Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2017-05-17

LS 2017-0387

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Föredragande landstingsråd: Marie Ljungberg Schött

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 till landstingsstyrelsen för yttrande.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Landstingsstyrelsen delar revisionsrapportens slutsatser om att det bör prövas om det behövs förändring av ansvarsfördelningen av arbetet med Framtidsplanen. Landstingsdirektören genomför på uppdrag av landstingsstyrelsen nu en översyn av landstingsstyrelsens förvaltnings organisation och ledning samt en samlad ledning av landstingets verksamheter. Inom detta arbete kommer organisation och ansvar för genomförandet av Framtidsplanen att ingå och förslag till förtydligande att tas fram vid behov.

År 2011 fastställdes den plan för framtidens hälso- och sjukvård, även kallat ”Framtidsplanen”. Planen är i sin genomförandefas, vilket således ändrar kraven på och förutsättningarna för hur arbetet ska bedrivas. Ansvaret för arbetet med Framtidsplanen förändrades därför under 2015 till att bli en del av ordinarie linjeorganisationer.

Genomförandet måste ske inom de linjeorganisationer där förändringarna sker. De utvecklingsuppdrag som låg på dåvarande programkontor överfördes till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det tydliggjordes att ansvaret att koordinera arbetet ligger under landstingsstyrelsens förvaltning. Ansvaret för Framtidsplanens genomförande överensstämmer med landstingets reglemente och delegationsordning.

Rapporteringen till landstingsfullmäktige av arbetet med Framtidsplanen skedde under 2011-2014 i form av särskilda dokument; Framtidsplanen första steget i genomförandet, LS 1109-1229, andra steget i genomförandet, LS 1304-0527 och tredje steget i genomförandet, LS 1409-1068. Arbetet, som då var av utrednings- och planeringskaraktär, skedde inom ramen för det centrala programkontor som då fanns. När arbetet övergick i genomförandefasen och ansvaret fördes till linjeorganisationen ändrades också rapporteringen till landstingsfullmäktige. Rapportering av arbetet med Framtidsplanen ingår nu också i landstingets bokslut. Underlag för beslut om eventuella justeringar redovisas i landstingets budget. Landstingsstyrelsens uppfattning är att detta ska fortsätta att ske i ordinarie beslutsstruktur och inte i enskilda dokument och att Landstingsstyrelsens förvaltning koordinerar och följer upp arbetet med Framtidsplanen.

Landstingsdirektören har fått i uppdrag av landstingsstyrelsen att leda arbetet "Effektiv ledning, styrning och uppföljning inom Stockholms läns landsting". Inom ramen för detta uppdrag ses också ledning, styrning och uppföljning av arbetet med Framtidsplanen över i syfte att öka effektiviteten. Detta arbete överensstämmer med revisionsrapportens förslag. Det kan finnas anledning att se över huruvida linjeorganisationernas ansvar för arbetet med Framtidsplanen ytterligare behöver tydliggöras i kommande arbete.

Framtidsplanen bygger, utifrån då kända förutsättningar, på antaganden om hur utvecklingen förväntades bli. Utifrån dessa togs strategier fram. Sex år senare kan konstateras att både positiva och negativa avvikelser har skett jämfört med antagandena. Behovet av slutenvård i länet är lägre, inte minst på akutsjukhusen. Vården utanför akutsjukhusen har däremot ökat i antagen takt. Detta har också kunnat ske utan att en del av de planerade investeringarna behövt genomföras. Då vårdvolymerna heller inte ökat i antagen takt har inte heller alla investeringar varit nödvändiga och därför inte genomförts.

Byggmarknaden i länet är inne i en högkonjunktur med större prisökningar än på mycket lång tid, vilket också påverkat möjligheten att genomföra vissa investeringar inom antagen tid. Behovet av åtgärder i byggnaderna har i några fall visat sig underskattat. Investeringsplanerna har därför successivt justerats. De förändringar som behövts i Framtidsplanen har årligen beslutats av landstingsfullmäktige. De första

tre åren i särskilda dokument, senare som en del av budgetunderlagen. Sådana uppdateringar och justeringar kan komma att behöva ske även framgent och i sådana fall kommer de att underställas fullmäktige för beslut.

Landstingsstyrelsen delar inte den bild av arbetet med kompetensförsörjning som beskrivs i revisionsrapporten. För det första är det åtgärdsprogram som nämns, "Gemensamt ansvar för tryggad kompetensförsörjning i Stockholms läns hälso- och sjukvård", avslutat och inom ramen för åtgärdsprogrammet har verksamheterna kommit överens om gemensamma förhållningssätt i vissa frågor.

Landstingsstyrelsen anser dock att långsiktighet och hållbar kompetensförsörjning är en avgörande förutsättning för att kunna uppnå landstingets övergripande mål och Framtidsplanen. Landstingsfullmäktige beslutade den 15 november 2016, LS 2015-0998, LS 2015-0094 och LS 2015-0473, om en kompetensförsörjningsstrategi för landstinget. Kompetensförsörjningsstrategin är ett styrdokument som syftar till att Stockholms läns landstings ska ta ett koncernövergripande och samlat grepp om frågor såsom kompetensförsörjning, utvecklad arbetsorganisation, arbetsmiljö, lönebildning och ledarskap. Grunden i strategin är ökad samordning, men med fortsatt tydligt ansvar för förvaltningar och bolag att bemanna med rätt och tillräcklig kompetens för att fullgöra sitt uppdrag.

Landstingsstyrelsens personalutskott har i uppdrag att ta fram en handlingsplan utifrån kompetensförsörjningsstrategin och kommer kontinuerligt att följa upp arbetet utifrån strategin. Arbete med bland annat uppgiftsväxling och karriärstegar pågår inom respektive verksamhet och samordnas av landstingsstyrelsens förvaltning.

Revisorerna skriver vidare att en otydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning är orsaken till att delar av åtgärdsprogrammet inte har fortskridit som avsett. Det åtgärdsprogram "Gemensamt ansvar för tryggad kompetensförsörjning i Stockholms läns hälso- och sjukvård" som nämns i rapporten är avslutat. Inom ramen för åtgärdsprogrammet har verksamheterna kommit överens om gemensamma förhållningssätt i vissa frågor, däremot har det inte tagits fram policyer inom ramen för det arbetet. Revisorerna framhåller att en otydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning är orsaken till att delar av åtgärdsprogrammet inte har fortskridit som avsett. Det stämmer delvis avseende utbildningsfrågan, men inte för övriga fokusområden. Ansvarsfördelningen för arbetet med utbildningsuppdraget är nu tydliggjord och ett projekt under ledning av landstingsdirektören är inlett i syfte att säkra alla vårdgivares medverkan i utbildningsuppdraget.

Därmed gäller att vårdgivare med uppdrag från Stockholms läns landsting ska delta i utveckling av vården och framtagande av nya läkemedel, behandlingsmetoder, medicintekniska produkter och diagnostika genom att medverka i forskningsprojekt, kliniska prövningar och kvalitetsutveckling samt genomförande av innovationsprojekt. Det ställs tillika krav på deltagande i både forskning och utbildning vilket betyder att vårdgivare ska tillhandahålla utbildningsplatser för hälso- och sjukvårdsutbildningarna i gymnasieskolan, yrkeshögskolan och högskolan.

I revisionsrapporten lyfts att det saknas samordning mellan verksamheter vid verksamhetsövergångar. Landstingsstyrelsen är inte av samma uppfattning. Samverkan och samordning sker kontinuerligt mellan verksamheterna vid verksamhetsövergångar och det finns en gemensam hanteringsordning för personalövergångar.

Det finns ett tydligt uppdrag för landstingets hälso- och sjukvårdsverksamheter att arbeta med uppgiftsväxling. Flera strukturerade projekt för att skapa en förbättrad arbetsorganisation, bland annat genom uppgiftsväxling, har skett inom ramen för Arbetsmiljölyftet. Centralt för att säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården är att se över arbetssätt och säkra att kompetens används på rätt sätt. Det arbetet kan komma att leda till att antalet sjuksköterskor är konstant eller kan komma att minska när sjuksköterskors kompetens används till rätt arbetsuppgifter. Den brist på sjuksköterskor som lyfts fram i revisionsrapporten bör därför ställas i relation till hur arbetssätt och övriga yrkesgrupper har utvecklats.

Landstingsstyrelsen ansvarar för den strategiska kompetensförsörjningen och landstingsstyrelsens förvaltning bedriver ett omfattande arbete för att skapa en långsiktigt tryggad kompetensförsörjning. Det är landstingets verksamheter som ansvarar för att ha rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Revisionsrapporten tar upp frågor kring utvecklingen av och investeringar vid de mindre sjukhusen. Landstingsstyrelsen har den 4 april 2017 lämnat ett yttrande, LS 2017-0246, över landstingsrevisorernas projektrapport 8/2016 - Lokalanpassningen på de mindre sjukhusen - processerna och samordningen på Sollentuna sjukhus. I det yttrandet lämnades landstingsstyrelsens ställningstagande i dessa frågor

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 24 april 2017
Landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Irene Svenonius

Marie Ljungberg Schött

Gustaf Drougge

Landstingsstyrelsens förvaltning
SLL Styrning och ekonomi

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2017-04-24

LS 2017-0387

Landstingsstyrelsen

Yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Ärendebeskrivning

Landstingsrevisorerna har överlämnat projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 till landstingsstyrelsen för yttrande.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 24 april 2017
Landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande över landstingsrevisorernas projektrapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 i enlighet med landstingsdirektörens tjänsteutlåtande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Landstingsrevisorerna har i sin rapport 12/2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 granskat arbetet med genomförande av Framtidsplanen. Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör hur ett samlat helhetsperspektiv kan säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt och hur de förändringar som görs återförs till fullmäktige.

Revisorerna konstaterar att förutsättningarna har ändrats väsentligt sedan planerna för Framtidsplanen beslutades av fullmäktige. Revisorerna uppfattar därför att det behövs en översyn av hur Framtidsplanen ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar.

Landstingsstyrelsens förvaltning delar revisionsrapportens slutsatser att det bör prövas om det behövs förändring av ansvarsfördelningen av arbetet med Framtidsplanen. Landstingsdirektören genomför nu en översyn av landstingsstyrelsens förvaltnings organisation och ledning samt en samlad ledning av landstingets verksamheter, inom ramen för det uppdrag landstingsstyrelsen lämnat, LS 2017–0180, om effektiv ledning, styrning och uppföljning inom Stockholms läns landsting. Inom detta arbete kommer organisation och ansvar för genomförandet av Framtidsplanen att ingå och förslag till förtydligande att tas fram vid behov.

Bakgrund
Landstingsrevisorerna har överlämnat Projektrapport 12/2016 2016 – Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016 till landstingsstyrelsen för yttrande.

Revisionsrapporten skriver att det övergripande ansvaret för genomförandet av Framtidsplanen ligger på landstingsstyrelsen och dess förvaltning. Arbetet bedrivs i ett stort antal grupper där olika delar av landstingets organisation ingår. Revisionen ser att det finns ett behov av att landstingsstyrelsen tar ett samlat grepp och förtydligar ansvar och roller för styrningen av arbetet med Framtidsplanen samt sambandet mellan olika grupper.

I praktiken handlar, enligt revisionsrapporten, mycket av arbetet med Framtidsplanen om ombyggnationer och lokalfrågor samt flytt av vård, medan frågor om vårdens innehåll och sambanden mellan vårdnivåerna inte har fått samma fokus. Om visionen i Framtidsplanen ska nås, är det centralt att arbetet med Framtidsplanen inte enbart behandlas som ett bygglogistiskt projekt, utan även fokuserar på utvecklingen av vården. Därför bör enligt landstingsrevisorerna landstingsstyrelsen se till att det finns ett sammanhållet ansvar för detta på samma sätt som nu finns för byggnationerna och att utvecklingen inom de två områdena koordineras.

Överväganden
<u>Organisation och ansvarsfördelning i arbetet med Framtidsplanen</u>
Fullmäktige fastställde 2011 Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Arbetet med Framtidsplanen har övergått från att vara en planerande och utredande verksamhet till att en genomförandefas. Det ändrar kraven på och förutsättningarna för hur arbetet ska bedrivas. Ansvaret för arbetet med Framtidsplanen förändrades därför under 2015 till att bli en del av ordinarie linjeorganisationer. Genomförandet måste ske inom de linjeorganisationer där förändringarna sker. De utvecklingsuppdrag som låg dåvarande på programkontor överfördes till hälso- och sjukvårds-förvaltningen. Det tydliggjordes att ansvaret att koordinera arbetet ligger

under landstingsstyrelsens förvaltning. Ansvaret för Framtidsplanens genomförande överensstämmer med landstingets reglemente och delegationsordning.

Rapporteringen till landstingsfullmäktige av arbetet med Framtidsplanen skedde under 2011-2014 i form av särskilda dokument, Framtidsplanen första steget i genomförandet, LS 1109-1229, andra steget i genomförandet, LS 1304-0527 och tredje steget i genomförandet, LS 1409-1068. Arbetet, som då var av utrednings- och planeringskaraktär, skedde inom ramen för det centrala programkontor som då fanns. När arbetet övergick i genomförandefasen och ansvaret fördes till linjeorganisationen ändrades också rapporteringen till landstingsfullmäktige. Rapportering av arbetet med Framtidsplanen ingår nu i landstingets bokslut. Underlag för beslut om eventuella justeringar redovisas i landstingets budget. Förvaltningens uppfattning är att detta ska fortsätta att ske i ordinarie beslutsstruktur och inte i enskilda dokument.

Landstingsstyrelsens förvaltning koordinerar och följer upp arbetet med Framtidsplanen. Träffar sker regelbundet med ansvariga för de lokala programkontor som leder genomförandet vid respektive akutsjukhus och Stockholms läns sjukvårdsområde samt företrädare för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning. På dessa träffar sker koordinering, statusuppdatering, riskbedömning och avvikelsehantering för det samlade arbetet med Framtidsplanens genomförande. Arbetet rapporteras löpande till samordningsmöten med sjukvårdsdirektörerna och till landstingsdirektörens ledningsgrupp. Information lämnas och rapportering sker kontinuerligt till landstingsstyrelsens arbetsutskott om arbetet med Framtidsplanen, och arbetet med Nya Karolinska Solna.

Landstingsdirektören har fått i uppdrag av landstingsstyrelsen att leda arbetet ”Effektiv ledning, styrning och uppföljning inom Stockholms läns landsting”. Inom ramen för detta uppdrag ses också ledning, styrning och uppföljning av arbetet med Framtidsplanen över i syfte att öka effektiviteten. Detta arbete överensstämmer med revisionsrapportens förslag. Linjeorganisationernas ansvar för arbetet med Framtidsplanen kan ytterligare behöva tydliggöras i kommande arbete.

Framtidsplanens utveckling

Framtidsplanen bygger, utifrån då kända förutsättningar, på antaganden om hur utvecklingen förväntades bli. Utifrån dessa togs strategier fram. Sex år senare kan konstateras att både positiva och negativa avvikelser har skett jämfört med antagandena. Behovet av slutenvård i länet är lägre, inte minst på akutsjukhusen. Vården utanför akutsjukhusen har däremot ökat i

antagen takt. Detta har också kunnat ske utan att en del av de planerade investeringarna behövt genomföras.

Då vårdvolymerna inte ökat i antagen takt har inte heller alla investeringar varit nödvändiga och därför inte genomförts. Byggmarknaden i länet är inne i en högkonjunktur med större prisökningar än på mycket lång tid, vilket också påverkat möjligheten att genomföra vissa investeringar inom antagen tid. Behovet av åtgärder i byggnaderna har i några fall visat sig underskattat. Investeringsplanerna har därför successivt justerats. De förändringar som behövts i Framtidsplanen har årligen beslutats av landstingsfullmäktige. De första tre åren i särskilda dokument, senare som en del av budgetunderlagen. Sådana uppdateringar och justeringar kan komma att behöva ske även framgent och i sådana fall kommer de att underställas fullmäktige för beslut.

Kompetensförsörjning

Förvaltningen delar inte den bild av arbetet med kompetensförsörjning som beskrivs i rapporten. Det åtgärdsprogram "Gemensamt ansvar för tryggad kompetensförsörjning i Stockholms läns hälso- och sjukvård" som nämns är avslutat. Inom ramen för åtgärdsprogrammet har verksamheterna kommit överens om gemensamma förhållningssätt i vissa frågor, däremot har det inte tagits fram policyer inom ramen för det arbetet. Revisorerna skriver att en otydlig ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och landstingsstyrelsens förvaltning är orsaken till att delar av åtgärdsprogrammet inte har fortskridit som avsett. Det stämmer delvis avseende utbildningsfrågan, men inte för övriga fokusområden. Ansvarsfördelningen för arbetet med utbildningsuppdraget är nu tydliggjord och ett projekt under ledning av landstingsdirektören är inlett i syfte att säkra alla vårdgivares medverkan i utbildningsuppdraget.

I revisionsrapporten lyfts att det saknas samordning mellan verksamheter vid verksamhetsövergångar. Förvaltningen delar inte den bilden. Samverkan sker kontinuerligt mellan verksamheterna och det finns en gemensam hanteringsordning för personalövergångar. Förvaltningen ser dock liksom revisorerna en problematik i att det kan vara otydligt vilken del av ett vårduppdrag som ingår i olika beställningar.

Landstingsfullmäktige beslutade den 15 november 2016, LS 2015–0998, LS 2015–0094 och LS 2015–0473, om en kompetensförsörjningsstrategi för landstinget. Den tydliggör landstingets ställningstagande avseende bland annat en utvecklad arbetsorganisation, arbetsmiljö, ledarskap, utvecklingsmöjligheter och löneutveckling. Landstingsstyrelsens personalutskott har i uppdrag att ta fram en handlingsplan utifrån kompetensförsörjningsstrategin och kommer kontinuerligt att följa upp

arbetet utifrån strategin. Arbete med bland annat uppgiftsväxling och karriärstegar pågår inom respektive verksamhet och samordnas av landstingsstyrelsens förvaltning.

Det finns ett tydligt uppdrag för landstingets hälso- och sjukvårdsverksamheter att arbeta med uppgiftsväxling. Flera strukturerade projekt för att skapa en förbättrad arbetsorganisation, bland annat genom uppgiftsväxling, har skett inom ramen för Arbetsmiljölyftet. Centralt för att säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården är att se över arbetssätt och säkra att kompetens används på rätt sätt. Det arbetet kan komma att leda till att antalet sjuksköterskor är konstant eller kan komma att minska när sjuksköterskors kompetens används till rätt arbetsuppgifter. Den brist på sjuksköterskor som lyfts fram i revisionsrapporten bör därför ställas i relation till hur arbetssätt och övriga yrkesgrupper har utvecklats.

Landstingsstyrelsen ansvarar för den strategiska kompetensförsörjningen och förvaltningen bedriver ett omfattande arbete för att skapa en långsiktigt tryggad kompetensförsörjning. Landstingets verksamheter ansvarar för att ha rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att kunna fullgöra sitt uppdrag.

Investeringsfrågor

Revisionsrapporten tar upp frågor kring utvecklingen av och investeringar vid de mindre sjukhusen. Landstingsstyrelsen har den 4 april 2017 lämnat ett yttrande, LS 2017-0246, över landstingsrevisorernas projektrapport 8/2016 – Lokalanpassningen på de mindre sjukhusen – processerna och samordningen på Sollentuna sjukhus. I det yttrandet lämnades landstingsstyrelsens ställningstagande i dessa frågor.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Malin Frenning
Landstingsdirektör

Henrik Gaunitz
Ekonomidirektör

PROJEKTRAPPORT NR 12/2016

Framtidens hälso- och sjukvård

-planering och genomförande 2016

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kort om rapporten

Förutsättningarna har ändrats väsentligt sedan den första planen för framtidens hälso- och sjukvård beslutades av fullmäktige 2011. Revisionen ser därför ett behov av att sammanfatta nuläget i FHS-arbetet samt att utvärderar och analyserar hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar. Bland annat behöver de olika vårdnivåernas uppdrag definieras och hur vårdnivåerna ska samverka med varandra, hur behovet av vårdplatser ser ut och hur investeringarna ska prioriteras för att nå målen.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2017-02-21 RK201611-0068

Landstingsstyrelsen

Projektrapport 12/2016
Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade 2017-02-21 att överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2017-06-07.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2016 är att förutsättningarna har ändrats väsentligt sedan de första planerna för FHS beslutades av fullmäktige. Det finns därför idag ett behov av att sammanfatta nuläget i FHS-arbetet, utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar. En uppdatering av strategin bör tydligare definiera de olika vårdnivåernas uppdrag, hur vårdnivåerna ska samverka med varandra, hur behovet av vårdplatser ser ut och hur investeringarna ska prioriteras för att nå målen.

Revisorerna önskar att landstingsstyrelsen i sitt yttrande särskilt berör hur ett samlat helhetsperspektiv kan säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt och hur de förändringar som görs återförs till fullmäktige.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Kenneth Strömberg
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

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

2017-02-21 RK 201611-0068

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Projektrapport 12/2016
Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2017-02-21 att överlämna rapporten till hälso- och sjukvårdsnämnden för yttrande senast 2017-06-07.

Revisorernas samlade bedömning utifrån genomförd granskning i detta och flera andra projekt under 2016 är att förutsättningarna har ändrats väsentligt sedan de första planerna för FHS beslutades av fullmäktige. Det finns därför idag ett behov av att sammanfatta nuläget i FHS-arbetet, utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar. Hälso- och sjukvårdsnämnden har en central roll i genomförandet av FHS genom sitt ansvar för att utveckla vården.

Revisorerna önskar att nämnden i sitt yttrande särskilt berör hur nätverkssjukvården ska utvecklas i praktiken och hur den stöds av ersättningssystemen med koordinerade krav och incitament över hela vårdstrukturen. Vidare hur styrningen av patientströmmarna i det akuta mottagandet ska ske till rätt vårdnivå så att en patientsäkervård kan upprätthållas. Revisorerna önskar även att nämnden kommenterar om FHS fortfarande är ett verksamt planeringsinstrument.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

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

Innehåll

1 Slutsatser och rekommendationer 1

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

3 Organisationen av FHS-arbetet 5
3.1 FHS-arbetet på koncernnivå 5
3.1 Hälso- och sjukvårdsnämndens FHS-arbete 6
3.2 Verksamheternas FHS-arbete 7
3.3 Revisionens bedömning 7

4 Vårdplatser och bemanning 8
4.1 Vårdplatser – behov, planering och tillgång 8
4.2 Kompetensförsörjning 11
4.3 Revisionens bedömning 12

5 Omstruktureringen av vården 13
5.1 Planering och genomförande av ombyggnationer 13
5.2 Akuta mottagandet 14
5.3 Nätverkssjukvård 17
5.4 Revisionens bedömning 18

6 Ersättningssystem och IT-stöd 19
6.1 Avtal och ersättningssystem 19
6.2 System för IT- och e-hälsa 20
6.3 Revisionens bedömning 22

1 Slutsatser och rekommendationer

Revisionen har liksom tidigare år granskat arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) i ett flertal projekt under 2016. Utifrån dessa och den tillkommande granskning som genomförts i detta projekt bedömer revisionen att förutsättningarna har ändrats väsentligt sedan planerna för FHS beslutades av fullmäktige. Revisionen uppfattar därför att det behövs en översyn av hur FHS ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar.

Det övergripande ansvaret för genomförandet av FHS ligger på landstingsstyrelsen och dess förvaltning. Arbetet bedrivs i ett stort antal grupper där olika delar av SLL-organisationen ingår på olika nivåer. Revisionen ser att det finns ett behov av att landstingsstyrelsen tar ett samlat grepp och förtydligar ansvar och roller för styrningen av FHS samt sambandet mellan olika grupper. I praktiken handlar mycket av FHS-arbetet om ombyggnationer och lokalfrågor samt flytt av vård, medan frågor om vårdens innehåll och sambanden mellan vårdnivåerna inte har fått samma fokus. Om visionen i FHS ska nås, är det centralt att FHS inte enbart behandlas som ett bygglogistiskt projekt, utan även fokuserar på utvecklingen av vården. Därför bör landstingsstyrelsen se till att det finns ett sammanhållet ansvar för detta på samma sätt som nu finns för byggnationerna och att utvecklingen inom de två områdena koordineras.

En bärande tanke i FHS har varit att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. En förutsättning för att sjukvården ska kunna bedrivas på detta sätt är att det finns tydligt definierade vårdnivåer. Revisionen uppfattar inte att så är fallet. Det är exempelvis oklart om de beslutade närakuterna i praktiken kommer att utgöra en enhetlig vårdnivå. Närakuternas förhållande till både husläkarmottagningarna och akutsjukhusens akutmottagningar har hittills varit oklar. Revisionens konstaterar även att det, trots olika utredningar, kvarstår otydligheter beträffande vilka patienter som omfattas av den högspecialiserade vård som ska bedrivas på NKS.

En av hörnstenarna i FHS har varit att vård ska flyttas ut från akutsjukhusen. När FHS började planeras 2010 var bedömningen att landstinget var i behov av betydligt fler vårdplatser. Revisionen kan konstatera att fler vårdplatser inte har tillkommit. Istället är ett stort antal vårdplatser stängda. Orsaken uppges vara brist på sjuksköterskor. Enligt statistiken har dock inte antalet sjuksköterskor på akutsjukhusen minskat under senare år. Behovet av vårdplatser verkar ha minskat som en följd av ändrade arbetssätt på akutsjukhusen och utskiftning av vård, samtidigt förekommer regelbundna överbeläggningar. Vården har förändrats snabbare än väntat och revisionen uppfattar därför att det råder en osäkerhet om behovet av vårdplatser såväl idag som i framtiden.

Hälso- och sjukvårdsnämnden och dess förvaltning har en central roll i genomförandet av FHS genom sitt ansvar för att utveckla vården. Nämnden ansvarar bl.a. för styrningen av det akuta mottagandet, den prehospitala vården samt utformning av ersättningssystemen och har även i uppdrag att utveckla nätverkssjukvården. Revisionen bedömer att det därför är mycket problematiskt att det inom bland annat dessa för FHS kritiska områden, av flera skäl, funnits svårigheter att följa tidplanen. Revisionens olika

granskningar under 2016 har bland annat visat att det saknas ett samlat grepp över hur olika delar i nätverksvården ska fungera tillsammans.

När det gäller det akuta mottagandet visar revisionens granskning att det är en återstående utmaning att skapa en fungerande styrning till rätt vårdnivå med stöd av de styrmedel som idag står till buds, främst 1177Vårdguiden och den prehospitala vården (ambulanser och sjuktransporter). Hälso- och sjukvårdsnämnden bör även göra en sammanhållen uppföljning av patientströmmar i samtliga delar av det akuta mottagandet för att säkerställa att såväl resurser som patienter styrs till rätt vårdnivå.

Beträffande ersättningssystemen uppfattar revisionen att införandet av de tillfälliga s.k. omställningsavtalen för akutsjukhusen och justeringarna av husläkarmottagningarnas ersättningsmodell har varit relevanta åtgärder inom ramen för FHS. Revisionen saknar dock ett samlat grepp om ersättningssystemen från HSN så att krav och incitament koordineras över hela vårdstrukturen.

E-tjänster har allt sedan starten av FHS angetts som en grundläggande förutsättning för utvecklingen av nätverkssjukvården. En omfattande utveckling av e-tjänster pågår. Granskning visar dock att ansvar och roller för att utveckla tjänsterna inte är helt klargjorda och att särskilt hälso- och sjukvårdsnämnden ansvar behöver förtydligas. Dessutom föreligger risk för förseningar i för FHS kritiska system och de privata vårdgivarna har endast en perifer roll i utvecklingsarbetet trots att de utgör en stor andel i nätverkssjukvården.

Revisionen konstaterar att etableringen av närakuter har försenats i avvaktan på formella beslut i HSN. Det har även framkommit i granskningen att det saknas medel i investeringsbudgeten för nödvändiga lokalanpassningar för närakuter. Dessutom visar granskningen att när prioriteringar gjorts mellan objekt i investeringsbudgeten har planerna för flera av de mindre sjukhusen skjutits framåt medan andra planeras att säljas. Detta trots att ombyggnationer av de mindre sjukhusen var högt prioriterade i ett tidigt skede av FHS. Samtidigt pågår omfattande byggverksamhet på akutsjukhusen även om viss översyn av dimensioneringen mellan Södersjukhuset och Karolinska Huddinge sjukhus har påbörjats. Revisionen konstaterar att prioriteringarna i investeringsbudgeten får en avgörande betydelse för genomförandet av nätverkssjukvården i FHS.

Mot bakgrund av ovanstående anser revisionen att genomförandet av framtidsplanen för hälso- och sjukvården hittills inte skett så att målsättningen är säkerställd. Det finns därför ett behov av att landstingsstyrelsen sammanfattar nuläget i FHS-arbetet och utvärderar och analyserar hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar. En sådan uppdatering av strategin bör tydligare definiera de olika vårdnivåernas uppdrag, hur dessa ska samverka med varandra, hur behovet av vårdplatser ser ut och hur investeringarna bäst kan prioriteras för att nå målen. Revisionen bedömer att ett helhetsperspektiv behöver säkerställas inom ramen för landstingsstyrelsens samordning och uppsikt och att de förändringar som görs återförs till fullmäktige i samlad form.

Rekommendation:

Landstingsstyrelsen bör sammanfatta nuläget i FHS-arbetet, utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån dagens förutsättningar.

2 Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

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

De tre följande åren gjordes dels avrapportering av arbetet, dels preciseringar av strategier och åtgärder som behövdes för Framtidsplanens genomförande i form av uppdaterade planer. Dessa beslutades i samband med landstingsfullmäktiges behandling av budget för åren 2013 till 2015. Vid behandlingen av budgeten för 2016 ändrades denna ordning. FHS redovisas därefter inte längre i ett eget dokument (som bilaga till budgeten) utan arbetas in i huvuddokumentet.

Den granskning som revisionen genomförde 2015 pekade på komplexiteten i genomförandet av planen. Planen kan ses som ett pussel av insatser där bitarna måste komma på plats i rätt tid för att vården ska fungera såväl under genomförandet som när förändringen är genomförd.

Revisionens tidigare granskningar av FHS har konstaterat följande risker i det fortsatta arbetet:

- gråzoner i styrningen
- investeringsvolymer på historiskt höga nivåer med påverkan på lång sikt
- hantering av kostnadsnivåer i verksamheten relativt produktion och vårdvolymer
- tillgång på disponibla vårdplatser inte motsvarat efterfrågan
- avsaknad av ersättningssystem som ger incitament för önskat beteende
- utformningen/utvecklingen av nödvändiga IT- och e-hälsosystem försenade
- kompetensförsörjningen svarar inte mot efterfrågan
- svag styrning av de akuta patientströmmarna mot bästa möjliga vårdnivå

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 kontrollen av utgifter och framtida kostnader 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 öppna 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 (LS) och hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) ansvar för FHS genomförande.

2.4 Bedömningsgrunder

Granskningen utgår från:

- Fullmäktiges mål för arbetet i FHS, beslut i budgetar för åren 2011 - 2017. För åren 2011–2014 redovisat som Framtidsplaner i bilaga till tidigare budgetar[1].
- Fullmäktiges övergripande ekonomiska mål om ekonomi i balans (finansiella mål i budget).
- Riktlinjer för god ekonomisk hushållning[2]
- Arbetsordningar, reglementen och delegationsordning 2015-02-17
- Hälso- och sjukvårdslagen, §2 a: Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.

2.5 Metod

Revisionens granskning av FHS genomförs för femte 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 2016 som berör FHS. Det gäller såväl granskningar inom den årliga revisionen som projekt som redovisats i rapporterna:

1/2016 Akuta mottagandet i en förändrad vårdstruktur
4/2016 Rehabilitering - som en del i vårdprocessen
5/2016 Styrning och samordning av digitala stödsystem – e-hälsa
7/2016 Patienttransporter i framtidens hälso- och sjukvård
8/2016 Lokalanpassning på de mindre sjukhusen
9/2016 Landstingsstyrelsens övergripande ekonomistyrning

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, Anna Ullsten och Carlos Arreyes projektmedarbetare. Styrgrupp för projektet har Anneli Lagebro och Rikard Lindqvist varit.

[1]. Bilagor i budget 2012–2015. År 2012 benämns bilagan Framtidsplan för hälso- och sjukvården, och därefter Framtidsplanen - första steget, - andra steget, - tredje steget.
[2] LS 2015–0039

3 Organisationen av FHS-arbetet

3.1 FHS-arbetet på koncernnivå

Landstingsstyrelsen fick 2011 i uppdrag av fullmäktige att ansvara för genomförandet och organiseringen av FHS. En tillfällig tjänstemannaorganisation, programkontoret FHS, inrättades under ledning av styrgruppen för FHS och ytterst av landstingsdirektören. Programkontoret placerades på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) men arbetade övergripande över hela SLL-koncernen. Som en konsekvens av fullmäktiges beslut om stärkt ägarstyrning 2015 och att projektet övergick till en genomförandefas flyttades bl.a. uppdraget att hålla samman FHS den 1 januari 2016 till landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) under ledning av ekonomidirektören, tillika vice VD i LISAB. Uppdraget innefattar koordinering av de olika delarna av FHS, hantering av problem och avvikelser i FHS-arbetet samt uppföljning av arbetets fortskridande.

Ekonomidirektören har tillsammans med chefen för NKS programkontor under 2016 lämnat information om FHS-arbetet vid varje ordinarie möte i landstingsstyrelsens arbetsutskott. Information har även lämnats till ägarutskottet som en del i den stärkta ägarstyrningen av de landstingsägda bolagen.

I granskningen har det framkommit att FHS-arbetet tappade fart efter att det centrala programkontoret lades ner sommaren 2015 innan en särskild funktion på LSF var etablerad för att hantera uppdraget. Först under hösten 2016 har arbetet funnit sina former.

Arbetet utgår i hög utsträckning från den övergripande genomförandeplanen som styrgruppen för FHS beslutat om och som därefter uppdaterats kontinuerligt. 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 har kompletterats med ett dokument där lägesstatus löpande uppdateras för kommande vårdflyttar utifrån avlämnande och mottagande verksamhet liksom status i investeringarna. Därutöver finns även den s.k. vårdutbudskartan, som visar planerade vårdtillfällen hos olika vårdgivare för att kunna möta prognostiserat vårdbehov.

Funktionen på LSF koordinerar arbetet med FHS genom avstämningar med de lokala FHS-kontoren, inklusive representanter från HSF och LSF var tredje vecka och halvårsvisa större avstämningar med verksamheterna. FHS-arbetet ingår även som en integrerad del vid uppföljningar av omställningsavtalen med akutsjukhusen och avrapporteras i delårs- och årsrapporterna.

Ekonomidirektören leder även arbetet i ytterligare grupper med olika uppgifter inom FHS, bland annat en samordningsgrupp bestående av landstingets chefsläkare och biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör. Direktörsgruppen[3] arbetar med sju fokusområden inom FHS och för varje område är en av direktörerna ansvarig.

[3] Består av direktörer från landstingets egna vårdverksamheter och ledande tjänstemän.

Ekonomidirektören är även ordförande i en separat organisation för FHS-utredningar. Totalt har tio utredningar med olika tidshorisont startats bland annat med avsikt att ta fram underlag inför ställningstagande i investeringsbudgeten för 2018. Uppdragen rör bl.a. dimensionering och vårduppdrag för Södersjukhuset och Huddinge sjukhus samt en inventering av tidigare utredningar inom barnsjukvård och psykiatri.

Ett flertal utredningar pågår samtidigt som förändringar skett i den ursprungliga planeringen (se avsnitt 4.1) utan att någon övergripande uppdaterad FHS-plan tagits fram. Därför finns hos några av de intervjuade ett önskemål om att, utifrån nuläget, ta fram en uppdaterad version av Framtidsplanen, en FHS.2.0. Ett generellt problem som också lyfts av många intervjuade är att representanterna i ovan nämnda grupper har varierande beslutsbefogenheter i sina respektive organisationer, vilket begränsar gruppernas möjlighet att fatta beslut.

När det gäller de strategiska fastighetsinvesteringarna på sjukhusen, som är centrala i FHS, finns en särskild programorganisation med styrgrupper för varje akutsjukhus samt en gemensam styrgrupp för de mindre sjukhusen. I dessa grupper har Locum och avdelningen strategiska fastighetsinvesteringar (SFI) på LSF en central roll. Roller och befogenheter i programorganisationen finns fastlagda i den av SFI framtagna programguiden, vilken beslutats av beredningsgrupp infrastruktur och fastighetsinvesteringar. Rapportering görs i fastighets- och investeringsberedningen under landstingsstyrelsen.

I revisionen granskning av FHS-arbetet under 2016 har framkommit att arbetet i praktiken till största delen har handlat om investeringar och flytt av vård. Någon motsvarande programorganisation med styrgrupper för arbete med utformningen av vårdens innehåll har inte funnits även om ansvaret legat på HSN och dess förvaltning (se avsnitt 3.1). Otydlighet har också uppstått då den tidigare styrgruppen för FHS lämnat ett uppdrag till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) rörande vårdinnehåll på de mindre sjukhusen (se avsnitt 5.1).

3.1 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. Utifrån vad som framgår av protokollen och intervjuer så har utskottet på samma sätt som tidigare inte berett eller beslutat i några ärenden angående FHS under 2016, utan har fungerat som ett informationsforum.

I Framtidsplanen tredje steget gav fullmäktige HSN ett stort antal uppdrag inom nämndens ansvarsområde. Därefter fick HSF av styrgruppen för FHS i uppdrag att ansvara för 13 punkter för genomförandet av FHS som en del i den övergripande genomförandeplanen. HSF har under 2016 inordnat uppdragen i sju systemkritiska fokusområden för FHS genomförande. Arbetet med uppdragen har inordnats i den löpande verksamheten där avdelningschefer är ansvariga för respektive fokusområde och uppdragen avrapporteras i förvaltningens ledningsgrupp. HSF har dock av olika skäl haft svårt att

följa tidplanen inom flera för FHS centrala områden. I några av uppdragen har förutsättningarna för arbetet ändrats och i andra har förvaltningen avvaktat politiska beslut i den egna nämnden. Detta gäller t.ex. etableringen av närakuter, verksamheten vid de mindre sjukhusen, upphandling av medicinsk service och vårdval geriatrik och uppdragen har förskjutits i tiden.

I granskningen har även framkommit att en helhetssyn på FHS inom förvaltningen har saknats i olika delar av organisationen när arbetet bedrivits avdelningsvis. HSF:s interna arbete har omorganiserats flera gånger och ansvariga har bytts ut. Under det senaste året har även nästan hela HSF:s ledningsgrupp ändrats. Enligt uppgift pågår nu en förändring av förvaltningens arbete, där konkreta aktiviteter och mål kopplade till FHS ska sättas upp.

3.2 Verksamheternas FHS-arbete

Etablerade lokala programkontor finns på SLSO och akutsjukhusen, med undantag för S:t Eriks ögonsjukhus och Norrtälje sjukhus. Kontoren har olika uppbyggnad. Ett centralt dokument för respektive programkontor är de tidigare nämnda lokala genomförandeplanerna där verksamhetens överenskomna uppdrag i FHS-arbetet finns beskrivna. Programkontorens arbete har varit starkt fokuserat på att få logistiken att fungera i samband med investeringarna och byggnationerna. Kontinuerliga avrapporteringar sker i respektive styrelse. Under 2016 har som ovan nämnts avstämningsmöten med utgångspunkt i de lokala genomförandeplanerna hållits var tredje vecka mellan ansvariga på LSF och de lokala programkontoren.

Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska) har formulerat ett genomförandeuppdrag utifrån FHS som inkluderar utvecklingen av vården och flytten till NKS. På Danderyds sjukhus har en process etablerats för alla interna FHS-projekt och en intern vårdutbudskarta har tagits fram i syfte att tydliggöra inom vilka områden sjukhuset har störst potential att utvecklas. Programkontoret på Södersjukhuset har tidigare haft ett bredare uppdrag men nu har sjukhusets arbete koncentrerats till byggnationerna och logistiken kring detta. Vid Södertälje sjukhus har programkontoret från början varit inriktat på ombyggnationerna. Inom SLSO har det konkreta arbetet vid programkontoret i huvudsak varit fokuserat på utformningen av vården vid Sollentuna sjukhus, men nu även Nacka sjukhus och psykiatrins lokaliseringar.

3.3 Revisionens bedömning

Revisionen uppfattar att nya arbetssätt för styrning och uppföljning av FHS har etablerats efter att det centrala programkontoret lades ner, men att arbetet tappat fart både inom LSF och HSF av olika skäl. FHS-frågorna bedrivs nu på tjänstemannanivå i olika delar av organisationen och styrningen av arbetet sker via ett stort antal olika grupper och mötesforum. Mot bakgrund av det anser revisionen att det finns ett behov av att landstingsstyrelsen tar ett samlat grepp och förtydligar ansvar och roller för styrningen av FHS och sambandet dem emellan. Detta gäller både ansvarsfördelningen mellan dessa olika fora och respektive foras beslutsmandat, men även vilket beslutsmandat representanterna i de olika fora bör ha.

Ansvaret för att utforma den framtida vårdens innehåll ligger på HSN och dess förvaltning. Revisionen bedömer att det är mycket problematiskt att HSF:s arbetet inom för FHS kritiska områden haft svårt att följa tidplanen inom flera för FHS centrala områden. Delvis kan svårigheterna förklaras av omorganisationer, personalomsättning och beslut om ändrade förutsättningar. Men, revisionen uppfattar även att det beror på att det saknats en helhetssyn i HSF:s arbete med FHS och att förvaltningen behöver utveckla konsekvensanalyser för olika planerade åtgärders påverkan på arbetet.

Om visionen i FHS ska nås, kan inte FHS endast vara ett bygglogistiskt projekt utan måste även handla om styrning och utveckling av vårdstrukturen. För att undvika problem med otydliga ansvar när det gäller utformningen av vårdens innehåll har revisionen tidigare framfört att landstingsstyrelsen bör se till att det finns ett sammanhållet ansvar för detta på samma sätt som nu finns för byggnationerna.

4 Vårdplatser och bemanning

4.1 Vårdplatser – behov, planering och tillgång

En omfattande vårdplatsutredning genomfördes 2010.[4] Utredningen visade att antalet vårdplatser hade minskat med sex procent under den senaste 10-årsperioden, samtidigt som befolkningen hade vuxit med ca tio procent. Utredningen beräknade antalet disponibla vårdplatser till ca 5000 och ytterligare 500 vårdplatser beräknades behövas de kommande fem åren. Beräkningen baserades bl.a. på en fortsatt befolkningstillväxt och planerade kapacitetsminskningar i och med öppnandet av NKS, med färre vårdplatser än Karolinska i Solna. Då det inte fanns lokaler för att utöka vårdplatserna på övriga akutsjukhus skulle istället vårdplatser skapas på landstingets nio mindre sjukhus. En beräkning utifrån befintliga planlösningar visade att det fanns plats för drygt 2000 vårdplatser i de mindre sjukhusen, varav ca hälften nyttjades som vårdplatser år 2010. De delar som inte nyttjades stod antingen tomma eller användes för andra ändamål.

Granskningen visar att behovet av nya vårdplatser vid de mindre sjukhusen har omvärderats sedan utredningen 2010. Detta uppges för det första bero på att behovet av nya vårdplatser har minskat då antalet vårdtillfällen på akutsjukhusen minskar, bland annat p.g.a. mer dagkirurgi och att vård förts över till andra vårdnivåer som geriatrik och ASIH. För det andra har planeringen av vårdval skapat osäkerhet i beräkningen av vårdplatsbehovet på de mindre sjukhusen då vårdvalsaktörer kan välja att starta verksamhet i andra lokaler än landstingets. Detta gäller särskilt vårdval geriatrik som enligt plan skulle ha införts i januari 2018 men som nu är framflyttat till senast 2020. För det tredje har den fysiska statusen på de mindre sjukhusen visat sig vara sämre än förväntat. Därmed har anpassningen av lokalerna blivit fördröjd och visat sig bli mycket dyrare än tidigare beräknat. (se vidare avsnitt 4.2)

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. Prognosarbetet har tidigare byggt på en s.k. rak

[4] McKinsey&Company: Vårdplatssituationen inom SLL 2010

framskrivning av vårdbehovet utifrån uppgifter 2010. Inför budget 2018 pågår ett arbete under ledning av HSF med att komplettera framskrivningen med analyser utifrån utvecklingen av vårdkonsumtionen, fördjupade analyser av patient- och behovsgrupper samt förväntade förändringar som antas påverka prognoserna, exempelvis nya vårdval och nya reformer.

I Framtidsplanen 2011 gjordes bedömningen att 700 outnyttjade vårdplatser på de mindre sjukhusen skulle kunna iordningsställas till 2015 till en investeringsutgift på 1,8 mdkr. I Framtidsplanen 2013 hade bedömningen justerats till 650 vårdplatser till 2018 till en utgift på drygt 3 miljarder kronor.

De är svårt att göra tidsserier som speglar vårdplatsutvecklingen. En orsak är att definitioner har ändrats. Tabellen nedan är ett försök att redovisa utvecklingen från 2010. Även om uppgifterna kommer från olika källor och avser olika perioder så visar det att antalet disponibla vårdplatser på akutsjukhusen i stort är kvar på samma nivå sedan 2010.

Disponibla vårdplatser vid akutsjukhusen (exkl. psykiatri och geriatrik) 2010 - 2016

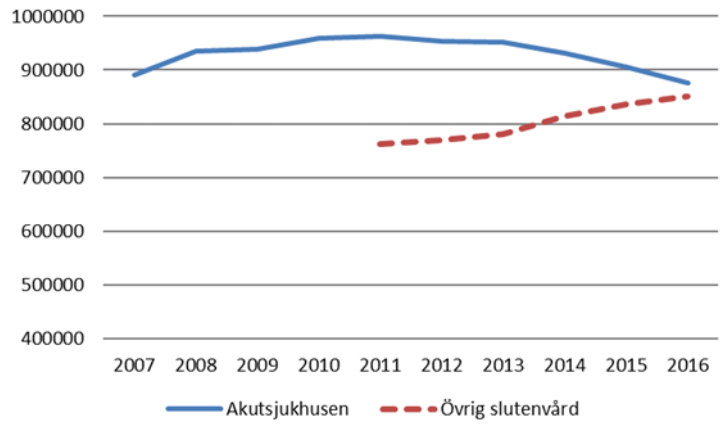
	Mc Kinsey v 15 - 19	Rapporterade till SKL		SLL sammanställning			
Sjukhus	**2010**	**2011**	**2012**	**2013 (v 34)**	**2014 (v 39)**	**2015 (v 44)**	**2016 (v 37)**
Karolinska	1348	1294	1023	1175	1429	1329	1219
Södersjukhuset	521	642	651	526	621	655	624
Danderyds sjukhus	431	460	470	518	457	464	435
Södertälje sjukhus	122	109	114	136	158	158	150
Norrtälje (Tiohundra)	72	74	74	112	96	96	96
S:t Görans sjukhus	290	292	292	298	284	284	315
Summa	**2784**	**2871**	**2624**	**2765**	**3045**	**2986**	**2839**

Antalet ej disponibla vårdplatser på akutsjukhusen har under 2016 konstant varit på en hög nivå. I oktober 2016 var 537 av akutsjukhusens vårdplatser ej disponibla, vilket kan var 130 fler än ett år innan. En sammanställning som SKL gjort visar att genomsnittligt antal disponibla vårdplatser 2016 aldrig varit lägre i Stockholms läns landsting sedan SKL började mäta detta 2013. Stockholms läns landsting hade i genomsnitt 1,55 disponibla vårdplats per 1000 invånare, att jämföra med genomsnittet för riket på 1,75[5]. Det kan även nämnas att inom geriatriken så är antalet vårdplatser kvar på samma nivå som 2010 – ca 1000.

En konkret förändring som skett under de senaste åren är att slutenvården utanför akutsjukhusen mätt i vårddagar totalt sett har ökat senaste fem åren. Samtidigt minskade antalet vårddagar vid akutsjukhusen under motsvarande period. Diagrammet nedan visar en utveckling i enlighet med FHS vision.

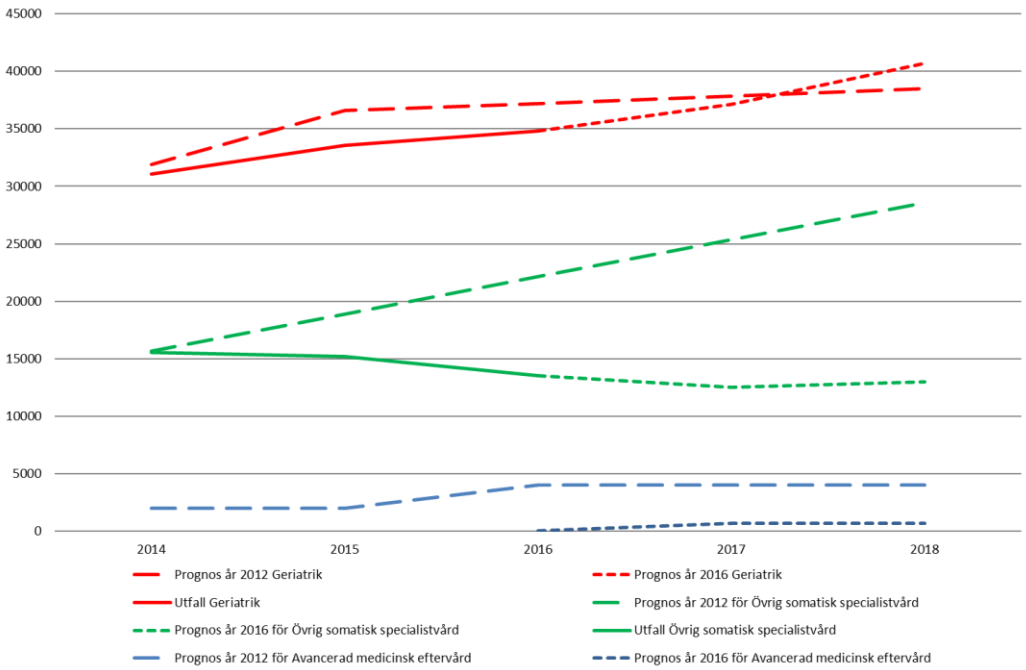
[5] Dagens nyheter 25/1 Rekordbrist på vårdplatser en säkerhetsrisk. Statistik sammanställd av SKL för Dagens nyheter

Utfall vårddagar i slutenvård



I diagrammet nedan visas utvecklingen av slutenvård utanför akutsjukhusen uppdelat på geriatrik, övrig somatisk specialistvård respektive avancerad medicinsk eftervård. En jämförelse görs mellan antalet planerade vårdtillfällen 2012 respektive utfall/bedömning 2016.

Förändring i utfall och planering av vårdtillfällen utanför akutsjukhusen 2014–2018



Diagrammet visar att när det gäller geriatrik så har planeringen hittills hållit. När det gäller övrig somatisk specialistvård utanför akutsjukhusen har antalet vårdtillfällen tvärtemot planeringen minskat. Fullmäktige beslutade 2016 att ändra avancerad medicinsk eftervårds inriktning. Viss neurokirurgisk eftervård och viss eftervård efter thorax skapades under 2016.

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. Som ett första steg skulle 300 000 besök utföras utanför akutsjukhusen 2016. De preliminära siffror revisionen tagit del av visar att antalet besök utanför akutsjukhusen ökat i önskad riktning med närmare 230 000 till 2016. Däremot har besöken på akutsjukhusen inte minskat i motsvarande antal utan har istället ökat något[6].

En annan aspekt av utflyttning av verksamhet är personalövergångar. Av granskningen framkommer att det förekommit verksamhetsflyttar under året där personalen inte har följt med fast det varit avsikten. För att få personalsituationen att fungera inom SLL som helhet har det i intervjuer därför framförts att samarbetet mellan de verksamheter som lämnar över respektive tar emot uppdrag behöver utvecklas. Detta särskilt mot bakgrund av att det kommer att bli många utflyttningar av verksamheter de närmaste åren, inte minst från Karolinska. En ytterligare förutsättning för att personalövergångarna ska fungera smidigt är tydlighet från HSF beträffande om verksamheten har fått ett förändrat uppdrag eller inte.

4.2 Kompetensförsörjning

Under 2014 togs åtgärdsprogrammet *Gemensamt ansvar för tryggad kompetensförsörjning i Stockholms läns hälso- och sjukvård* fram av personaldirektörsnätverket[7] på uppdrag av landstingsdirektören. Syftet var att stödja kompetensförsörjningen i FHS genom att skapa långsiktiga förutsättningar för kompetensförsörjning och rekrytering. Programmet avses genomföras under perioden 2014–2018.

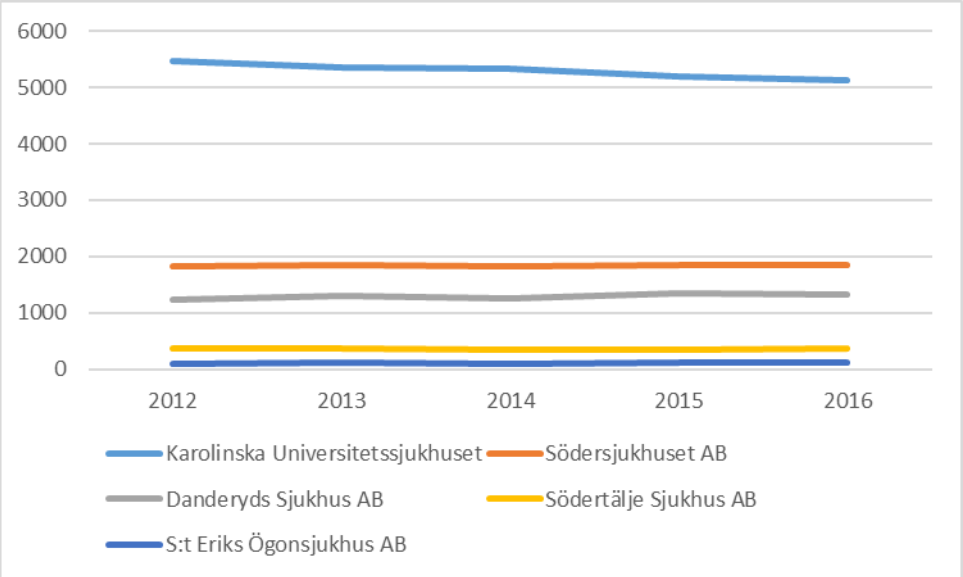
Av åtgärdsprogrammets sex områden har tre (kommunikation, utbildning och nya arbetssätt) inte fortskridit som förväntat. Detta uppges bland annat bero på att ansvarsfördelningen mellan HSF och LSF är otydlig, särskilt gällande frågor om utbildning och nya arbetssätt. Under den period åtgärdsprogrammet har funnits har ett antal nya uppgifter tillkommit, bland annat schemaläggning av läkare. Ansvaret för kompetensförsörjningen är i hög utsträckning decentraliserad till landstingets olika verksamheter och ett av syftena med åtgärdsprogrammet var att få till stånd ökad samverkan mellan de olika verksamheterna. Inom ramen för åtgärdsprogrammet har policyer för bland annat lönesättning och minskad användning av bemanningsföretag tagits fram. Enligt uppgift följer dock inte alla verksamheter policyerna.

I december 2016 antog fullmäktige en kompetensförsörjningsstrategi.[8] För att konkretisera strategin kommer en handlingsplan att tas fram av landstingsstyrelsens personalutskott under 2017. De delar av åtgärdsprogrammet som passar i handlingsplanen kommer att flyttas över till denna. Utbildningsfrågorna kommer enligt uppgift antagligen att tillhöra strategins handlingsplan. När denna rapport skrivs, pågår arbetet med att sammanfatta läget i åtgärdsprogrammet och bedöma vilka åtgärder som ska flyttas, avslutas respektive arbetas om.

[6] Akutvårdsberedningen: Presentationsmaterial 22/8 2016
[7] Nätverket består av verksamheternas HR-chefer/personaldirektörer
[8] LS 2015–0998 Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting 2016–2021

Bristen på sjuksköterskor, särskilt specialistsjuksköterskor, utpekas ofta som orsaken till att vårdplatser på akutsjukhusen inte hålls öppna. Diagrammet nedan visar att antalet helårsanställda sjuksköterskor på akutsjukhusen under den senaste sex åren i stort varit oförändrat, förutom vid Karolinska där antalet minskat med 330. Om måttet månadsavlönade används istället blir bilden densamma.

Antal helårsanställda sjuksköterskor



4.3 Revisionens bedömning

En av utgångspunkterna för FHS har varit ett behov av fler vårdplatser i samband med att NKS öppnas, men förutsättningarna har sedan ändrats. Det har bland annat visat sig att de prognoser som togs fram 2010 inte längre stämmer då vården har förändrats snabbare än väntat. Det finns idag ett stort antal tomställda, ej disponibla vårdplatser på akutsjukhusen – motsvarande fler än samtliga vårdplatser på Danderyds sjukhus. Detta trots att det inte tillskapats nya vårdplatser i enlighet med den ursprungliga planen. Revisionen uppfattar att det råder osäkerhet om hur stort behovet av vårdplatser, såväl fysiska som disponibla, faktiskt är i dagsläget.

Det är även oklart om antalet vårddagar minskat på grund av att det finns färre disponibla vårdplatser eller om det beror på att behovet minskat. Svårigheterna att rekrytera sjuksköterskor, särskilt specialistsjuksköterskor, uppges vara orsaken till att färre vårdplatser är disponibla. Samtidigt har antalet sjuksköterskor varit tämligen konstant på sjukhusen, exklusive Karolinska, under de senaste åren.

En av hörnstenarna i FHS är att vård ska flyttas ut från akutsjukhusen. Det underlag revisionen analyserat visar att den geriatriska vården utanför akutsjukhusen och öppenvården utanför akutsjukhusen ökar enligt plan. Däremot ökar inte den övriga slutenvård som skulle flyttas ut och besöken på akutsjukhusen minskar inte heller. Revisionen konstaterar att skillnaderna mellan behoven enligt plan och utfallet flera år se-

nare är väsentliga. Revisionen bedömer att en utvärdering och analys av vad det betyder för det fortsatta FHS-arbetet behöver göras för att ge en samlad bild av nuläge och vägen framåt.

Bristen på personal lyfts idag fram som ett av de största problemen för vården och FHS. Revisionen konstaterar att arbetet med åtgärdsprogrammet för kompetensförsörjning inte har fortskridit som förväntat, delvis beroende på otydligt ansvar mellan HSF och LSF. Revisionen konstaterar vidare att ansvaret för kompetensförsörjningsfrågor i hög utsträckning är decentraliserat och att gemensamt utarbetade policyer inte alltid följs. Revisionen ser en risk för att dessa problem kvarstår, vilket kan få negativa konsekvenser för implementeringen av kompetensförsörjningsstrategin. Dessutom har det i granskningen inte framkommit några konkreta åtgärder från landstingets sida som kan förväntas påverka personaltillgången de närmaste åren.

5 Omstruktureringen av vården

5.1 Planering och genomförande av ombyggnationer

Byggandet av NKS som ett sjukhus för högspecialiserad vård var startskottet för en stor omstrukturering som berör alla vårdnivåer i SLL. NKS planerades med färre vårdplatser och lägre kapacitet på akutmottagningen än nuvarande Karolinska i Solna. För att bygga ut kapaciteten på övriga akutsjukhus har omfattande ombyggnationer påbörjats i länets akutsjukhus där helt nya vårdbyggnader byggts och äldre byggnader byggs om.

Sjukvården byggdes ut kraftigt på 60–70 talet och sjukhusen som då byggdes klarar inte dagens krav. Ombyggnationer i vårdlokaler har därför även drivits på av arbetsmiljöverkets krav på vårdplatsers utformning, en fråga som på flera håll ännu inte är löst. Problematiken rör såväl akutsjukhusen som de mindre sjukhusen och är inte specifik för Stockholms läns landsting utan är nationell.

Revisionen har i en särskild granskning av ekonomistyrningen under 2016[9] liksom tidigare framfört att en av de viktigaste förutsättningarna för långsiktig styrning av landstingets ekonomi är att få kontroll på investeringsvolymerna och dess framtida kostnadseffekter. Slutsatsen i granskningen av ekonomistyrningen är att landstingsstyrelsen har påbörjat arbetet att se över ambitionsnivåerna när nu toppen av investeringsvolymerna nås de närmaste åren, men att det är i ett sent skede i processen. Till detta kommer att investeringsvolymerna kan komma att öka ytterligare på områden som exempelvis E-hälsa.

Investeringarna i akutsjukhusen har successivt blivit mer omfattande och, som framgått i landstingets budgetar de senaste åren, har det uppstått svårigheter att hålla nere utgifterna. Inför budget 2018 har en utredning påbörjats som ska se över dimensionering och vårduppdrag för Södersjukhuset och Karolinska Huddinge sjukhus. En bakgrund till detta uppges vara att det medför lägre utgifter och kostnader att bygga om och skapa nya vårdplatser i Huddinge än på Södersjukhuset.

[9] Landstingsrevisorerna projekt 9/2016, Landstingsstyrelsens övergripande ekonomistyrning.

I relation till den ursprungliga planeringen har tidplanerna för ombyggnationerna av akutsjukhusen förskjutits. Trots förseningar och omtag i planeringen så anser de intervjuade att man hittills hittat lösningar som gör att vården ändå har och kommer att kunna fungera under ombyggnationerna. Byggnationerna vid NKS följer den reviderade plan som gällt under de senaste åren och de första verksamheterna flyttade in i slutet av 2016.

En bärande tanke i FHS är att patienter som inte behöver akutsjukhusen resurser ska kunna tas om hand på andra vårdnivåer. För att utflyttning ska vara möjlig påbörjades för fem åren sedan planeringen av stora förändringar även för de mindre sjukhusen. År 2012 bedömdes att nio av de mindre sjukhusen i länet utom ett var högt prioriterade investeringsprojekt. Sedan dess har en anpassning för att ekonomiskt klara den stora investeringsvolymen i landstinget totalt blivit nödvändig. Det har även visat sig att behovet av ombyggnationer i de mindre sjukhusen underskattas, men även att det av praktiska skäl inte går att genomföra alla investeringar på en gång.

Fem år senare bedöms därför två av de mindre sjukhusen inte längre vara investeringsobjekt, för fyra finns beslut om att avvakta och för två finns planer på försäljning. För två av de mindre sjukhusen fanns relativt långt framskridna investeringsplaner innan projekten avbröts. Revisionens granskning under 2016 av lokalanpassningen på de mindre sjukhusen[10] har visat att det är oklart hur stora utgifter som uppstått i arbetet med de mindre sjukhusen och hur många planeringstimmar som lagts ner. Mest utvecklade planer fanns för Sabbatsbergs sjukhus innan projektet avbröts, men även för Dalens sjukhus hade planeringen gått långt.

Sollentuna sjukhus är det enda av de mindre sjukhusen där de planerade ombyggnationerna har påbörjats. SLSO har haft ansvar för att dels planera en överflyttning av den geriatriska verksamheten vid Danderyds sjukhus, dels utforma hur den ska bedrivas på Sollentuna sjukhus i samverkan mellan olika aktörer. Enligt den tidigare granskningen har ombyggnationerna av Sollentuna sjukhus försenats i minst ett år samtidigt som kostnaderna kan komma att öka med 260 mnkr. Diskussion pågår i styrgruppen för strategiska fastighetsinvesteringar[11] om ombyggnationerna bör avbrytas helt eller delvis eller om sjukhuset bör säljas. Ett ytterligare alternativ som diskuteras är att gå vidare med projektet, vilket i så fall kräver ett beslut i fullmäktige om utökade investeringsutgifter. Projektorganisationen som SLSO leder för att anpassa arbetsmetoder m.m. på sjukhuset för framtidens behov har nu pausat i avvaktan på beslut.

5.2 Akuta mottagandet

Det akuta mottagandet i sjukvården står inför stora utmaningar de närmsta åren. Revisionens granskning av det akuta mottagandet under 2016[12] visar att det finns stora osäkerheter i planeringen och implementeringen. Vid årsskiftet 2017/2018 kommer Karolinskas akutmottagning i Solna att stängas och ersättas med NKS akutmottagning.

[10] Landstingsrevisorerna projekt 8/2016 Lokalanpassningen på de mindre sjukhusen – processerna och samordningen på Sollentuna sjukhus.
[11] Avser ny- och ombyggnationer i landstingsägda vårdfastigheter initierade utifrån ett ägar- och/eller beställarperspektiv samt ersättnings- eller rationaliseringsinvesteringar som genomförs i samband med strategiska ny- och ombyggnationer.
[12] Landstingsrevisorerna: 1/2016 Det akuta mottagandet i en förändrad vårdstruktur

Denna är utformad för ambulans- och helikopterfall, hänvisningsfall från andra sjukhus samt för patienter som nyligen vårdats på sjukhuset.[13] NKS akutmottagning beräknas ta emot ca 55 000 färre akutbesök jämfört med nuvarande akutmottagning på Karolinska Solna. Majoriteten av besöken från Karolinska Solna ska omfördelas till S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Vid de två senare sjukhusen pågår ombyggnationer av akutmottagningarna som enligt plan ska vara klara i december 2018 respektive maj 2019. Det finns dock farhågor för förseningar. Andra problem är att akutmottagningen på Karolinska Solna redan i dagsläget uppges ha svårt att behålla personal.

Antalet akuta läkarbesök i hela SLL beräknas ha uppgått till ca 1,6 miljoner år 2015[14], varav majoriteten utgjordes av besök till husläkarmottagning eller närakut. Över 60 procent av de akuta läkarbesöken genomfördes utanför akutsjukhusens akutmottagningar. Av de akuta besök som sker på akutsjukhusens akutmottagningar uppskattas dock ca en tredjedel kunna ske på husläkarmottagning eller närakut[15]. Antalet besök ökar dock vid flertalet av akutsjukhusens akutmottagningar.[16] I tidigare granskning har framkommit att ökningen är störst av patienter som bedöms ha lägre prioriterade akuta behov.

För att FHS ska kunna realiseras utvecklas vårdstrukturen med fler nivåer, bland annat en enhetlig struktur för närakuter. Enligt beslut i HSN[17] skulle tolv närakuter ha etablerats inför stängningen av akutmottagningen på Karolinska Solna vid årsskiftet 2017/18. I avvaktan på beslut i HSN om lokalisering av alla närakuter och utformning av förfrågningsunderlag inför en upphandling har dock tidplanen förskjutits.

För att klara den förväntade ökade efterfrågan när den öppna akutmottagningen på Karolinska Solna stängs beslutade HSN därför i maj 2016 att tidigarelägga starten av tre närakuter. I beslutet ges SLSO i uppdrag att driva dessa, vilka ska lokaliseras vid Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och NKS. SLSO ska även driva den tidigare lättakuten vid Karolinska Huddinge som kommer att omvandlas till närakut. Enligt tjänsteutlåtandet skulle närakuterna öppna vid halvårsskiftet 2017. Enligt uppgift finns dock risk för förseningar, bland annat på grund av att vissa av lokalerna har stora renoveringsbehov. I granskningen har det även framkommit att otydligheter i rollfördelningen mellan Locum och SFI har påverkat tidplanen.

De övriga åtta närakuterna skulle ha upphandlats av HSN under hösten 2016 men upphandlingarna blev uppskjutna. Enligt intervjuade beror det bl.a. på oklarheter om närakuternas roll i vårdsystemet, framförallt i relation till husläkarmottagningarna och deras jouruppdrag. Det har även framkommit i granskningen att det saknas medel i investeringsbudgeten för nödvändiga lokalanpassningar för närakuter och för att röntgen ska kunna bedrivas på de mindre sjukhusen[18].

---

[13] LS 1409–1068
[14] Enligt uppgifter från den prehospitala vårdens årsrapport och VAL-databasen som utgår från administrativa förhållanden, inte från medicinska bedömningar.
[15] Arbetsmaterial HSF
[16] Presentationsmaterial akutsjukvårdsberedningen 14 november 2016
[17] HSN 1506–0854
[18] HSN 2016–0519

I januari 2017 beslutade HSN att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att införa en ny närakutstruktur och godkänna förfrågningsunderlag för närakuterna. Beslutet innebär att utöver de tidigare beslutade fyra närakuterna ska sex ytterligare närakuter etableras under 2018. Av dessa har SLSO fått i uppdrag att driva fyra och två ska upphandlas. I upphandlingsunderlaget preciseras uppdraget vilket även ska gälla för de närakuter som SLSO driver. I ett senare skede kommer beslut att fattas om lokalisering av ytterligare två närakuter enligt tjänsteutlåtandet[19].

Den förändrade vårdstruktur som FHS innebär ställer även högre krav på styrning av ambulanser och andra patienttransporter till rätt vårdnivå. Enligt planen för FHS ska ambulansverksamheten få en mer central roll, varför kompetens och beslutsstöd ska utvecklas för att förbättra möjligheterna att direkt föra patienten till rätt vårdnivå. Revisionens granskning av den prehospitala vården[20] visar att flera åtgärder som stödjer FHS inriktning har genomförts, men att omtag i planeringen har gjorts vilket lett till fördröjningar. Exempelvis är inte prioriteringsverktyg för vilka patientgrupper som ska styras till NKS när akutmottagningen på Karolinska Solna stänger färdigutvecklade.

Möjligheten till direktintag till andra vårdgivare än akutsjukhusen pekas i framtidsplanen ut som en viktig komponent för att patienterna ska få vård på rätt vårdnivå direkt. Styrning av direktintag har utvecklats i lokala samarbeten mellan olika vårdgivare och ambulanssjukvården, men för huvuddelen av processerna saknas ett tydligt uttalat förvaltarskap. Som en del i FHS gjordes under 2016 en omstyrning av ambulanser från Karolinska Huddinge till Södertäljesjukhus avseende patienter från Botkyrka. Efteråt konstaterades att trögheten i att styra om patientflöden underskattats av samtliga inblandade parter[21].

Det finns även behov av att införa en central operativ funktion med övergripande ansvar för hänvisning och styrning av akuta vårdärenden till rätt vårdnivå. En operativ koordinatorfunktion har nu införts i avtalet mellan landstinget och SOS Alarm men avtalet saknar skrivningar om rollen ska utvecklas mot en länsövergripande styrning, liksom hur samverkan ska ske med den strategiska koordinatorfunktion för den prehospitala vården som enligt beslut ska införas vid HSF.

Slutsatsen av revisionens tidigare granskning är att ett bredare införande av direktstyrningen inte sker. Någon övergripande uppföljning av patientnytta eller resultat av de försök som genomförts har inte heller skett. Direktintag till närakuter ska utgöra en del i hanteringen av de förändringar som måste ske vid stängningen av akutmottagningen vid Karolinska Solna för att styra patienterna till andra vårdnivåer[22]. En fungerande styrning till de planerade närakuterna förutsätter nya överenskommelser mellan ambulans och närakuter om vilka patientgrupper som kan styras direkt dit, vilket kan fastställas först när vårdutbudet vid närakuterna är fastställt av HSN.

[19] HSN 2016-4892
[20] Projektrapport 7/2015 Patienttransporter i framtidens hälso- och sjukvård
[21] Södertälje sjukhus AB Delårsrapport augusti 2016
[22] HSN 1506–0854

Revisionens granskning av det akuta mottagandet visar också att HSF inte gör någon sammanhållen uppföljning av det akuta mottagandet som helhet, i det löpande arbetet. Uppföljningen utgår snarare från gällande vårdavtal och fokuserar på respektive del av mottagandet för sig. Detta kan bero på att det inte finns något sammanhållet ansvar för det akuta mottagandet då ansvaret är fördelat på olika enheter inom HSF.

5.3 Nätverkssjukvård

Utveckling av nätverkssjukvård har sedan den första framtidsplanen varit en grundläggande förutsättning för genomförandet av FHS. Begreppet nätverkssjukvård utvecklades i Framtidsplanen tredje steget och definieras där genom fyra huvudprinciper och 30 punkter. HSN som enligt reglementet har i uppdrag att styra och samordna vården fick i samband med detta i uppdrag att utveckla nätverkssjukvården med utgångspunkt från de 30 punkterna.

Av granskningen framkommer att HSF i dagsläget har ca 10 punkter kvar att arbeta med. En del av de övriga punkterna har åtgärdats medan utförandet av andra har överförts till LSF. Det utvecklingsarbete som HSF i huvudsak har bedrivit inom området är ett projekt om nätverksbygge för fem definierade behovsgrupper. Av intervjuerna framgår att inget arbete för att ta tillvara resultaten av projektet har gjorts efter att projektet avslutats. Det har enligt de intervjuade även saknats en nödvändig koppling mellan arbetet med nätverkssjukvård och det arbete som rör avtal och ersättningsmodeller. Idag har ansvaret för arbetet med nätverkssjukvården flyttats till utvecklingsavdelningen på HSF där även ansvaret för utveckling av ersättningssystem ligger.

Vid sidan om HSF:s uppdrag att utveckla nätverkssjukvården har sjukhusdirektören på Södersjukhuset av direktörsgruppen fått i uppdrag att utveckla arbetet med gemensamma patientprocesser mellan vårdgivare. De initiala patientgrupper som valts ut är patienter med artrit, bröstcancer, diabetes, hjärtsvikt och psykisk ohälsa i somatik. Syftet med projektet enligt programdirektiven är ”att fokusera vårdens arbetssätt på att tillföra patientvärde längs hela patientprocessen inom prevention, diagnostik, intervention och uppföljning”[23]. Projektet involverar landstingets bolag och förvaltningar inom vårdområdet och ska stödja utbyggnaden av vård utanför akutsjukhusen och samverkan mellan akutsjukhus och andra vårdgivare är prioriterad.

Väl fungerande vårdsamband mellan akutsjukhusen och övriga vårdgivare är centralt i FHS. Enligt den första Framtidsplanen utgör husläkarmottagningarna basen i FHS, genom att dessa ska ha långvariga patientkontakter och samverka med specialistvården i nätverk. Husläkarmottagningarna har trots detta haft en undanskymd roll i FHS-arbetet. Arbetet har i stället varit fokuserat på akutsjukhusen och inledningsvis även på de mindre sjukhusen där s.k. specialistcentra skulle etableras med samlade resurser och specialister nära patienterna. Dessa skulle utgöra en nivå mellan husläkarmottagningarna och akutsjukhusen.

Akutsjukhusens patienter har i allt större omfattning tagits om hand av husläkarmottagningarna då vårdtiderna på akutsjukhusen kortats. Därmed har vårdtyngden på hus-

[23] Patientprocesser programdirektiv 2016-11-17.

läkarmottagningarna sannolikt ökat. Samtidigt har ersättningen till husläkarmottagningarna bara ökats en gång sedan 2008. Under 2016 ändrades ersättningssystemet till husläkarmottagningarna i sin helhet (se avsnitt 6.1) i syfte att förbättra förutsättningarna för att ge tid åt de vårdtunga grupperna. En av grunderna i nätverkssjukvården är ett väl fungerande samarbete mellan olika vårdnivåer. Enligt intervjuer förekommer problem med att remisser till olika specialister kommer tillbaka till husläkarmottagningarna varvid patienten riskerar att hamna i ett tomrum.

För att kunna ta emot vissa patientgrupper utanför NKS och övriga akutsjukhus har HSN beslutat att skapa enheter med fokus på särskilda diagnoser. SLSO har under året startat ett akademiskt centrum för reumatologi och enligt beslut ska ytterligare två centrum öppnas under 2017, ett för diabetes och ett för neurologi[24]. De akademiska specialistcentrumen ska ta emot besök och bedriva dagvård. De ska även ha en aktiv roll i genomförandet av nätverkssjukvården genom ökad dialog, samarbeten och kompetensutveckling.

Av granskningen framkommer att trots allt arbete för att precisera NKS uppdrag så finns det fortfarande oklarheter om vilka vårdgrupper som i praktiken ska tas om hand på NKS och i vilken utsträckning andra landsting kommer att köpa vård. Det påverkar i sin tur även de övriga akutsjukhusens uppdrag och därmed även den tänkta strukturen för nätverkssjukvården.

Behovet av sekundärtransporter mellan olika vårdgivare förväntas öka som en följd av FHS och nätverkssjukvården då patienter som inte längre behöver akutsjukhusens resurser ska flyttas till andra vårdnivåer. Revisionens granskning av patienttransporter visar att även om HSN tagit beslut om en permanent sjuktransportorganisation så kvarstår att definiera hur den beslutade organisationen ska se ut i fråga om dimensionering och gränsdragning men även hur ett samarbete med andra landsting ska fungera.

För att få nätverkssjukvården att fungera ställs stora krav på samverkan. Rehabilitering är ett omfattande område med många aktörer i alla vårdgrenar. Vid revisionens granskning av rehabilitering[25] framkom att kännedomen om FHS generellt är låg bland olika aktörer inom rehabiliteringen och i liten utsträckning hittills påverkat patientens väg i rehabiliteringen. Det pågår dock försöksverksamhet för att förbättra samverkan och effektivisera rehabiliteringsprocessen med stöd av rehabiliteringskoordinatorer. Koordinatorerna ska verka för tidig kontakt inom vården och fungera som en samordnare såväl inom sjukvården som mot andra berörda aktörer med fokus på återgång i arbete. Sommaren 2016 fanns rehabiliteringskoordinatorer inom 25 primärvårdrehabiliteringsenheter och på alla länets ortopedkliniker.

5.4 Revisionens bedömning

När behov uppstått att prioritera mellan de omfattande investeringarna i landstinget har investeringar för flera av de mindre sjukhusen skjutits framåt medan andra sjukhus planeras att säljas. Finansieringen av lokalanpassningar för närakuterna på de mindre sjukhusen är ännu inte budgeterad. Samtidigt pågår omfattande byggverksamhet på

[24] HSN 2016–4301
[25] Landstingsrevisorerna: 4/2016 Rehabilitering – som en del i vårdprocessen

akutsjukhusen även om viss översyn av dimensioneringen mellan Södersjukhuset och Karolinska Huddinge sjukhus har påbörjats. Revisionen ser därför en betydande risk att investeringar i annat än akutsjukhusen av ekonomiska skäl inte kommer att kunna genomföras, vilket påverkar den bärande tanken i FHS att kunna flytta ut vården från akutsjukhusen.

Revisionen konstaterar att etableringen av såväl närakuterna som ombyggnationerna av de mindre sjukhusen är försenade eller avbrutna och att utgifter lagts ner i projekt som framskridit ganska långt. Revisionen har därför i den tidigare projektrapporten rekommenderat landstingsstyrelsen att utreda orsakerna till varför planeringen drivits så pass långt för att sedan läggas ned.

Revisionen bedömer att konsekvensen av införandet av närakuterna som ny vårdnivå i nätverkssjukvården behöver tydliggöras och hanteras i andra vårdnivåers uppdrag. Revisionen har i den tidigare nämnda rapporten om det akuta mottagandet framfört att HSF bör göra en sammanhållen uppföljning av det akuta mottagandet. För att kunna styra det akuta mottagandet som helhet behövs kunskap om hur patientströmmarna i samtliga delar av det akuta mottagandet ser ut. En sammanhållen uppföljning kan ge värdefull kunskap för resursallokering och styrning av patientströmmarna till rätt vårdnivå.

Revisionen har tidigare framfört att det är en kvarstående utmaning för HSN att skapa fungerande styrning för den prehospitala vården och att HSN bör ta ett utökat ansvar för att se till att effektiva och ändamålsenliga systemstöd för den prehospitala vården finns. Andra slutsatser som revisionen dragit är att styrning och hänvisning av patienttransporter till rätt vårdnivå behöver tydliggöras. Det gäller bland annat den strategiska och operativa koordineringen.

Revisionen uppfattar att det finns stora kvarstående utmaningar beträffande utvecklingen av nätverkssjukvården. En stor del av ansvaret för att utveckla denna ligger på HSN. Revisionen uppfattar att de projekt inom området som HSF hittills genomfört har avslutats utan att tillvaratas eller vidareutvecklas. Det pågår även utvecklingsarbeten inom nätverkssjukvården ute i verksamheten. Revisionen uppfattar att det är viktigt att de olika arbetena bedrivs i samverkan. En annan förutsättning för att nätverkssjukvården ska fungera är att det finns tydligt definierade vårdnivåer och en struktur för hur dessa ska samarbeta. Av granskningen framgår att det finns oklarheter beträffande NKS som egen vårdnivå, närakuternas uppdrag, rehabiliteringens, prehospitala vårdens och husläkarmottagningarnas roll inom FHS. Revisionen ser en risk för att framtidsplanens målbild inte nås om inte vårdnivåerna och deras relation till varandra förtydligas.

6 Ersättningssystem och IT-stöd

6.1 Avtal och ersättningssystem

HSN styr idag sjukvården med en rad olika ersättningsmodeller. Två förändringar av ersättningssystemen under 2016 som har direkt koppling till FHS är de som rör akutsjukhusen och husläkarmottagningarna.

Syftet med omställningsavtalen för akutsjukhusen 2016–2019 är att kunna kontrollera kostnaderna under omställningsperioden, men också att utifrån stabila ekonomiska ramar möjliggöra för akutsjukhusen att skifta ut verksamhet i enlighet med FHS. I granskningen framkommer dock att det fortfarande är ett problem för akutsjukhusen att hitta andra vårdgivare att skifta ut vård till vilket leder till att vården fortsatt bedrivs på akutsjukhusen. En av de största förtjänsterna med omställningsavtalen är att det stimulerat en övergång till dagkirurgi såväl inom akutsjukhusen som utanför i specialistsjukvården.

Avsikten med förändringen av förfrågningsunderlaget för husläkarverksamhet 2016 är att förbättra förutsättningarna för omhändertagandet av kroniskt sjuka och vårdtunga patienter, men också att och undanröja hinder för innovationer samt införande av nya vårdtjänster som en del i genomförandet av FHS. Den första avstämningen av utfallet som HSF gjorde efter fyra månader visade inga stora förändringar. Sjuksköterskebesök och rådgivande samtal ökade något och läkarbesöken minskade något. Samverkan hade inte påverkats men andelen kroniskt sjuka och vårdtunga patienter ökade. Under våren 2017 kommer en rapport att presenteras med en samlad utvärdering av förändringen i ersättningssystemet.

HSN och Karolinska institutet genomför även en pilotverksamhet där fyra husläkarmottagningar får en lägre andel ersättning för besök men i gengäld en högre andel fast ersättning. En första utvärdering av försöket visar att vårdgivarna är positiva och ser möjligheter men att någon konkret påverkan på vården ännu inte har skett[26].

Uppdraget att utarbeta nya ersättningssystem ligger på HSF. Huvudmålet för utvecklingen av ersättningsmodellerna är att de ska stödja FHS:s målbild med nätverkssjukvård. Det framhålls av HSF som särskilt viktigt att minska hinder och skapa incitament som stödjer ökad samverkan, vårdkedjor, goda resultat/värdebaserad vård, god kvalitet, kostnadskontroll, ökad effektivitet och ökad användning av e-hälsa innovation och nya vårdformer[27]. Men arbetet med ersättningssystemen för de olika avtalsområdena har hittills inte bedrivits samlat.

Att det fortfarande inte är klart hur nätverkssjukvården ska fungera försvårar arbetet med att ta fram nya ersättningssystem. Det är även ett problem att det är oklart vilken information som blir möjlig att hämta från det nya vårdinformationssystemet (se 6.2) som ska tas fram. Något konkret arbete med att ta fram ett nytt ersättningssystem för akutsjukhusen efter omställningsavtalen 2019 har enligt intervjuade på HSF och LSF ännu inte påbörjats. Flera intervjuade framhåller dock att det är hög tid och att det bör komma igång under 2017.

6.2 System för IT- och e-hälsa

En kraftfull utveckling av IT-stöd och e-hälsa har sedan starten av FHS framhållits som grundläggande förutsättningar för genomförandet av FHS vårdstruktur och arbetssätt.

[26] KI: Kroninnovation
[27] HSF 2016-04-18: Utveckling av ersättningsmodeller och systemuppföljning i SLL. Strategisk plan för 2016–2018.

E-hälsa och IT-stöd behövs för att vårdgivarna bättre ska kunna samverka i vården av den enskilde patienten med förbättrad tillgång till information.

Revisionens granskning under året av arbetet med e-hälsa[28] visar att ansvar och roller inom området fortfarande är otydligt. Det är bl.a. inte tydligt om HSN:s ansvar och roll fortfarande omfattar utveckling av e-hälsotjänster till allmänhet och patienter, vilket angavs 2014 i tredje steget i framtidens hälso- och sjukvård. Inte heller LS mer specifika ansvar för e-hälsoområdet är helt entydigt när det gäller omfattning, begrepp, samordning samt strategisk styrning av IT och digitalisering. Den genomförda granskningen visar även att styrningen och samordningen på förvaltningsnivån är otydlig. I praktiken sker styrningen av e-hälsofrågor till stor del via en styrgrupp med tjänstemän från olika förvaltningar utan någon tydlig länk till den politiska nivån och det ansvar som vilar på LS.

En handlingsplan med satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning[29] som ska stödja genomförandet av FHS togs fram 2015. Handlingsplanen består av 35 projekt, stora och små, som utgår från principerna om nätverkssjukvård. Det har inte gjorts någon samlad uppföljning av planen. Den uppges idag mer ha varit en ögonblicksbild av vilka projekt inom området som var aktuella. För en del av projekten görs dock regelbundna avstämningar inom ramen för den centrala uppföljningen av FHS. En del av projekten ingår även i den uppföljning av digitaliseringsstrategin som planeras att redovisas för innovationsberedningen första kvartalet 2017.

Ett centralt projekt är 3R. Projektet har varit ett samarbete mellan de tre största landstingen/regionerna i syfte är att införa ett nytt systemstöd för hantering av vårdinformation för att klara såväl patienternas, vårdens, forskningens som administrationens krav. När det gäller själva upphandlingen av framtidens vårdinformationsmiljö har både Region Skåne och Västra Götalandsregionen under året valt att inte delta i upphandlingen och den kommer nu att genomföras endast av SLL.

Den granskning som revisionen genomfört under 2016 visar att det finns ett antal oklarheter i projektet och att det finns en risk att införandet kommer att försenas. Det pågår arbete med ekonomiska kalkyler och riskanalyser men innan kraven på den framtida vårdinformationsmiljön är fastställda blir det svårt att bedöma vad kostnaderna för 3R-projektet i slutänden kommer att bli. LSF vet inte heller i dagsläget om det är möjligt att tillhandahålla tillräckliga basförutsättningar (IT-infrastruktur, grunddatasysten samt definitioner och begrepp) inför införandet av ny vårdinformationsmiljö. Att risker och därmed krav kring den framtida IT-arkitekturen saknas kan också innebära att kravställandet i samband med upphandlingen av ny vårdinformationsmiljö inte blir tillräckligt specifik.

En stor andel av vården bedrivs av privata utförare men finansieras av landstinget. Vid intervjuer som genomförts i denna granskning har kritik riktats mot att endast den egenägda verksamheten varit i fokus för digitaliseringen, då en förutsättning för att samverka i nätverkssjukvård är att även privata utförare är med.

---

[28] Landstingsrevisorerna: 5/2016 Styrning och samordning av digitala stödsystem – e-hälsa.
[29] LS2015-0081

En parallell granskning inom ramen för den årliga revisionen av HSN har genomförts i flera landsting/regioner av invånartjänsterna 1177. Resultaten av granskningen visar bl.a. att det inom SLL finns mål för införandet av e-tjänster men att det på verksamhetsnivå inte är tydliggjort varför man ska satsa och öka användandet av dessa tjänster. Granskningen visar även att husläkarmottagningarna inte i någon större utsträckning anpassat arbetsprocesserna till de digitala tjänsterna. Det har i den allmänna debatten signalerats en risk för att vissa grupper kan komma att exkluderas vid införande av e-tjänster. Inget i den genomförda granskningen pekar dock på att detta är ett reellt problem idag.

En iakttagelse i den tidigare nämnda granskningen om patienttransporter är att en mer komplex vårdstruktur ställer ökade krav på samlad information. Av juridiska och tekniska skäl finns inte vårdutbud, öppettider, beläggning, direktstyrningsprocesser och patientens sjukdomshistorik i den nya IT-plattform som nu införs i den prehospitala vården, vilket försvårar styrningen av akuta vårdärenden till rätt vårdnivå.

6.3 Revisionens bedömning

Revisionen konstaterar att det genomförts förändringar i ersättningssystemen för att underlätta en anpassning till FHS målbild. Revisionen uppfattar dock att det saknas ett samlat grepp i arbetet med ersättningssystemen för att säkerställa att de olika delarna stödjer varandra. I likhet med föregående år ser därför revisionen det som en av de största utmaningarna i FHS att ensa ersättningssystemen, så att incitament och villkor är koordinerade, i syfte att skapa förutsättningar för genomförandet av nätverkssjukvården. LSF behöver även tillsammans med HSF påbörja arbetet med ett nytt ersättningssystem för akutsjukhusen om det ska vara på plats i god tid innan omställningsavtalet går ut 2019.

De genomförda granskningarna inom e-tjänsteområdet har visat att arbetet med att utveckla systemen och tjänsterna fortsätter. Revisionen har dock framfört att landstingsstyrelsen behöver tydliggöra ansvar och roller inom området i de övergripande styrdokumenten. Ur ett FHS-perspektiv är det särskilt besvärande att HSN:s ansvar och roll för utvecklingen av e-hälsotjänster i styrdokumenten inte är tydlig då de har ansvar för styrningen av sjukvården och utveckling av nätverkssjukvården. Det är dessutom ett problem att införandet av nytt vårdinformationssystem, som lyfts fram som en förutsättning för en nätverkssjukvård, riskerar att försenas. Revisionen uppfattar det dessutom som problematiskt att de privata vårdgivarna, som utför stora delar av vården, fortfarande verkar ha en perifer roll i utvecklingsarbetet.

Revisionen bedömde i 2015 års projektrapport om genomförandet av FHS att den framtagna handlingsplanen för satsningar inom e-hälsa och informationsförsörjning innebar ett steg framåt. Planen gav en samlad bild av vad som var aktuellt inom området. Mot bakgrund av utveckling av e-hälsa och IT-stöd redan från första början framhållits som en förutsättning för nätverkssjukvård efterlyser revisionen en samlad uppföljning av de satsningarna som genomförts och vad de resulterat i för att ta till vara erfarenheterna i det fortsatta arbetet.

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. Verksamhets-revisionen 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