad kompetensförsörjning pekas i FHS ut som en förutsättning för omstruktureringen av vården. Inom ramen för FHS sker stora omflyttningar av verksamheter mellan olika vårdgivare inom landstinget. Vid verksamhetsövergång har personal

[24] Landstingsrevisorerna: 9/2017 Navet i nätverkssjukvården
[25] LS 2015–0998 Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting 2016–2021
[26] LS 2016–1483 Handlingsplan utifrån kompetensförsörjningsstrategin, LS 2017-06-20, LS 2016–1483

som hör till den verksamheten rätt att följa med men även möjlighet att tacka nej.[27] I de fall en verksamhetsflytt, enligt lagstiftning, inte utgör verksamhetsövergång är tanken att personalen ska följa med verksamheten i så stor utsträckning som möjligt. Flera intervjuade framför att det förekommer att personal, framför allt på Karolinska, inte följer med när verksamhet överförs till andra sjukhus. Någon uppföljning avseende i vilken utsträckning personalen följer med vid flytt av verksamheter har inte gjorts av SLL Personal.

En vårdstruktur med högt specialiserade vårdgivare för med sig ändrade förutsättningar för klinisk utbildning eftersom enskilda vårdgivare inte kommer att kunna erbjuda studenterna en tillräckligt bred utbildning. Otydligheter har funnits i avtalen med vårdgivarna och därför har landstinget och vissa vårdgivare inte kommit överens om omfattningen av vårdgivarnas medverkan i och ersättning för läkares specialisttjänstgöring. HSN beslutade[28] i september 2017 att skärpa avtalsskrivningarna så att alla vårdgivare på anmodan av landstinget ska medverka i läkares specialisttjänstgöring enligt en ny grundmodell för ersättning. De skärpta villkoren kommer att inarbetas i avtalen vid ordinarie avtalsrevideringar, nyutveckling av avtal eller vid behov. HSN gav även förvaltningen i uppdrag att återkomma med åtgärdsförslag avseende säkerställande av övrig verksamhetsförlagd utbildning och forskning. I budget 2018[29] framgår att landstingets struktur för utbildning behöver ses över i samband med Framtidsplanens genomförande. I syfte att stärka den samordnade styrningen av allmän- och specialisttjänstgöring för läkare har fullmäktige beslutat att resurserna och ansvaret för detta samlas hos HSN från och med 2018.

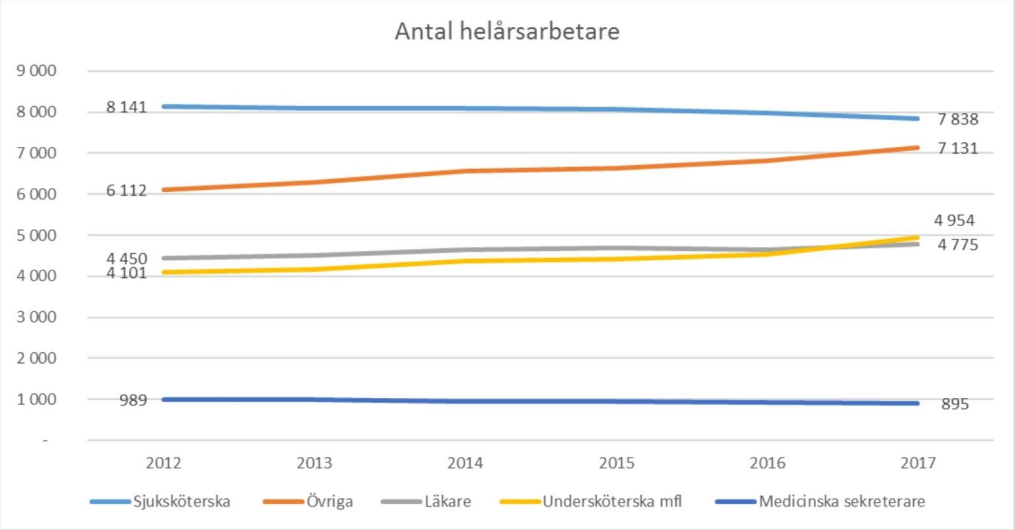
Ytterligare en central fråga rör effektivare användning av personalresurser och sammansättning av kompetenser. En del i detta är enligt FHS implementeringen av landstingets gemensamma modell för kompetensplanering – KOLL. Landstingsdirektören[30] beslutade under 2017 om landstingsgemensamma kompetensstegar[31] för sjuk- respektive undersköterskor. Dessa ska vara implementerade vid slutet av 2019 och kopplade till de roller som finns i KOLL. Kompetensstegar för ytterligare yrkeskategorier ska enligt handlingsplanen utifrån kompetensförsörjningsstrategin tas fram under 2018.

I budget 2017 beslutades att schemalägga läkarna inom dygnet-runt-verksamheterna[32] mellan klockan 07.00–21.00. Syftet är att underlätta interprofessionellt samarbete och att bemanna vårdverksamheterna efter patienternas behov. Revisionens granskning av implementeringen av beslutet visar att schemaläggningen av läkarna görs separat från andra yrkesgrupper. Enligt handlingsplanen utifrån kompetensförsörjningsstrategin ska hälso- och sjukvårdsverksamheterna ”systematiskt genomlysa och strukturera sin verksamhet i syfte att skapa en kompetensmix där rätt kompetens används till rätt uppgift”. I december 2017 var det ännu inte klart hur denna aktivitet ska följas upp inom ramen för handlingsplanen.

---

[27] 6b § anställningsskyddslagen
[28] HSN 2017-09-28, Dnr HSN 2017–0891
[29] LS 2017–0452
[30] LDR 7177, LDR 7309
[31] Kompetensstegar är strukturer för att utveckla och upprätthålla kompetens samt tydliggöra karriärvägar
[32] Berörda verksamheter: Karolinska, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, S:t Eriks Ögonsjukhus samt Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Svårigheter att rekrytera och behålla sjuksköterskor utpekas ofta som orsaken till att vårdplatser på akutsjukhusen inte hålls öppna. Diagrammet nedan visar att antalet helårsanställda sjuksköterskor på akutsjukhusen minskat med ca 300 helårsarbetare jämfört med 2012. Minskningen beror tills största delen på att antalet sjuksköterskor vid Karolinska har minskat med 379, medan antalet sjuksköterskor vid de andra akutsjukhusen har ökat något eller är oförändrat jämfört med 2012. Antalet undersköterskor har ökat på samtliga akutsjukhus jämfört med 2012.



Källa: SLL Personal. Data för Karolinska, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus.

6.6 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att det finns skillnader mellan vårdvalsavtal om samverkan mellan vårdgivare som förefaller vara omotiverade. Revisionen bedömer därför att HSN behöver fortsätta arbetet med att tydliggöra vårdgivarens ansvar att samverka. Detta för att säkerställa att nätverkssjukvårdens principer om helhetssyn stöds av avtalen. Revisionen uppfattar att det upplevs som otydligt i vilken utsträckning HSF ska styra samverkan och samarbetsformer i gränssnitten mellan vårdgivare. HSF behöver därför göra en samlad analys av hur nätverkssjukvårdens principer bäst ska stödjas genom avtal och andra insatser. Revisionen konstaterar vidare att konsekvensanalyserna inte är fullständiga när nya avtal i olika former införs. Förvaltningen behöver utveckla metoder för att bedöma konsekvenser och effekter på gränssnitt och systemeffekter i underlag inför nämndens beslut om avtal och ersättningssystem.

Enligt FHS ska husläkarverksamheten fungera som ett nav, lots eller koordinator i nätverkssjukvården. Revisionen bedömer att det är oklart vad detta i praktiken innebär, då begreppen inte har konkretiserats. HSF behöver därför analysera hur funktionen som nav i vården relaterar till andra vårduppdrag. Det rör både frågan om hur husläkarverksamheten ska knyta till sig annan kompetens och hur detta kommer att påverka andra vårdval samt hur exempelvis remisskrav ska hanteras. Husläkarverksamheten står inför en rad förändringar, exempelvis ny lag om utskrivning och kommunalisering av hemsjukvården. Revisionens bedömning är därför att HSN, utifrån en samlad analys av de förändringar som husläkarverksamheten står inför, behöver konkretisera husläkarverksamhetens roll som samordnare och lots.

En av de största förändringarna inom FHS är införandet av nya nivåer i det akuta omhändertagandet. Revisionen uppfattar att HSF har prioriterat arbetet med att identifiera och hantera de risker som strukturförändringen innebär. Revisionen uppfattar att HSF, bl.a. genom verktyg för att i realtid kunna följa patientströmmarna, bör ha förutsättningar att tidigt se avvikelser och utifrån det sätta in åtgärder för att korrigera dessa.

Revisionen konstaterar att uppföljningen av kvalitativa parametrar i de enskilda vårdvalsavtalen är svag, att aggregerade uppföljningar för vårdvalsområden inte görs i föreskriven utsträckning och att det ännu inte utvecklats metoder för att följa upp samverkan mellan vårdgivare ur patientens perspektiv. Samtliga dessa områden behöver förbättras. Revisionen bedömer därför att HSF:s uppföljning av närverkssjukvården hittills inte varit tillräcklig. Vidare menar revisionen att det behövs ökad kunskap om hur exempelvis incitament och regler faktiskt påverkar patientflöden och funktionalitet i gränssnitten i syfte att förbättra styrningen.

I granskningen har framkommit att personal inte följer med när verksamheter flyttas enligt intentionerna i FHS. Revisionen noterar att möjligheten att styra detta är begränsade då verksamhetsövergångar regleras i lagstiftning. Revisionen konstaterar att åtgärder för att skapa förbättrade förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning och effektivare användningen av personalresurser har vidtagits. Eftersom åtgärderna inte är fullt ut implementerade återstår att se vilken effekt dessa kommer att få. Revisionen uppfattar att effektivare arbetssätt är en central aspekt av kompetensförsörjningen i FHS. Det är dock upp till respektive vårdgivare att besluta om hur arbetet ska organiseras, vilket begränsar möjligheten att centralt styra detta. Effektivare arbetssätt tas även upp i handlingsplanen utifrån kompetensförsörjningsstrategin. Vilken styreffekt handlingsplanen kommer att få avser revisionen att granska framöver.

7 Ersättningssystem och IT-stöd

7.1 Ersättningssystem

Begreppet ersättningssystem innefattar här beskrivningssystem (beskrivning av vad som utförs) och ersättningsmodeller (hur och vad man får betalt för). Uppdraget att utarbeta nya ersättningsmodeller ligger på HSN. Förvaltningens utveckling av modellerna ska stödja arbetet mot en nätverkssjukvård enligt FHS målbild. Det arbete som bedrivits i ett projekt på förvaltningen har resulterat i en beslutad plan för hur ersättningsmodeller ska utformas i avtal[33]. Planen innehåller fem olika grundmodeller att använda som bas för hur ersättningsmodeller generellt bör konstrueras. Dessa bygger i sin tur på tre etablerade ersättningsprinciper; målrelaterad, produktionsrelaterad och uppdragsrelaterad ersättning. Planen ska implementeras i arbetet med att utforma avtal som en del i avtalsprocessen.

7.1.1 Kostnadsansvaret i ersättningsmodellerna

En särskild fråga i ersättningsmodellerna är hur kostnadsansvaret regleras mellan olika vårdgivare. I en nätverkssjukvård är detta en central fråga eftersom patienten omhändertas av fler vårdgivare. I den granskning revisionen genomfört under året

[33] HSN 2017–0197

om husläkarmottagningarnas uppdrag i FHS beskrivs fördelningen av kostnadsansvar mellan vårdgivarna[34]. Den som utför en undersökning på en patient står i regel för kostnaderna för denna undersökning. Remittering av patienter kan därför innebära att kostnader för undersökningar förs över till nästa led i vårdkedjan. Det framkommer att det finns en risk för att specialistvården återremitterar patienter till husläkarmottagningarna i syfte att låta dem stå för kostnader för avancerad medicinsk service. HSF har inte utrett om sådana övervältringseffekter finns mellan remittenter men husläkarverksamhetens kostnader för avancerad medicinsk service har enligt uppgift ökat kraftigt under senare år.

HSN fattade i juni 2017 beslut om att fastställa principer för kostnadsansvar. Utgångspunkten för dessa var bl.a. ett decentraliserat kostnadsansvar i syfte att koppla det ekonomiska ansvaret till det verksamhetsmässiga ansvaret, och enhetlighet mellan vårdgrenar i syfte att stimulera till helhetsansvar för patienten och motverka övervältring av kostnader.

7.1.2 Ersättningsmodeller och samverkan

I revisionens granskning av samverkan i vårdens gränssnitt[35] är den generella bild som framkommer att dagens avtal ger svaga ekonomiska incitament för samverkan. Ersättning ingår oftast som en del i en fast ersättning som ska täcka många saker. Rörlig ersättning kan ges för bl.a. vårdplanering för vissa verksamheter inte andra. Husläkarverksamheten samt barn- och ungdomspsykiatrin får även ersättning för samverkansaktiviteter som inte kan hänföras till enskild patient. I granskningen har intervjuade haft olika åsikter om värdet av att styra genom speciella ersättningar för samverkansaktiviteter i relation till fast ersättning som är tänkt att omfatta samverkan.

7.1.3 Ersättningsmodell för husläkarmottagningarna

I granskningen av husläkarmottagningarnas uppdrag i FHS (se avsnitt 6.4) gjordes även en genomgång av hur ersättningsmodellen för verksamheten ändrats i syfte att få mottagningarna att bättre fungera som nav i en nätverkssjukvård. Den tidigare ersättningsmodellen för husläkarmottagningar kritiserades allmänt för att den bidragit till att verksamheten fokuserat på att producera läkarbesök, vilket lett till att lättare sjuka fått för hög prioritet i förhållande till mer vårdtunga patienter. Mot bakgrund av detta beslutade HSN 2015[36] att justera ersättningsmodellen. Andelen besöks och åtgärdsrelaterad ersättning reducerades medan listningsersättningen höjdes och justerades efter socioekonomiska faktorer. Under 2017 och 2018 har listningsersättningen justerats ytterligare utifrån vårdtyngd. Syftet var att ge husläkarmottagningarna bättre förutsättningar att prioritera kroniskt sjuka och vårdtunga patienter.

En första utvärdering av förändringen av ersättningsmodellen som infördes 2016 ger inget entydigt svar. Andelen läkarbesök minskade inom husläkarverksamheten samtidigt som läkarbesöken ökat i vårdgrenarna övrig primärvård, specialiserad öppenvård och akutmottagningar. Detta gällde även för personer med kronisk sjukdom. Samverkan mellan husläkarmottagningar och andra former av vård hade inte påver-

[34] Landstingsrevisorerna: 9/2017 Navet i nätverkssjukvården
[35] Landstingsrevisorerna: 4/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt
[36] HSN 2015-09-29, Dnr. HSN 1506–0745

kats av den förändrade ersättningsmodellen. I underlagen inför beslut om revideringen av förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet inför 2018 konstaterades dock att de dittills genomförda förändringarna i ersättningsmodellen hade resulterat i en resursöverföring till husläkarmottagningar med en högre andel vårdkrävande patienter.

I förfrågningsunderlag för 2018 infördes även en ny ersättning för samordnad individuell planering i enlighet med den nya lagen om utskrivning och en ersättning för videobesök. Vidare infördes ersättning för besök som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, exempelvis fysioterapeut, dietist och apotekare, i syfte att stödja inriktningen mot ett bredare uppdrag för husläkarverksamheten och en mer utvecklad samverkan med andra vårdgivare.

7.1.4 Avtalen för akutsjukhusen

Inför 2016 utvecklades en ny typ av avtalsmodell, de så kallade omställningsavtalen, med de landstingsägda akutsjukhusen. Syftet med omställningsavtalen var att ge akutsjukhusen långsiktiga, tydliga och stabila förutsättningar att driva sin verksamhet och därigenom underlätta genomförandet av Framtidsplanen. Omställningsavtalen med en stor andel fast ersättning (97 procent) skulle även stimulera till samverkan och samordning med andra vårdgivare utanför akutsjukhusen och ge möjlighet att effektivisera vården genom nya arbetssätt och ökad andel dagkirurgi.

I landstingets budget för 2018 framgår att innan omställningsavtalen löper ut ska nya avtal tas fram. De ska bl.a. stimulera akutsjukhusen att fokusera på sina kärnuppdrag. HSN ska leda arbetet med att utveckla den nya avtalsmodellen tillsammans med landstingsstyrelsen och respektive akutsjukhus.

HSN beslutade[37] för sin del att avtalen ska:

- stödja fortsatt genomförande och upprätthållande av strukturförändringarna i hälso- och sjukvården enligt Framtidsplanen
- styra mot landstingsfullmäktiges långsiktiga mål för hälso- och sjukvården; hög kvalitet, förbättrad tillgänglighet och kostnadseffektivitet
- främja en låg kostnadsutveckling och nyttja genomförda investeringar
- stödja samverkan med andra vårdgivare i en nätverkssjukvård som skapar ett värde för patienten.

För att utföra arbetet har en projektorganisation upprättats. Arbetet har inletts med en uppföljning av gällande avtal och omvärldsbevakning. Beslut om ny avtalsmodell ska fattas under hösten 2018. Därefter ska de sjukhusspecifika avtalen tas fram. Beslut om de nya avtalen för 2020 planeras att beslutas innan sommaren 2019.

7.2 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.

[37] HSN 2017–0570

Det tidigare så kallade 3R-projektet där de tre största landstingen/regionerna skulle samarbeta i syfte är att införa ett nytt systemstöd för hantering av vårdinformation för att klara såväl patienternas, vårdens, forskningens som administrationens krav har nu blivit FVM – framtidens vårdinformationsmiljö. Efter att Region Skåne och Västra Götalandsregionen valt att inte delta i upphandlingen kommer den nu att genomföras endast av Stockholms läns landsting. Fullmäktige fattade i december 2017[38] ett genomförandebeslut för FVM där 2,2 miljarder kronor avsattes för investeringen. Landstingsstyrelsen förväntas i början av 2018 besluta om att påbörja en upphandling av en leverantör. Starten av upphandlingen beräknas pågå under ett år. Genomförandet beräknas därefter pågå fram till slutet av 2021.

I revisionens granskning av vårdens gränssnitt[39] framkommer att det är riskfyllt att FVM ska införa succesivt samtidigt som ombyggnationerna och flyttarna inom vården pågår. Förutom att det blir logistiska problem så är det i stor utsträckning samma personal som efterfrågas för de olika processerna. Att det kommer att dröja över fyra år innan en ny vårdinformationsmiljö kan vara på plats är i sig en risk. Intervjuade ställer sig bl.a. frågande till i vilken utsträckning underhåll kommer att göras på befintliga system som används idag som t.ex. TakeCare. Nuvarande system måste fungera tills det nya är på plats.

Granskningen visar även att de privata vårdgivarna och kommunerna hittills inte varit med i arbetet med att forma FVM vilket kan försvåra nätverkssjukvården. I det yttrande som HSN lämnat till landstingsstyrelsen inför beslutet om FVM understryks att all landstingsfinansierad vård borde inkluderas från början och att det behöver skapas förutsättningar för att olika system ska kunna samverka och kommunicera med varandra oavsett leverantör och teknik eftersom vården sträcker sig över organisatoriska gränser och även involverar kommuner och andra landsting.

Det har under många år pratats om genombrottet för digitala tjänster i vården som en del av FHS. Under 2017 har flera sådana tjänster etablerats på vårdguiden. I Sverige har antalet landstingsbetalande kontakter med de digitala vårdföretagen Kry och Min doktor ökat med 500 procent under det senaste året och var i oktober 22 000[40]. Invånare i Stockholms län var de som använde tjänsterna mest. Inom Stockholms läns arbete har ett pilotförsök pågått under 2017 där nio husläkarmottagningar använt sig av videomöten. Erfarenheterna är positiva och ska ligga till grund för hur de ska kunna användas framöver.

7.3 Revisionens bedömning

Revisionen konstaterar att det genomförts och pågår förändringar inom området ersättningsmodeller. HSF har genomfört en omfattande genomlysning av de olika ersättningsmodeller inom vården som finns att tillgå. Genomlysningen bör ge bättre förutsättningar än tidigare för att konstruera olika modeller för att bland annat styra mot en nätverkssjukvård. Revisionen uppfattar dock att exempelvis utvärderingen av den förändrade ersättningsmodellen för husläkarna inte visar något entydigt positivt resultat i önskvärd riktning. Om utvärderingen var för tidig eller om förändringen i

[38] LS2017-0753
[39] Landstingsrevisorerna: 4/2017 Samverkan i vårdens gränssnitt
[40] Dagens medicin 48/17

modellen inte var tillräckligt verkningsfulla är för tidigt att säga. Kommande granskningar får visa i vilken utsträckning arbetet med ersättningsmodeller implementeras i avtalsprocessen och vilken effekt de får i nätverkssjukvården. Det samma gäller de principer om kostnadsansvar som HSN beslutat om. Revisionen noterar även att arbetet med att ta fram nya sjukhusavtal, vilket revisionen har efterfrågat, har inletts.

När det gäller arbetet med ett utveckla ett nytt vårdinformationssystem så har första steget tagits genom att fullmäktige har fattat ett genomförandebeslut om investeringen. Den upphandling som ska göras har dock försenats ett år sedan förra årets FHS-rapport och det dröjer ytterligare över fyra år innan systemet successivt kan börja införas, vilket revisionen bedömer som problematisk. Det är även oklart i vilken utsträckning de befintliga systemen kommer att uppdateras i avvaktan på att nya system införs. Revisionen bedömer att det finns en risk att nätverkssjukvården inte kommer att kunna bedrivas på ett effektivt och patientsäkert sätt i avvaktan på att nya system kan tas i bruk. Revisionen ser även att det finns en risk för att de privata vårdgivarna och kommunerna kommer in för sent i processen.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

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

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

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

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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

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